

EPALE

Electronic Platform
for **Adult Learning** in Europe

N. **13** Gennaio 2023

Epale Journal

on Adult Learning and Continuing Education



Life Skills nei sistemi di salute e di cura

a cura di Vanna Boffo

INDIRE ISTITUTO
NAZIONALE
DOCUMENTAZIONE
INNOVAZIONE
RICERCA EDUCATIVA

RUIAP
Rete Universitaria Italiana per
l'Apprendimento Permanente

Epale Journal on Adult Learning and Continuing Education

Rivista online sull'apprendimento degli adulti a cura di Ruiap e Indire-Unità Epale Italia
Uscita semestrale sul sito Epale. Ogni numero è disponibile anche in versione inglese

Tutti i numeri della rivista sono disponibili al seguente indirizzo: <http://epalejournal.indire.it>
I contributi pervenuti sono sottoposti a doppio referaggio cieco.

Direttore responsabile: Flaminio Galli, Director General of Indire
Direttori scientifici: Vanna Boffo e Laura Formenti
ISSN 2532 - 7801 EPALE Journal [online]
ISSN 2533-1442 EPALE Journal [Print]

Comitato scientifico:

Aureliana Alberici (Presidente onorario Ruiap), Fausto Benedetti (Indire), Paola Benevene (Libera Università Maria SS. Assunta), Martina Blasi (Indire-EPALE NSS Italy), Vanna Boffo (Università degli Studi di Firenze), Franco Brambilla (Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano), Alessandra Ceccherelli (Indire-EPALE NSS Italy), Giuseppe Luca De Luca Picione (Università degli Studi di Napoli Federico II), Giovanna Del Gobbo (Università degli Studi di Firenze), Gabriella Doderò (Già Libera Università di Bolzano), Daniela Ermini (Indire-EPALE NSS Italy), Laura Formenti (Università degli Studi Milano-Bicocca), Fabiana Fusco (Università degli Studi di Udine), Marta Ghisi (Università degli Studi di Padova), Marcella Milana (Università degli Studi di Verona), Mauro Palumbo (Past President Ruiap), Roberta Piazza (Università di Catania), Fausta Scardigno (Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"), Lorenza Venturi (Indire-EPALE NSS Italy).

Redazione: Glenda Galeotti (Università degli Studi di Firenze), Letizia Gamberi (Università degli Studi di Firenze),
Debora Daddi (Università degli Studi di Firenze), Christel Schachter (Università degli Studi di Firenze)
Coordinamento editoriale: Lorenza Venturi
Capo redattore: Alessandra Ceccherelli
Design e layout grafico: Miriam Guerrini, Indire – Ufficio Comunicazione

INDIRE - Istituto Nazionale di Documentazione e Ricerca Educativa e il più antico ente di ricerca del Ministero dell'Istruzione. Fin dalla sua nascita nel 1925, l'Istituto accompagna l'evoluzione del sistema scolastico italiano investendo in formazione e innovazione e sostenendo i processi di miglioramento della scuola.

<http://www.indire.it/>

EPALE - Electronic Platform for Adult Learning in Europe e la nuova community on line multilingue per i professionisti del settore dell'apprendimento degli adulti, pensata per migliorare la qualità dell'offerta di apprendimento degli adulti in Europa.

<http://ec.europa.eu/epale/it>

L'Unità nazionale EPALE Italia gestisce le attività del programma comunitario per conto del Ministero dell'Istruzione e del merito ed è istituita presso l'Indire con sede presso Agenzia Erasmus+ Indire.

Contatti: epale@indire.it

RUIAP - Rete Universitaria Italiana per l'Apprendimento Permanente riunisce 30 università italiane, alcune organizzazioni e dei professionisti, impegnati nella promozione dell'apprendimento permanente.

<http://www.ruiap.it>

Contatti: rete.ruiap@gmail.com



**Cofinanziato
dall'Unione europea**

Questa pubblicazione è stata realizzata con il contributo della Commissione europea.

Firenze: Indire - Unità Epale Italia

© 2023 Indire - Italy

Indice

5 **Editoriale.** Life Skills nei sistemi di salute e di cura. Un tema rinnovato

Vanna Boffo

CONTRIBUTI TEORICI

10 **The importance of lifelong learning and continuing education of trainers**

Patrizia Belfiore, Emma Saraiello, Francesco Tafuri

18 **Promozione del benessere negli adulti attraverso le attività motorie e sportive: ruolo delle life skills**

Fabio Scamardella, Domenico Tafuri, Mattia Caterina Maietta

24 ***Well-being in adult education: LifeComp*, revisione e correlazioni tra competenze**

Rosa Cera

32 **Salute, benessere e cura di sé nei luoghi della pena**

Wilma Greco

39 **Curare persone: dalla medicina di genere all'acquisizione delle *Life skills***

Angelamaria De Feo

46 **Arti performative, sport e corporeità. Dalla povertà educativa alle Life Skills**

Cristina Zappettini, Silvia Sangalli

53 **Il pedagogo: supporto al superamento della crisi**

Raffaella Filippi, Elisabetta Faraoni

RICERCHE

60 **La professione infermieristica tra competenza percepita, pratica professionale ed esigenze formative: un contributo di ricerca**

Patrizia Oliva, Rosaria Saltalamacchia

68 **Le Life Skills e l'apprendimento permanente all'interno dei contesti sanitari: un'indagine con gli studenti di Scienze Infermieristiche dell'Asl 1 Imperiese**

Gabriele Buono, Marino Anfosso, Francesco Sferrazzo, Stefania Guasco

76 **Lo sviluppo delle life skills nella classe di lingua**

Ivana Fratter, Nadia Fratter

91 **Soft and Life skills nelle professioni di salute e cura: uno studio esplorativo su studenti universitari**

Emanuela Ingusi, Elisa De Carlo, Alessia Catalano, Fulvio Signore, Luisa Siculella, Fabio Pollice

PRATICHE

99 **Life Skills nei sistemi di salute e di cura: logiche, esperienze e valori nella Formazione in Sanità**

Carmelo Salvatore Benfante Picogna, Eleonora Indorato, Ilenia Parenti

107 **Digital Health literacy: necessità o requisito per la salute oggi?**

Sabrina Grigolo, Giancarlo De Leo, Fulvio Ananasso, Giuseppe Recchia, Sebastiano Filetti

116 **Un approccio plurale alla tutela della salute e dei diritti delle donne migranti: il contrasto alle mutilazioni genitali femminili (MGF)**

Laura Gentile, Ada Maurizio, Giancarlo Santone

124 **Le life skills nella formazione di base dei professionisti della salute mentale. L'esperienza dell'Università di Milano**

Katia Daniele

131 **Promuovere le competenze educative nei contesti di cura della terza età: un percorso di formazione interprofessionale**

Elena Luppi, Elisa Bruni, Maria Grazia D'Alessandro, Aurora Ricci

141 **Promuovere benessere e resilienza per l'individuo e il gruppo in età adulta: esemplificazioni pratiche di percorsi di apprendimento esperienziale**

Martina Arcadu, Ilaria Stragapede

150 **La biblioteca del benessere: information literacy e lettura come supporti alla salute**

Maria Squarcione, Viviana Vitari

156 **L'ospite inatteso: le Lezioni di Complessità di Italo Calvino per le life skills dei professionisti della cura**

Chiara Scardicchio

Editoriale

Life Skills nei sistemi di salute e di cura. Un tema rinnovato

“Vivere è il mestiere che gli voglio insegnare. Uscendo dalle mie mani, egli non sarà, né magistrato, [...] né soldato, né prete; sarà prima di tutto un uomo: tutto quello che un uomo deve essere, egli saprà esserlo, all’occorrenza al pari di chiunque; e per quanto la fortuna possa fargli cambiare condizione, egli si troverà sempre nella sua” (Emilio, libro I). Così raccontava Jean Jacques Rousseau dell’intenzione di educare il bambino, poi adolescente, poi giovane adulto, poi uomo fatto, Emilio. Ciò che di queste righe colpisce è il tono perentorio e appassionato con il quale il famoso filosofo francese, padre della pedagogia moderna, si rivolge ai propri lettori per spiegare cosa sia l’educazione dell’uomo, a cosa essa serva, perché sia così decisiva. Come sappiamo *l’Emilio* è un romanzo filosofico avvincente e così tanto importante nella storia della pedagogia da rappresentare uno spartiacque. Prima di *Emilio* e dopo *Emilio*. Nessuno come Rousseau ha saputo cogliere l’importanza della relazione educativa, la centralità degli stadi infantili e adolescenziali di sviluppo, il ruolo di una educazione naturale, negativa sì, ma anche indiretta, dove il contesto ambientale e l’ambiente naturale stesso giocano un ruolo senza pari nella crescita di un uomo che sarà poi un cittadino e che contribuirà, dovrà contribuire, al dissodamento dei principi della vita civile.

Introdurre il tema delle *Life Skills* a partire dall’esordio narrativo di un autore centrale come Rousseau ci è sembrato consono per richiamare il senso dell’importanza che le *Life Skills* rivestono per l’Educazione degli Adulti, per il *Life Long Learning*, l’apprendimento permanente e l’Educazione alla salute. Sono questi i temi del numero 1/2023 che ha visto l’arrivo di molti contributi, da ogni parte d’Italia, da più contesti professionali e di ricerca. L’arrivo di così tanti testi testimonia quanto il tema sia di vivo interesse per il dibattito pubblico in fatto di Educazione degli Adulti e Apprendimento permanente. Ciò che ci preme mettere in evidenza, in primo luogo, è il rapporto fra *Life Skills* e Formazione. In secondo luogo, desideriamo sottolineare quanto la nozione di cura, cura pedagogica, cura educativa, cura sanitaria, sia connessa alle *Life Skills*. In terzo luogo, affacciarci all’*Educazione alla salute* come ambito proprio di un impegno pedagogico è sempre più urgente e sempre più necessario.

Le *Life Skills* sono le competenze per vivere, proprio come Rousseau aveva indicato per Emilio. Le competenze per vivere sostengono quella forma umana, già più volte richiamata, che è il fulcro di ogni processo educativo e formativo. Se siamo qui a parlare di *competenze per vivere* è perché anche i decisori politici hanno compreso che l’approfondimento di uno statuto sociale, di uno statuto personale, di uno statuto apprenditivo è la guida a procedere in un territorio complesso e difficile quale è quello che la vita, ogni vita, ci mette di fronte. Dunque, possiamo dire che studiare le *Life Skills* significhi dare un orientamento di senso alla nostra forma umana, al nostro formarsi, al nostro prendersi cura di sé.

Come la Commissione Europea prima e altre Istituzioni nazionali per il lavoro hanno fatto, è importante avere un quadro di riferimento chiaro. Per tale motivo quando

parliamo di *Life Skills* prendiamo in considerazione quanto emerge dal modello LifeComp. Proprio a questo modello ci dobbiamo ispirare.

L'obiettivo del quadro concettuale LifeComp è quello di stabilire una comprensione condivisa e un linguaggio comune sulle competenze "personali, sociali e di apprendimento". LifeComp è stato sviluppato utilizzando un approccio di tipo misto, costituito da una revisione completa della ricerca accademica e documentale e da tre consultazioni iterative con più parti interessate che hanno beneficiato dell'esperienza di accademici, responsabili delle politiche educative e operatori del settore selezionati in Europa e altrove (INAPP, 2021, 3).

Il modello delle competenze per la vita trae origine dal lavoro svolto all'interno della Commissione Europea. Il Consiglio europeo aveva aggiornato la *Raccomandazione sulle 8 competenze chiave*, per l'apprendimento lungo l'arco della vita, nel maggio 2018. Il modello della *Raccomandazione* ha permesso lo sviluppo del Digital Competence Framework (DigComp), dell' Entrepreneurship Competence Framework (EntreComp), e delle rispettive guide: *DigComp into Action* e *EntreComp into action*. In ragione di questi quadri, nel 2020, è stato approntato l'*European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*, LifeComp.

Il quadro concettuale è composto da tre aree competenziali: l'area *Personale*, l'area *Sociale* e l'area dell' *Imparare ad imparare*; a sua volta ogni area competenziale è suddivisa in altrettante tre competenze per un totale di nove competenze. L'area personale è composta da Autoregolazione, Flessibilità, Benessere; l'area sociale è composta da Empatia, Comunicazione, Collaborazione; l'area dell'apprendere ad apprendere è composta da Crescita, Pensiero critico e Gestione dell'apprendimento. Ogni competenza, successivamente, si ritrascrive attraverso tre descrittori che corrispondono a un modello reiterabile composto da "consapevolezza, conoscenza, azione".

Dunque, tre aree, nove competenze e ventisette descrittori che ci restituiscono un affresco di quelle competenze per vivere che Rousseau e tutta la letteratura pedagogica fino ad oggi hanno cercato di tratteggiare. Per questo motivo, anche in ambito educativo e formativo è così importante sapere/capire/studiare questo modello e le *competenze* che sono così importanti per vivere.

Si tratta di competenze che possono sostenere ogni soggetto, persona, cittadino dei nostri paesi globali a essere e a diventare più capace di resilienza, trasformazione, cambiamento che possano avvenire nella vita personale e professionale. La sfida di essere capaci di gestire il *divenire*, anche improvviso, è una questione sociale, non più individuale. Il quadro ci rimanda la necessità di dare uno sguardo d'insieme al percorso della vita, a quello sociale come a quello personale.

Diciamo anche che la questione è politica: occuparsi di competenze della popolazione adulta è importante per il supporto che le politiche della formazione possono e debbono dare a ciascuno. In questo caso, ci occupiamo di competenze per vivere che tutta la popolazione adulta dovrebbe raggiungere per essere in grado di poter aspirare a una crescita sociale, economica, culturale. Allora, questo modello *LifeComp*, molto vicino al tema della *cura pedagogica*, ci fornisce uno strumento di indirizzo, funziona

come un libretto per le istruzioni che ognuno potrà leggere e applicare, sapendo, però, di avere una strada tracciata, da poter interpretare a seconda del contesto.

In un mondo altamente complesso, digitale, interconnesso, dove le comunicazioni travalicano i fatti umani stessi, avere la possibilità di capire e comprendere i fatti, essere consapevoli della propria incertezza, conoscere la propria dimensione di fragilità è molto importante per non disperdersi. Se fino a qualche lustro fa parlavamo di *cura pedagogica* e di *cura educativa*, possiamo affermare che rivedere la grande categoria della cura, alla luce dell'albero delle competenze, ci può dare la consapevolezza di essere sulla giusta strada. Possiamo affermare che i contributi del numero 1/2023 saldano la categoria di *cura* alla dimensione di *competenza per la vita* alla realtà del benessere personale, ambientale e sociale. Costruire *cura pedagogica* significa riconoscere che siano necessarie le competenze per vivere. Questo nesso, intuito da Edgar Morin, già più di venti anni fa nella famosa trilogia de *La testa ben fatta* (Morin, 2000), emerge in maniera chiara nel modello delle *LifeComp*, soggiace proprio al lavoro sull'Educazione degli Adulti che i documenti europei diffondono.

La *cura pedagogica* è una categoria di lungo corso che trattiene la capacità di ogni soggetto di continuare a migliorare il mondo della vita nel quale si trova a vivere a favore e con il sostegno degli altri. Certo, possiamo dire che non ci sia nulla di più difficile, eppure è necessario continuare a provare che si possa pensare tale cura e che attraverso la *cura educativa*, la cura delle azioni, dei processi, dei prodotti di questi processi si possa arrivare a pensare alla *cura della vita*.

Curare significa, in primo luogo, avere competenze. Già una delle più importanti teoriche dell'etica della cura Joan C. Tronto nel suo testo più famoso *Confini morali* (2006) ravvisava nell'assunzione di competenze il punto di riferimento più importante per un modello della cura. Quali competenze? Si potrebbero sostenere quelle tecniche per svolgere una professione, tuttavia quelle a cui Tronto fa riferimento sono principalmente quelle della vita, per la vita, per vivere. Come Rousseau affermava. Torniamo quindi al modello delle *LifeComp*.

LifeComp considera le competenze "Personal, Social e Learn to Learn" quell'insieme di competenze applicabili a tutte le sfere della vita, che possono essere acquisite attraverso l'istruzione formale, informale e non formale. Il nostro lavoro si è centrato sull'identificazione di quelle competenze che possono essere insegnate. Il cammino per divenire cittadini provvisti di autoregolazione, empatia e flessibilità è sempre caratterizzato da una dimensione sociale, punto chiave nella prospettiva europea ed elemento di distinzione del nostro quadro di riferimento rispetto agli altri. La capacità di pensiero critico e avere una percezione di benessere, sia a livello individuale sia collettivo, sono competenze che possono essere insegnate nelle scuole. Ciò significa che i cittadini possono diventare attivi nel determinare i propri percorsi di apprendimento e professionali, a condizione che vengano messe in atto misure che incoraggino l'insegnamento di questo tipo di competenze all'interno dei programmi di studio europei. Il quadro potrebbe essere adattato a diversi contesti educativi. Si auspica che LifeComp sia d'ispirazione per inserire nuove materie all'interno dei programmi di studio, o incluso in materie esistenti. Vengono infine proposte delle aree per lo sviluppo futuro delle competenze LifeComp e per la loro valutazione (Sala, A., Punie, Y., Garkov, V. and Cabrera Giraldez, 2020, 10).

La competenza centrale dell'apprendere ad apprendere è quella intorno alla quale ruota la possibilità di comprendere se stessi, di capire le proprie azioni, ma è anche quella

senza cui non è possibile continuare ad appartenere alla propria società di riferimento. Recita ancora il modello *LifeComp*:

Nel 2018, a seguito di un processo di consultazione, il Consiglio dell'Unione Europea ha rivisto la Raccomandazione del 2006 del Parlamento Europeo e del Consiglio relativa alle competenze chiave per l'apprendimento permanente. La precedente competenza "Imparare ad Imparare" è stata consolidata da uno scopo più ampio focalizzato anche sullo sviluppo personale e sociale. Questa competenza chiave è stata quindi chiamata "Personale, Sociale e Imparare ad Imparare" e viene definita la "capacità di riflettere su sé stessi, di gestire efficacemente il tempo e le informazioni, di lavorare con gli altri in maniera costruttiva, di mantenersi resilienti e di gestire il proprio apprendimento e la propria carriera". La nuova definizione sottolinea che questa competenza chiave "comprende la capacità di far fronte all'incertezza e alla complessità, di imparare a imparare, di favorire il proprio benessere fisico ed emotivo, di mantenere la salute fisica e mentale, nonché di essere in grado di condurre una vita attenta alla salute e orientata al futuro, di empatizzare e di gestire il conflitto in un contesto favorevole e inclusivo". La competenza "Personale, Sociale e Imparare ad Imparare" è interconnessa ad altre competenze chiave (quali alfabetica funzionale; multilinguistica; matematica e competenza in scienze, tecnologie e ingegneria; competenza in materia di cittadinanza e digitale; imprenditoriale; competenza in materia di consapevolezza ed espressione culturali) e abbraccia competenze rilevanti che tutti i cittadini dovrebbero sviluppare per partecipare attivamente alla società e all'economia, nell'ottica della crescente importanza delle "soft skills" in un contesto globale in rapida evoluzione (Sala, A., Punie, Y., Garkov, V. and Cabrera Giraldez, 2020, 14).

Qualche parola va spesa per il nesso che si deve creare fra la cura di sé e le competenze di autoregolazione, di flessibilità e di benessere. Viene riconosciuto, infatti, un riferimento fondamentale alla vita emotiva e affettiva, alla capacità di saper riconoscere le emozioni, ma anche di sapersi riconoscere. Da qui le dimensioni di flessibilità e benessere.

La competenza personale è strettamente correlata all'"imparare a essere", poiché ogni individuo dovrebbe acquisire una serie di competenze, conoscenze e atteggiamenti, come indicato nella Raccomandazione del Consiglio del 2018 sulle competenze chiave per l'apprendimento permanente. "Imparare a essere" significa avere conoscenze riguardo a mente, corpo e stile di vita sani; sapere come affrontare la complessità, l'incertezza e lo stress; cercare supporto quando necessario e rimanere resilienti; sviluppare la capacità di lavorare in modo autonomo e gestire la propria carriera. Comporta inoltre una mentalità assertiva, integrità, motivazione, capacità di affrontare i problemi per far fronte ai cambiamenti e una predisposizione positiva nel promuovere il proprio benessere personale, sociale e fisico. Lo sviluppo personale avviene nella relazione e nell'interazione con gli altri all'interno dei contesti sociali e storici, e in ognuno vi sono più identità sociali contemporaneamente. Molti fattori, quali genere, etnia, sessualità, classe socioeconomica, età, disabilità, la condizione di migrante o rifugiato, si intersecano e creano diverse esperienze di disuguaglianza o privilegio. Va quindi riconosciuta l'influenza dei fattori contestuali socio-culturali nel promuovere od ostacolare l'agentività personale, così come la necessità di politiche per affrontare le cause strutturali delle disuguaglianze e promuovere lo sviluppo di tutte le persone. L'educazione allo sviluppo personale ha il potenziale per alleviare le disuguaglianze, offrendo a tutti i cittadini gli strumenti per analizzare il mondo e agire con pensiero critico (Sala, A., Punie, Y., Garkov, V. and Cabrera Giraldez, 2020, 27).

Altrettanto centrali sono le competenze sociali, fra le quali viene inserita l'empatia, la capacità comunicativa e di collaborazione. Questi sono tutti aspetti che sostengono la *cura sui* secondo l'antico modello tracciato da Michael Foucault, da lui scoperto e diffuso a metà degli anni Ottanta del Novecento. Le due aree indicate ne sostengono una terza ovvero quella dell'apprendere ad apprendere a cui gli estensori del modello

hanno guardato in primo luogo. Se vogliamo continuare ad apprendere per tutto l'arco della vita, dobbiamo farlo con la consapevolezza di ciò che siamo e di ciò che possiamo arrivare ad essere. Così, la mentalità orientata alla crescita significa acquisire e sviluppare un pensiero critico che aiuti a selezionare, monitorare, validare le informazioni sempre più ricche e sempre più diverse, opposte e contraddittorie. Emerge proprio che prendersi cura di sé significhi continuare ad apprendere per tutto l'arco della vita. Senza l'apprendimento continuo diviene vuoto anche parlare di *cura sui*.

Infine, la salute. La nostra idea è che anche gli ambienti sanitari, dove il tema della salute è centrale, abbiano bisogno di competenze per la vita, anzi, in primo luogo, laddove la prevenzione è più necessaria è davvero importante essere cittadini capaci di apprendere modalità, strumenti, tecniche per potersi orientare nel pianeta salute. Crediamo che ancora molto debba essere fatto e che la strada per arrivare a *formare* ogni cittadina e ogni cittadino alla *Health Literacy* sia ancora molto lunga. Nel nostro paese non abbiamo una politica di formazione che guidi la cittadinanza ad essere consapevole di quanto debba fare per se stessa. Dobbiamo lavorare molto e questo numero di *Epale Journal* ha proprio lo scopo di fare il punto dello stato dell'arte. L'urgenza è presente e lambisce le molte urgenze dell'Educazione degli Adulti in Italia. Una buona Educazione alla salute passa per una consapevolezza di sé ovvero per una *cura sui* che, oggi, può essere trascritta in termini di conoscenze, capacità e competenze. Acquisire *cura sui*, infatti, significa avere la consapevolezza e la capacità critica di comprendere l'importanza di avere gli strumenti per avere relazioni, per stare nelle reti territoriali, per capire il contesto e sapere dove e a chi rivolgersi per ogni genere di informazioni. Significa anche non perdersi d'animo, significa avere la giusta dose di resilienza per sapere in quale direzione dirigersi per raccogliere informazioni, idee, notizie utili al benessere personale e sociale.

Lasciamo ai lettori la possibilità di continuare il discorso ovvero di continuare a farsi promotori, dopo la lettura, di quel trasferimento di conoscenze che è la missione vera di ogni processo educativo, trasferire e modellare, cambiare/trasformare, in primo luoghi noi stessi.

Vanna Boffo

Bibliografia

- Foucault M., *La cura di sé. Storia della sessualità umana. Vol. 3*, Milano, Feltrinelli, 1984.
- Morin E., *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Milano, Raffaello Cortina, 2000.
- Pellegrini F., Vitali C.M., *Ricognizione sintetica di quadri concettuali, framework teorici e modelli di standard delle competenze: il Modello LifeComp*. Roma, INAPP, 2021.
- Sala, A., Punie, Y., Garkov, V. and Cabrera Giraldez, M., *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*, EUR 30246 EN, traduzione italiana a cura di IP-RASE, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2020, ISBN 978-92-76-19418-7, doi: 10.2760/302967, JRC 120911.
- Tronto J.C., *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, Reggio Emilia, Diabasis, 2006.

The importance of Lifelong Learning and Continuing Education of trainers*

Patrizia Belfiore¹, Emma Saraiello², Francesco Tafuri³

Keywords

EuroTraining, Coaches, Paralympic Athletes, Europe and Sport

Abstract

In the development of people with disabilities, sports activity represents a fundamental training opportunity in which the figure of the sports trainer plays a decisive role. The trainer has the task of promoting the achievement of sports results, behind which there are social, psychological and emotional achievements of the athlete. In the White Paper on Sport, the European Commission identifies sport as one of the means by which one can contribute to the improvement of physical and mental conditions and the development of social relations. Sport has a universal language, it is a valid tool to reduce cultural, social, religious distances and to promote inclusion, tolerance and solidarity. Considering the global position that sport occupies and its educational nature, the introduction of a path of Pedagogical EuroTraining of the trainer in a universal perspective such as sport, aims to concretize and use a European language common to all trainers of Disabled Athletes. The acquisition and development of trainers' knowledge and skills must take place through continuous training in the light of the constant evolution of the most current issues. The main goal is to provide continuity to the initial training course, thus stimulating all of them, and consequently their athletes, to pursue personal improvement. In this regard, continuous educational and pedagogical training is necessary, one of the main purposes of which is the acquisition of life skills, which, in turn, must be conveyed to students.

1. Introduction

Sport trainer is an aspect that should be considered not only from a technical point of view but also, and above all, from a pedagogical one, emphasizing the educational role that they play in students' education (Benetton, 2012). From this perspective, lifelong training for trainers aims to provide the necessary tools and skills to manage the complexity of situations characterized by the diversity of the learners with whom they interact. The skills that a trainer must have and consequently convey through motor activity are the ones defined by *World Health Organization* (WHO, 1992) as *Life Skills*. They are identified as a set of "abilities for adaptive and positive behavior that enable individuals to deal effectively with the demands and challenges of everyday life, in relationship with their environment and culture and thereby maintaining a high level of psychological well-being" (WHO, 1993, p. 7). The WHO (1994) associates the concept of *Life Skills* with that of empowerment; it is a process that can take place at social, personal, psychological, and cultural level through which individuals can identify appropriate strategies to meet their needs or solve problems, succeeding in gaining greater control with respect to those decisions affecting their health. The importance of *Life Skills* is related to the fact that their acquisition and development enables individuals to deal effectively with the innumerable daily life challenges. WHO (1992) identifies ten basic skills that should be included in training and well-being promotion programs: (i) Self-awareness; (ii) Emotion management; (iii) Stress management; (iv) Effective communication; (v) Interpersonal relationships; (vi) Empathy; (vii) Creative Thinking; (viii) Critical Thinking; (ix) Decision-making; and (x) Problem-solving.

Life skills play an important role when it comes to the individual's well-being and prevention of mental distress (WHO, 1994) as they help improve personal perceptions of self-esteem and self-efficacy. In fact, developing life skills means gaining greater self-awareness with respect to one's skills, resources, what one can do, as well as with respect to one's limitations (Wright, 2019). Key *life skills* are learned and developed in a lifelong learning perspective and in every learning context, be it formal, non-formal and informal (Robinson, 2010); among these contexts we can find motor activity, which connotes itself as a non-formal learning context with great educational potential and as a driving force for conveying Life Skills.

In this context, trainers' education, in addition to necessarily considering the technical aspect, must encompass the acquisition of *Life Skills* as well, so that they can be conveyed to learners. This is due to the fact that motor activity proves to be among the environmental and cultural factors capable of influencing both motivation and the adoption of healthy and positive behaviors (Cipani, Casolo & Coco, 2021). The acquisition and development of *Life Skills*, being them social and relational skills, allows dealing effectively with the demands of daily life by relating confidently to others and to the community (WHO, 1992). From an educational and sports point of view, a trainer must be educated to planning his or her intervention, which has first and foremost an educational nature, considering the characteristics and different needs that each athlete presents. In this sense, one of the trainer's characteristics and abilities involves being able to establish a meaningful educational relationship as a "mutual gift of meaning by two consciences in a relationship of co-existence toward the attainment of an end, and in a design perspective" (Bertolini, 1958, p. 59). It is a relationship that arises intentionally and is the "prospect of certain horizons, of certain visions, of certain values toward which to strive and by means of which to modify human behavior in a continuous, permanent and ever higher refinement" (Bertolini, 1958, p. 97). The trainer must be able to build an educational relationship that connotes as a relational system where everyone is involved and in which meaningful relationships are established. In this relational context, each member of the group makes a contribution and the one labeled by society as different becomes a resource for the group itself. In this very group everyone participates, thereby giving rise to a subjective interdependence. The concept of lifelong education fits into this framework, in relation to situations that present different levels of complexity and require increasingly flexible and open solutions (Lombardozi, 2012). Therefore, trainer's lifelong education allows acquiring educational schemes and strategies refined during their educational action. In fact, while training and educating, trainers create and modify simultaneously methods and ways to build a relationship with their athletes so that they can achieve the expected outcomes, and in order for their athletic and educational intentions to be successful. Thanks to practical experience a trainer refines his or her method; at the same time, theory proves essential for acquiring, sharing and enriching educational and sports skills and competencies. Therefore, in order to treasure practical experience by turning it into conscious, meaningful and expendable knowledge, it is necessary to reflect on what tested in practice together with one's athletes (Cronin, Maher & Greenfield, 2021). It is for this reason that participation in sports activities alone is not enough for young people to mature and develop positively; it is essential for trainers to make intentional educational choices and to be able to plan, organize and carry out their activities consistently and critically.

2. EuroFormation of Paralympic Sports Trainers: the pedagogical profile

Sport, together with school and family, is one of the most important educational pillars, which is why trainers, intended as educators, need a pedagogical-sports training to promote a high-quality educational offer (Barausse, 2007). In relation to a disabled athlete, the benefits of sports practice compared to health and physical condition, are immediately recognizable, while psychological and socio-social benefits must be analyzed in

more depth, and this is possible thanks to an adequate knowledge of the trainer. The training of the trainer must be such as to allow him professionally to adapt to different daily situations, to create a relationship with the athlete and to promote his physical, psychological, and social development. The European Union reserves an important place for sport, launching challenges to member states to improve the quality of sports. For this reason, we could speak of EuroFormation, understood in a planetary perspective, according to a pedagogical and sporting vision to provide operational indications (Canevaro & Goussot, 2000). EuroFormation promotes the training of trainers and continuous professional development, which must not only know how to practice sports and physical activities but must have the necessary pedagogical skills to take charge of the athlete in full, considering every aspect of it.

In European sport policy, trainers are recognized as those who promote the achievement of important goals at the sporting and social level. The European Programming 2021-2027 aims to support the educational, professional, and personal development of people in and through sport. According to the European vision, individual and collective growth also involves sport. An adequate training of trainers and instructors allows to implement the European objectives in the different social realities, in which those who work speak using a European language to promote inclusion, growth and social welfare. For sports trainers having a common language at European level, an operational language, means breaking down barriers and eliminating borders, taking on the European challenges in the different territories contributing to the growth of the country. The training of trainers is entrusted by the European Commission to the local authorities: there is often a shortage in the pedagogical preparation of trainers. In the light of this, it can be said that a EuroFormation is needed in order to promote a synergistic relationship between the different realities, in order to identify and eliminate barriers to the participation of disabled people in sport. Promoting Pedagogical EuroFormation for trainers of disabled athletes allows to create Union between the different European realities, but above all unity of intent to contribute to a common goal: well-being, growth and overall development of the disabled athlete through a common language. The value of motor education is recognized internationally for the overall growth of the person, therefore, from a pedagogical point of view the intervention of the trainer is not limited to the achievement of the athlete's sports result, is not related to performance alone (Berloffia, Notarnicola & Rosso, 2000). The trainer is first of all an educator who takes charge of the person in its entirety. The benefits of motor activity and sport are not limited to promoting the acquisition of skills from a motor point of view but open a cognitive balcony on the world. Therefore, the trainer must necessarily be aware of his role in the life of the disabled athlete and to promote total well-being you cannot do without collaborating with other educational figures: parents, instructors, teachers, etc. It will be possible to realize a complete, effective, and global intervention when each educational figure understands and adopts the educational-social mission, creating an educational network with other experts and operators. An effective educational network offers the subject an educational continuity up to its social insertion and finally to realize a successful identity (Ye, Lee, Stodden & Gao, 2018). To train a disabled athlete means above all to get in touch with him, to establish a relationship that becomes therapeutic from the moment in which it doesn't prescind from trust, empathy, interest, and reciprocity. Therefore, the trainer is required a relational ability that will allow him not only to establish an educational relationship with the athlete, considering verbal and non-verbal languages, through which to encourage and accompany the athlete, but also to establish an educational dialogue with all the other figures that revolve around the disabled athlete (Castelli, 1995). The trainer, as an educator, must seek a relationship of communication - collaboration with families, which must be aware that the growth and learning of the athlete does not only pass through the disciplines, but also through life experiences lived personally through engaging activities (Benassy, 1979).

Referring to the literature, in particular to Bronfenbrenner (1979/2002), it can be said that the development potential increases when the connection between the contexts is strong. In fact, the interaction between the different contextual levels influences the development and growth of the individual. Relating to the family means being in the mesosystem, that is, the relationship between educators - teachers and parents that includes affective qualities such as: emotional tone, communicative clarity, trust, support, and cooperation. At the level of the mesosystem some barriers can be represented by the parents themselves, so the task of the trainer is to seek a frequent and productive dialogue with families, in order to cooperate for the development of the athlete who occupies a central position throughout the educational and sports process. Therefore, the training of the trainer must aim at the development of its pedagogical profile read as professional development, so that it can be ready to respond effectively to the different situations of everyday life, thanks to the acquisition of the necessary skills. The trainer becomes the educator who acts with a "simplistic" act, simplifies the relations and the adaptation of the athlete to the context, in this way the disabled athlete is put in a position to face the complexity of the real (Bozzuffi, 2007). Therefore, the conditions are created for the establishment of affectively significant relationships, favoring the inclusion of the athlete in the context, of which it becomes an integral part. The training course must consider that the limitations can be psychic, physical and sensory and the trainer must be able to adapt the sports proposal according to the characteristics, needs and potential of the athlete. Therefore, the sports intervention is first a flexible educational intervention, which cannot be extemporaneous, but needs programming. The training programming is first of all pedagogical, it does not focus on dysfunctions, on what is missing, but enhances and exploits the functional aspect, in order to encourage the athlete starting from what he can do, and then gradually achieve small and large sports achievements and especially personal.

The first step is the knowledge of the athlete, on which the intervention is prepared ad hoc (Barba & Tafuri, 2007). However, it is necessary to be aware of the consequences of an ill-planned intervention that can also continue in other areas, as the intervention is not closed within the sports walls, but has a global impact on the person. Therefore, the pedagogically trained sports trainer is the one who possesses the necessary skills to plan a flexible educational intervention capable of taking care of the athlete. In this sense, the term "cure", which does not want to be synonymous with welfare, is to be understood as an accompaniment in developing the skills and abilities that guarantee the highest level of autonomy attainable (WHO, 1948).

3. European scenario

The European Union recognizes that sport is of great value for health, education, the promotion of values and social inclusion (European Commission, 2007). Sport is one of the EU's priorities, which contributes to the promotion of European sports initiatives. According to the directives of the European Commission, the profession of trainer has a considerable impact on athletes and participants in sports activities, both for the training process and for personal development. Sport is one of the priorities of the European and international programmes and for the sports proposal to be of quality it is necessary an adequate preparation not only sports, but also pedagogical of both trainers and instructors. The European Union Work Plan for Sport (2017-2020) recognizes the role of trainers and the importance of their qualifications and competences, because the considerable importance and consideration that sport assumes does not allow to escape from an equally careful consideration of the training of the trainer in a sporting - pedagogical. In fact, the European strategy provides for initiatives in the field of sport and society by placing a lens on the role of trainers, education in sport and through sport and social inclusion allowing access to sport for people with disabilities.

The beginning of the White Paper on Sport 2007 presented by the European Commission reports the words of the French pedagogue Pierre de Coubertin: "Sport is part of the heritage of every man and woman and its absence can never be compensated" (European Commission, 2007) which shows the important role of sport which is taken into account in the implementation of common policies in European society. According to the White Paper on Sport, everyone must have access to sport, which is why the specific needs of vulnerable groups of people, people with disabilities and people from disadvantaged backgrounds cannot be ignored. Sport is the channel through which these groups can lead to a better quality of life, thanks to the intervention of competent operators and provided with the necessary means to interpret and understand the different situations in which it is called upon to intervene (Cottini, 2007). Therefore, the training of the trainers cannot be left to chance, it must build professional identities, strong and flexible, able to adapt and reorganize according to different contexts and situations (Piredda, 2007). This is how we talk about Euro Formation of trainers of disabled athletes that must provide them with valid operational tools and knowledge of the available alternatives that can really be spent according to the needs of the situation under consideration (Di Nubila, 2008).

3.1. Comparing reality and examples of good practice

Currently, at European level, the educational dimension in sport is supported by the Erasmus Plus programme, which offers opportunities for exchanges and mobility, encouraging the acquisition and improvement of the skills and competences of trainers, especially through the exchange of good practices (Erasmus+, 2018). The worldwide reflection on disability requires a training of the trainer that allows to live inclusion as a process that acts within a pedagogy that is based on listening, proximity, and constructive dialogue. Fostering inclusion means committing ourselves to outlining the use of tools that are in place and controlling the educational function. Sport is one of the tools to be used in an educational key as it refers to a system of values compatible with those of the educational system. The necessity to have trained and specialized personnel in the field of pedagogical-sports, able to develop effective and efficient intervention strategies at local and planetary level, is inevitable, encouraging cooperation between the various and numerous local authorities. The European Commission invites to strengthen the opportunities for acquiring skills and competences for trainers, taking into account the responsibilities to which they are called; trainers of disabled athletes need general training that includes the acquisition of pedagogical and operational skills and specific training for the acquisition of the specific sports practice that you want to carry out. The Italian model, in reference to the national training plan of the paralympic sports operators, the training path SNaQ (*National System of Qualifications*) of the CIP follows a pyramidal procedure, where at the base there is the first level that provides general skills related to the pedagogical and psychological approach, and then proceed with the subsequent levels that also include the specialization and technical training of a specific discipline (Fisdir, 2021). In France, the training of trainers for Paralympic athletes is entrusted to several bodies, including the national Handisport that offers different levels of training: accompanist, facilitator, instructor or trainer.

Germany is among the strongest countries in paralympic sport, the training of Paralympic trainers is managed by the *National Paralympic Committee of Germany* (DBS), which offers specific training courses for each Paralympic discipline and general courses. The German model offers continuing training courses for instructors and trainers, in order to have quality sports personnel making the country's sports offer better. In the German training offer, there is an explicit need for competent instructors and trainers, since through them Germany can continue to offer paralympic sports according to a quality program (IPC, 2021).

3.2. Example of good practice

Liverpool John Moores University (UK), the International Council for Coaching Excellence (ICCE), European Paralympic Committee (EPC), Dutch Olympic Committee, Dutch Sports Federation (NOC - NSF), Institute of Sport Poland (ISP), Hungarian Paralympic Committee (HPC), have launched a European project to provide training opportunities for paralympic sports trainers, in order to support them in offering sports experiences and provide a wealth of skills to conduct successful practices (Townsend, Huntley, Petrovic & Marek, 2020). The Italian Badminton Federation in network with France, Finland and England has launched a European project for the training of inclusive trainers, providing specific training for trainers and referees through ad hoc methodologies. The goal is to encourage the practice of paralympic sports through qualified trainers, who will acquire a common language to pursue a common goal. At the international level Brazil, Slovenia and Turkey have worked in the network in order to spread a new model to promote the human potential and empowerment of people with disabilities, through the interpretation of body language as a global language (IPC, 2021). Another example of good practice at national level is represented by the Italian Hockey Federation (FIH) on the lawn which, in order to promote sport, has an active training program for trainers seen as the main channel through which the sport of profession can reach everyone. The training promoted by the FIH provides appropriate tools to structure a lesson and plan activities considering the reality in which you act. Considerable importance is given not only to the game, but also to the learning time of each athlete and learning takes place according to the progressive logic, starting from simplified games and preparatory to the acquisition of the technical gesture. The FIH has set up a national training program of trainers generating a model of global teaching that represents the game in its complexity and tends to prioritize the capillary aspect of the game (Happy Hockey, 2019). In addition, the FIH training provides for the trainer a dedicated aspect to the monitoring and periodic evaluation of its intervention, to acquire the necessary skills to modify its program making it flexible and adaptable to the reference situation.

4. Conclusions

The preparation of high-quality trainers must include a knowledge of the methods of classification and operational strategies related to various disabilities, providing trainers with tools that can be used on the field. However, the poor pedagogical training of trainers of disabled athletes can have repercussions on the quality of the sports offer and on the life of the athlete himself.

The consideration and promotion of sport by the European Commission highlights the role and responsibilities of the trainer in the social promotion of inclusion and psychophysical well-being. Promoting EuroFormation allows the implementation of concrete opportunities for inclusion in the various EU territories and the development of organizational skills and competences, management, communication of sports personnel. The EuroFormation of Paralympic trainers aims to develop and spread a European language of the pedagogical-sports approach to the Paralympic athlete, to respond effectively to the European challenges to raise the quality of sport in Europe and in the world, through the exchange of good practices and collaboration between professionally trained educational figures.

Notes

* The manuscript is the collective result of the Authors, whose specific contribution is to be referred to as follows: The introduction and the first paragraph are to be attributed to Author 1. The abstract and the conclusions are to be attributed to Author 2. The third paragraph and bibliographic research are attributed to Author 3. The Authors declare that there is no conflict of interest.

¹ Patrizia Belfiore, Researcher - University of Naples "Parthenope".

² Emma Saraiello, PhD Student - University of Naples "Parthenope".

³ Francesco Tafuri, PhD Student - "Unicusano" University, Rome.

References

- Barausse, A. (2007). Appunti per una storia dell'associazionismo educativo-sportivo dei disabili. *L'integrazione scolastica e sociale*, 6, 297-306.
- Barba, F., & Tafuri, D. (2007). *L'allenamento Teoria e Metodologia*. Napoli: Idelson-Gnocchi.
- Benassy, J. (1979). *Traumatologia dello sport*. Milano: Masson Italia Editori.
- Benetton, M. (2012). Valori e disvalori educativi nell'allenamento sportivo in età precoce. In E. Isidori, & A. Fraile Aranda (A cura di), *Pedagogia dell'allenamento. Prospettive metodologiche* (pp. 97-117). Roma: Nuova Cultura.
- Berloff, G., Notarnicola, G., & Rosso, M. (2000). *I soggetti con disabilità. Offerta didattica attiva, riabilitazione e integrazione, aspetti medici e psicologici, normative legali e giuridiche*. Firenze: Pugliese.
- Bertolini, P. (1958). *Fenomenologia e pedagogia*. Bologna: Malipiero.
- Bozzuffi, V. (2007). *Psicologia dell'integrazione sociale. La vita della persona con disabilità in una società plurale*. Milano: Franco Angeli.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *Ecologia dello sviluppo umano* (L. H. Stefani, Trans). Bologna: Il Mulino. (Original work published 1979).
- Canevaro, A., & Goussot A. (2000). *La difficile storia degli handicappati*. Roma: Carocci.
- Castelli, G. (1995). *Handicap e sport. L'impegno del centro socio educativo nelle attività motorie e riabilitative*. Milano: Unicopli.
- Causin, P., & De Pieri, S. (2006). *Disabili e rete sociale. Modelli e buone pratiche di interazione*. Milano: Franco Angeli.
- Cereda, F. (2015). Qualificazione, formazione e professione dell'istruttore sportivo nei contesti nazionale ed europeo. *Lifelong, Lifewide Learning*, 11(26), 1-9. Disponibile in: <http://www.edaforum.it/ojs/index.php/LLL/article/view/173>.
- Cipani, D. G., Casolo, F., & Coco, D. (2021). Educazione fisica e sportiva nell'orizzonte didattico educativo per un cambiamento culturale per tutti. *NUOVA SECONDARIA*, 39(4), 22-35.
- Cottini, L. (2007). Tempo libero, integrazione e qualità della vita per la persona con disabilità mentale: il ruolo della pratica sportiva. *L'integrazione scolastica e sociale*, 6(4), 314-319.
- Cronin, L., Maher, A., & Greenfield, R. (2021). A Qualitative Investigation of Teachers' Perspectives on Life Skills Development in Physical Education. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 1-16.
- Di Nubila, R. D. (2008). *Dal Gruppo al Gruppo di Lavoro. La formazione in Team: la conduzione, l'animazione, l'efficacia*. Lecce: Pensa MultiMedia.
- Erasmus+. (2018). Guida al programma. Versione 1, 2019, 4-10-2018. Disponibile in: <https://erasmus-plus.ec.europa.eu/it/erasmus-programme-guide>.
- European Commission. (2007). *White Paper on sport*. Publications Office of the European Union.
- European Paralympic Committee - EPC. Disponibile in: <https://www.europaralympic.org>.
- Fisdir. (2021). *Piano nazionale della formazione degli operatori sportivi paralimpici*, Linee Guida CIP. Disponibile in: <https://www.fisdir.it/wp/wp-content/uploads/2021/04/Linee-guida-SNaQ-CIP.pdf>.
- Happy Hockey. (2019). Progetto educativo per l'insegnamento delle scienze motorie e sportive nella scuola primaria.
- Hemphill, M. A., Gordon, B., & Wright, P. M. (2019). Lo sport come passaporto per il successo: integrazione delle abilità di vita in un programma di sviluppo giovanile positivo. *Physical Education and Sport Pedagogy*, 24(4).
- International Paralympic Committee - IPC. (2021). *Handbook Paralympic Games chapter*.
- International Council for Coaching Excellence - ICCE. Disponibile in: <https://icce.ws>.
- Lombardozzi, A. (2012). Il ruolo dell'allenatore in prospettiva pedagogica. In E. Isidori & A. Fraile Aranda (A cura di), *Pedagogia dell'allenamento. Prospettive metodologiche*. Roma: Nuova Cultura.

- Pearson, K. M. (1990). Methods of Philosophic Inquiry in Physical Activity. In J. R. Thomas, & J. K Nelson (Eds.). *Research Methods in Physical Activity* (pp. 229-246). (2th ed.). Champaign IL: Human Kinetics.
- Piredda, P. (2007). L'attività motorio-sportiva come opportunità formativa privilegiata nel percorso di sviluppo degli alunni disabili. *Rassegna dell'Istruzione*, 2-3, 78-85.
- Robinson, P. E. (2010). *Foundations of sports coaching*. London and New York: RoutledgeFalmer.
- Townsend, R., Huntley, T., Petrovic, L., & Marek, P. (2020). *ParaCoach EU eLearning Course Study Guide*. Liverpool: Liverpool Jhon Moore University Eds.
- World Health Organization - WHO. (1948). *Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization - WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- World Health Organization - WHO. (1992). *Bollettino "Skills for Life", n. 1*.
- World Health Organization - WHO. (1993). *Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse, Life Skills Education In Schools, Programme On Mental Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization - WHO. (1994). *Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse Life Skills Education For Children And Adolescents In Schools, Programme on Mental Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization - WHO. (1997). *Life skills education for children and adolescents in schools, Programme on mental health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization - WHO. (2003). *Skills for Health Skills-Based Health Education Including Life Skills: An Important Component of a Child-Friendly/Health-Promoting School*. Geneva: World Health Organization.
- Ye, S., Lee, J. E., Stodden, D. F., & Gao, Z. (2018). Impact of Exergaming on Children's Motor Skill Competence and Health-Related Fitness: A Quasi-Experimental Study. *Journal of clinical medicine*, 7(9), 1-11.

Promozione del benessere negli adulti attraverso le attività motorie e sportive: ruolo delle Life Skills*

Fabio Scamardella¹, Domenico Tafuri², Mattia Caterina Maietta³

Keywords

LifeComp, Apprendimento,
Hockey su prato

Abstract

Il LifeComp framework riguarda un insieme di abilità applicabili a tutte le sfere della vita individuate dal Joint Research Centre di Siviglia nel 2020. Il Quadro Europeo per le competenze chiave personali, sociali e di imparare a imparare fornisce un linguaggio comune per descrivere nove abilità necessarie per aiutare gli educatori a colmare il divario tra la teoria e le pratiche pedagogiche quotidiane. Tali abilità sono state più volte riviste da parte degli Organi Europei per permettere a tutti i cittadini di diventare più resilienti e a gestire le sfide e i cambiamenti nella loro vita personale e professionale in un mondo in continua evoluzione e transizione, come la pandemia Covid-19 ha improvvisamente dimostrato. L'apprendimento di tali abilità è indissolubilmente legato ai valori universali dello sport che può divenire il transfer ottimale di tali abilità dal contesto sportivo alla vita quotidiana. L'obiettivo del contributo è, pertanto, quello di illustrare il legame esistente tra Life Skills e LifeComp ed i valori insiti nella pratica motoria e sportiva di squadra attraverso l'hockey su prato.

1. Introduzione

Il concetto di Salute secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1986, 1993) è un processo di controllo sugli *agenti determinanti salute* che permette agli individui e alle comunità di vivere una vita sana, attiva e produttiva. A tal proposito, l'OMS (1948) definisce la salute come uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non una mera assenza di malattia o infermità" e, seguendo una visione affine, la Carta di Ottawa (OMS, 1986) afferma che: la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. La salute è, quindi, un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche; pertanto, la promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere.

In questo contesto, le Life Skills rappresentano quelle abilità in grado di guidare le persone nel compiere scelte orientate alla salute e, pertanto, rientrano tra le abilità da apprendere e da sviluppare lungo tutto l'arco della vita, in una visione di *lifelong learning* (OMS, 1986). A seconda del quadro teorico di riferimento, le *Life Skills* possono essere denominate anche *Soft Skills* o competenze trasversali. La suddetta pluralità di identificazioni non influenza nonostante alcuni autori riferiscano che (Prabu, 2016), "life skills e soft skills si distinguerebbero per il fatto che le prime sembrerebbero maggiormente orientate verso lo sviluppo personale, i valori, gli atteggiamenti e comportamenti da modificare per aiutare una persona a diventare socialmente accettabile e di successo e che, pertanto, porterebbe ad ampliare e arricchire concettualmente e qualitativamente il significato di soft skills, il quale indica, più genericamente, quei tratti della personalità, come ottimismo, capacità di ascolto, gestione del tempo ed empatia, che contraddistinguono le persone a vari livelli" (Latino, 2022).

Promuovere l'acquisizione e lo sviluppo delle *Life Skills* permette alle persone di arricchire e potenziare il proprio personale bagaglio di abilità rendendo più efficaci le proprie scelte, la propria azione professionale, riuscendo a sviluppare il proprio potenziale in un'ottica di miglioramento e benessere. Nel dettaglio, le *Life Skills* riguardano una serie di capacità che interessano le molteplici sfere della persona: cognitiva, affettiva, relazio-

nale, emotiva, sociale (Prajapati, Sharma, & Sharma, 2017). È per questo motivo che l'OMS (1992) identifica le *Life Skills* come quelle "abilità necessarie per mettere in atto un comportamento adattivo e positivo che consente agli individui di affrontare efficacemente le esigenze e le sfide della vita quotidiana".

Si tratta, dunque, di abilità necessarie per orientarsi e vivere nel mondo, un mondo che è in continuo mutamento e che richiede opportune abilità e adeguata consapevolezza di sé e degli altri. Ciò evidenzia come la mancanza di tali *Skills* possa favorire la presenza di comportamenti a rischio per la salute e per gli altri. Risulta, pertanto, necessario e fondamentale attivare processi educativi e formativi che abbiano tra i propri scopi la promozione delle *Life Skills* come mezzo per promuovere il benessere e la salute individuale e collettiva. L'OMS individua l'attività motoria e sportiva come un valido strumento per la promozione e l'acquisizione delle *Life Skills*.

I benefici conferiti dallo svolgimento dell'attività motoria e sportiva sono molteplici ed esercitano un profondo potenziale nei confronti della prevenzione delle malattie croniche e nel miglioramento del benessere psicologico (Cipani, Casolo & Coco, 2021). Lo sport e, più in generale, l'attività fisica hanno il dono naturale di essere una preziosa risorsa psicologica, emotiva e sociale, configurandosi come uno strumento che svolge la propria azione attorno all'individuo, esaltando le potenzialità dello stesso. Lo svolgimento di una regolare attività motoria e sportiva permette alla persona un benessere globale, con la promozione, acquisizione e sviluppo di competenze trasversali, fruibili e spendibili in diversi ambiti, che rafforzano e consolidano un'immagine personale di efficacia, adeguatezza e validità nella gestione e nel controllo delle proprie abilità. Dunque, attraverso l'attività motoria e sportiva, favorendo stili di vita sani e attivi, si vuole promuovere salute, benessere e capacità che si sviluppano, si evolvono e si espandono verso elementi di consapevolezza ed efficacia personale. In tal modo si eleva il livello di autostima e di autoefficacia che nel mondo dello sport si esprime attraverso la capacità di fornire il massimo impegno in un determinato compito o in una determinata situazione, percependosi come una persona valida ed efficace (Bandura, 1999).

Uno degli sport adeguati agli adulti è l'Hockey su prato. Caratteristica fondamentale di questo sport riguarda le prassi di insegnamento, le quali sono basate su metodiche ludiche (Wein, 2011). Nel dettaglio, l'hockey su prato è un gioco sportivo di squadra classificato anche come sport di situazione, che richiede grandi e complesse capacità di adattamento alle continue e diverse situazioni che la dinamica della partita presenta e il tutto in tempi rapidissimi (Connolly, 2005). Appare chiaro che organizzare una competizione, definire ruoli e tempi, pianificare le strategie di gioco e dunque di azione, sono vere abilità intellettive, trasferibili in qualsiasi contesto (OMS, 1992). Dunque, con una programmazione adeguata dell'allenamento è possibile arrivare allo sviluppo delle abilità desiderate, consapevoli che parte delle abilità acquisibili attraverso l'Attività Motoria e Sportiva sono utili e trasferibili al di fuori del contesto sportivo connotandosi come Abilità per la Vita. Dunque, attraverso uno Sport come l'Hockey è possibile promuovere l'acquisizione delle *Life Skills* che di conseguenza conducono alla promozione della salute, dunque, tramite questo processo si vuole contribuire ad elevare la qualità della vita delle persone, fornendo loro adeguati strumenti, competenze e strategie per vivere pienamente la propria esistenza.

2. Lifeskills e transizioni

I cambiamenti sociali degli ultimi decenni del ventesimo secolo e dell'inizio del nuovo secolo hanno portato a un'accelerazione dirompente creata dall'informatica e dalla tecnologia, ma soprattutto dal fenomeno della globalizzazione. All'interno di questo scenario la formazione, sia essa scolastica che quella al lavoro, non può essere più la stessa. È in relazione a tali cambiamenti e necessità che in ambito formativo l'attenzione deve necessariamente spostarsi da conoscenze e abilità specifiche, alle competenze chiave. In linea con tali principi, all'inizio degli anni Novanta dello scorso secolo l'OMS introduce le cosiddette *Life Skills*.

L'importanza delle abilità per la vita è definita soprattutto dalla loro capacità di facilitare e promuovere lo sviluppo dei processi di alfabetizzazione, pensiero critico e comunicazione, rendendole di conseguenza direttamente connesse alla salute, al benessere psico-fisico, culturale e sociale in un continuo processo di apprendimento che si sviluppa lungo tutto l'arco della vita di un individuo. Sostenere lo sviluppo delle abilità per la vita nel corso delle transizioni umane, diviene fattore fondamentale per riuscire a cogliere le diverse opportunità che si presentano nel percorso della propria evoluzione maturativa. I passaggi della vita o transizioni, infatti, rappresentano cambiamenti significativi che possono sopraggiungere nella vita di tutti, associati a miglioramenti o a peggioramenti dei comportamenti culturali, sociali e sanitari. Il passaggio da una fase ad un'altra della vita è spesso caratterizzato da periodi critici in cui gli individui acquisiscono le competenze e le conoscenze di cui hanno bisogno per divenire indipendenti e autonomi. Alla luce di questa cornice interpretativa, le *Life Skills* agiscono sui processi di transizione umana come mezzi di strutturazione e ristrutturazione, che determinano una frattura tra vecchie relazioni, abitudini e visione del sé, e la realizzazione di nuove e più compiute relazioni (Colella, 2020). I momenti di transizione devono, pertanto, necessariamente trasformarsi in occasioni per migliorare il proprio stato di salute e benessere psico-fisico in una prospettiva di sviluppo evolutivo in grado di facilitare l'acquisizione di atteggiamenti, valori, comportamenti, competenze appropriati, al fine di gestire al meglio la salute culturale e sociale e il benessere educativo (Norris, van Steen, Direito & Stamatakis, 2020). Appare dunque, evidente come guardare alle abilità per la vita come chiave di volta del processo di transizione vuol dire realizzare elementi di promozione volti a favorire scelte significative che possano produrre benefici qualitativamente edificanti rispetto alle relazioni di cura e il sostegno sociale degli individui (Srikala & Kishore, 2010). Il trasferimento delle abilità di vita è stato, infatti, definito da Pierce, Gould e Camiré (2017) come quel "processo attraverso il quale un individuo sviluppa, apprende e interiorizza una risorsa personale (abilità psicosociali, conoscenze, disposizioni, costruzione o trasformazione dell'identità e quindi sperimenta il cambiamento personale attraverso l'applicazione della risorsa in uno o più domini della vita al di là del contesto in cui è stato originariamente appreso". A completamento della loro definizione di trasferimento delle abilità per la vita, Pierce et al. (2017) hanno delineato un modello per identificare il trasferimento delle abilità per la vita come un processo di sviluppo in cui l'individuo gioca una parte attiva nel processo di transizione. All'interno di questo modello lo sport rappresenta un luogo privilegiato per lo sviluppo delle abilità di vita. Una variabile importante da considerare nel trasferimento delle *Life Skills* è l'intenzionalità, che implica la misura in cui gli educatori incidono in maniera significativa nel loro approccio all'insegnamento delle *Life Skills* (Holt et al., 2017). Secondo gli autori i programmi sportivi che intenzionalmente sono mirati allo sviluppo e al trasferimento delle abilità di vita, possono produrre risultati maggiori rispetto ai programmi che non prevedono un focus sulle *Life Skills*. Molti autori, inoltre, suggeriscono che le abilità di vita, come la *leadership* e il lavoro di squadra, apprese attraverso la partecipazione alle attività sportive preparino inevitabilmente i partecipanti ad avere successo in altre aree della vita (Holt, 2016). Mayocchi e Hanrahan (2000) hanno sviluppato un modello di transizione professionale per spiegare come le abilità che gli atleti hanno acquisito attraverso lo sport possono essere applicate ad altri ambiti della vita nelle carriere non sportive. Il modello si concentra sulle azioni volte ad aiutare gli atleti a diventare consapevoli, fiduciosi e critici nel trasferire le abilità sportive durante la transizione al pensionamento. Tale modello fornisce preziose informazioni sul processo di trasferimento delle abilità della vita dal punto di vista degli atleti adulti durante le transizioni di carriera e sottolinea la necessità di considerare continuamente i processi psicologici degli atleti mentre transitano oltre il contesto sportivo. Il trasferimento delle *Life Skills* appare, in questo senso, come un elemento estremamente significativo all'interno del processo di trasformazione poiché rappresenta quell'esito determinante che gioca un ruolo cru-

ziale nella costruzione del corredo di abilità necessarie affinché un individuo possa vivere con successo nella società (Pierce et. al, 2017).

3. LifeComp ed hockey su prato

Alla luce di tale quadro teorico, è possibile affermare che lo sport è soprattutto un modello di valori. I valori sono convinzioni profondamente radicate che guidano le nostre azioni. Essi sono trasmessi dal contesto che ci circonda, dalle relazioni che creiamo ed anche e soprattutto dalla pratica motoria e sportiva. I principali valori educativi che derivano dalla pratica motoria e sportiva vanno dal rispetto alla collaborazione, al senso di appartenenza ed integrazione. La disciplina, la costanza, l'autostima e la gestione dello stress e delle emozioni sono solo alcuni tra i valori universalmente riconosciuti alla pratica motoria e sportiva. Tra tutti i valori precedentemente citati è però certamente il valore formativo dello sport, quello di maggiore interesse per tale contributo. È possibile affermare che negli ultimi anni le attività motorie sono rientrate a pieno titolo nelle scienze dell'educazione grazie ad uno stimolante dibattito psicopedagogico, dove lo sport e le attività motorie risultano portatori di uno straordinario potenziale educativo. L'attuale e complessa strutturazione della società richiede la creazione e l'organizzazione di ambienti educativi che portino all'apprendimento di abilità e la pratica motoria e sportiva può essere il volano per l'acquisizione di tali obiettivi. Infatti, la ricerca mostra come le competenze acquisite nello sport possano essere efficacemente trasferite ad altri ambienti culturali dalla prima infanzia fino all'età adulta (Nasheeda, 2019). Organizzare una competizione, definire ruoli e tempi, pianificare le strategie di gioco e dunque di azione, sono vere abilità intellettive, trasferibili in qualsiasi contesto. In tali abilità rientrano anche le *Life Skills* (OMS, 1992).

In quest'ottica, l'hockey su prato, in quanto sport di squadra che richiede grandi e complesse capacità di adattamento alle continue e diverse situazioni in tempi molto rapidi, può rappresentare un contesto privilegiato per il trasferimento delle *Life Skills* (Connolly, 2005). Nella formazione dell'hockeyista, infatti, è di fondamentale importanza il contesto educativo in cui si formano e si perfezionano le sue abilità. Questo è caratterizzato da tre elementi significativi: la competitività, cioè l'attitudine ad opporsi ad altri; la cooperazione, ossia valorizzare il gioco come momento di collaborazione e di gruppo; la creatività, intesa come promozione di una piena espressione della personalità dei ragazzi (Swope, 2011).

I valori educativi insiti nell'hockey su prato possono dare un contributo determinante all'educazione e alla formazione tanto dei giovani quanto degli adulti, sostenendo lo sviluppo delle abilità motorie, cognitive, affettive e relazionali, impartendo valori come il rispetto di sé, degli altri e del concetto di solidarietà. La pratica di tale sport è quindi un'opportunità per favorire la creatività e l'investimento emotivo, supportando i processi che portano all'autocontrollo, allo sviluppo dell'autostima e all'iniziativa. Esattamente in linea con la politica delle *LifeComp* precedentemente citate. È in tale ottica di transazione soprattutto di abilità oltre che di contesti, che l'apprendimento motorio e le forme d'insegnamento di uno sport di squadra come l'hockey su prato possono diventare fondamentali per l'acquisizione delle abilità per la vita attraverso la pratica motoria e sportiva. Il modello in questione per l'apprendimento dell'hockey su prato propone una progressione didattica attraverso la proposta di giochi semplificati e polivalenti: "Invece di dare soluzioni a problemi insegnando solo abilità chiuse, bisogna fornire problemi da risolvere per far sì che ogni individuo impari quando, dove e perché si deve applicare una tecnica" (Wein, 1993).

I giochi semplificati rappresentano una versione facilitata sotto forma di gioco, delle azioni complesse dell'hockey 11 vs 11. Sono proposte situazioni che si adattano alle capacità fisiche e cognitive di tutti, facilitando la corretta esecuzione dei gesti tecnici, in un ambiente sereno di scoperta guidata, anche in ottica inclusiva. Quest'ultima rientra tra i metodi didattici che seguono lo stile di insegnamento non direttivo e dunque l'o-

rientamento induttivo accanto alla risoluzione dei problemi e alla libera esplorazione. Nel caso della scoperta guidata è previsto che l'allievo risolva individualmente e liberamente una situazione problema, con l'obbligo di rispettare alcuni vincoli e restrizioni dettate dall'insegnante nel quadro di una serie di obiettivi che si intende perseguire. I vantaggi sono la sollecitazione alla spontaneità e alla creatività degli atleti, dove ognuno partecipa secondo le proprie risorse e possibilità. Inoltre, si favorisce l'interazione tra esperienze, comparandole con quelle già vissute. I capisaldi sui quali poggia il metodo di Horst Wein (1999) sono innanzitutto utilizzare un modello competitivo adattato, ovvero tutto il sistema delle competizioni per l'attività di base deve essere rivisto e modificato per adattarlo alle reali capacità di ognuno. Un esempio consiste nel cominciare con esercitazioni che prevedano il tre contro tre per poi proseguire con il quattro contro quattro e così via. L'undici contro undici dell'hockey dovrà essere l'ultimo passo del percorso. La struttura stessa delle partite va rivista, in questo modello, infatti, la tipologia delle partite giocate dovrà essere diversa dall'ordinario. L'approccio ludico diviene il cardine del progetto, il gioco è il principale mezzo di allenamento, attorno al quale vengono pianificate le altre attività didattiche.

Infine, l'approccio all'allenamento deve essere progressivo e strutturato in maniera progressiva. I giochi semplificati saranno organizzati rispettando i principi dal facile al difficile, dal semplice al complesso. L'hockey "a misura di tutti" appena delineato è l'esercitazione principale del metodo di Horst Wein. Le caratteristiche di tale esercitazione sono intuitive ed immediate quali, validare i goal solo all'interno dell'area di tiro, non utilizzare portieri, la rimessa laterale può essere valida guidando la palla individualmente. In modo alquanto intuibile la versione base del gioco può facilmente variare, cambiando semplicemente gli scenari di gioco e di conseguenza gli apprendimenti possibili.

4. Conclusioni

Nell'ambito delle implicazioni scientifiche esistenti tra *Life Skills* ed educazione motoria e sportiva, il concetto di apprendimento e, dunque, di apprendimento motorio finalizzato all'acquisizione di competenze trasversali risulta, alla luce del periodo post pandemico, particolarmente attuale. In particolare, nel contesto degli sport di squadra, il tema dei metodi e delle tecniche di insegnamento-apprendimento da un lato e dei valori insiti nella pratica motoria e sportiva dall'altro, sembra da sempre in letteratura piuttosto eterogeneo, fattore quest'ultimo, decisivo per comprendere in che modo sia possibile arrivare all'acquisizione e all'apprendimento delle competenze trasversali prima e, successivamente, delle *LifeComp* mediante la pratica motoria e sportiva.

Note

* L'articolo è il risultato di uno studio progettato e condiviso tra gli Autori con le seguenti attribuzioni: L'autore 1 ha svolto la ricerca bibliografica e redatto Introduzione e Conclusioni; L'autore 2 ha redatto il paragrafo 2; L'autore 3 ha redatto il paragrafo 1. La revisione dei testi è stata condivisa dagli Autori.

¹ Fabio Scamardella, PhD student - University of Naples "Parthenope".

² Domenico Tafuri, Full Professor - University of Naples "Parthenope".

³ Mattia Caterina Maietta, PhD student - "Pegaso" University.

Riferimenti bibliografici

- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. *Handbook of personality*, 2, 154-96.
- Cipani, D. G., Casolo, F., & Coco, D. (2021). Educazione fisica e sportiva nell'orizzonte didattico educativo per un cambiamento culturale per tutti. *NUOVA SECONDARIA*, 39(4), 22-35.
- Colella, D. (2020). L'associazione sportiva per insegnare life skills e promuovere la continuità educativa. *Metis*, 49-62.
- Connolly, H. (2005). *Field hockey: rules, tips, strategy, and safety*. New York, Usa: Rosen Central Group.
- Holt, N. L. (Ed.). (2016). *Positive youth development through sport*. London: Routledge.
- Holt, N. L., Neely, K. C., Slater, L. G., Camiré, M., Côté, J., Fraser-Thomas, J. et al. (2017). A grounded theory of positive youth development through sport based on results from a qualitative meta-study. *International review of sport and exercise psychology*, 10(1), 1-49.
- Latino, F. (2022). The teaching of Life Skills through School Physical Education. *Form@re - Open Journal per la formazione in rete*, 22(3), 50-65.
- Mayocchi, L., & Hanrahan, S. J. (2000). Transferable skills for career change. In D. Lavalley, & P. Wylleman (Eds.), *Career transitions in sport: International perspectives* (pp. 95-110). Morgantown, W.VA: Fitness Information Technology.
- Norris, E., van Steen, T., Direito, A., & Stamatakis, E. (2020). Physically active lessons in schools and their impact on physical activity, educational, health and cognition outcomes: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 54(14), 826-838.
- Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS. (1992). *Bollettino "Skills for Life", n. 1*.
- Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS. (1993). *Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse, Life Skills Education In Schools, Programme On Mental Health*. Geneva: World Health Organization.
- Pierce, S., Gould, D., & Camiré, M. (2017). Definition and model of life skills transfer. *International review of sport and exercise psychology*, 10(1), 186-211.
- Pierce, S., & Erickson, K. (2019). Teacher-coaches' perceptions of life skills transfer from high school sport to the classroom. *Journal of Applied Sport Psychology*, 31(4), 451-473.
- Prajapati, R., Sharma, B., & Sharma, D. (2017). Significance of life skills education. *Contemporary Issues in Education Research (CIER)*, 10(1), 1-6.
- Srikala, B., & Kishore, K. K. (2010). Empowering adolescents with life skills education in schools-School mental health program: Does it work?. *Indian Journal of psychiatry*, 52(4), 344-349.
- Swope, B. (2011). *Youth field hockey drills, strategies, plays and games handbook*. St. Louis, Usa: Jacobob Press.
- Wein, H. (1993). *Programmi vincenti nel calcio*. Napoli: Koala Libri.
- Wein, H. (1999). *Hockey a misura dei ragazzi. Modello di insegnamento e di apprendimento per stimolare il potenziale innato dei giovani giocatori*. Roma: Edizioni Società Stampa Sportiva.
- Wein, H., Dal Buono, L., & Nardini, M. (2011). *Il calcio a misura dei ragazzi. Testo della Real Federacion Española de futbol. Vol. 1: Sviluppare l'intelligenza di gioco fino a 9 anni*. Roma: Edizioni Mediterranee.

Well-being in adult education: LifeComp, revisione e correlazioni tra competenze

Rosa Cera¹

Keywords

LifeComp, Correlazioni tra competenze, Well-being, Educazione degli adulti, Revisione framework

Abstract

L'obiettivo del presente contributo è duplice: individuare, facendo ricorso alla letteratura scientifica internazionale di riferimento, le correlazioni tra le competenze presenti nelle tre aree (personal, social, learning to learn) del framework LifeComp; revisionare il framework in relazione all'educazione degli adulti e alla dimensione del well-being in young adults e in older adults. L'esigenza di revisione nasce dalla necessità di sottolineare come non solo non esista una netta separazione tra competenze cognitive e non cognitive, ma anche per porre in luce come l'insieme di competenze di diversa natura possa essere predittiva di well-being e la cui assenza potrebbe invece essere causa di drop-out universitario. Un modo questo di intendere il framework immerso nella dimensione della lifelong education, volto ad assicurare benessere fisico e psicologico per l'intero corso della vita.

1. Introduzione

Negli ultimi anni, si sono sempre più moltiplicati gli studi volti a documentare i disagi vissuti dai giovani adulti frequentanti le università (Backhaus et al., 2020; Hitches, Woodcock & Ehrich, 2022). Disagi questi ultimi afferenti in gran parte all'ambito psicologico: disequilibrio emotivo, ansia, depressione e rischio di eccessivo stress legato allo studio o all'incapacità di conciliare i tempi di apprendimento con quelli della vita privata. Spesso, le cause scatenanti di questo genere di disagi si annidano, altresì, nell'elevato standard di competitività esistente tra studenti all'interno dell'università, ma anche all'estrema competizione dilagante nel mercato del lavoro. Un mercato quest'ultimo volto a premiare i cosiddetti talentuosi, considerati tali in quanto laureati in università che si classificano nei *ranking* internazionali, mentre coloro che conseguono titoli accademici in altre università sono coscienti dei problemi con cui dovranno misurarsi una volta conseguito l'agognato titolo accademico. Questo genere d'infernale spirale che si è creata, nel tempo, tra *ranking* delle università e mercato del lavoro, come conseguenza della globalizzazione, ha contribuito ad aggravare lo stato psicologico degli studenti, i quali si ritrovano, una volta conseguita la laurea, a competere con loro colleghi di altre nazioni e altre università. Non dovrebbe esserci nulla di problematico in tutto questo se anche le nostre università italiane occupassero i primi posti nei *ranking* internazionali, ma le classifiche a riguardo dicono tutt'altro. Dinanzi a una simile situazione sarebbe opportuno che non si attribuisse una smisurata importanza ai *ranking*, una questione questa che non può però trovare una facile soluzione, considerata la notevole influenza che la reputazione universitaria disciplina esercita sul mercato del lavoro. Considerate tali premesse, l'obiettivo del presente contributo è duplice: in primo luogo, analizzare criticamente, alla luce del *well-being* degli *young adults* (studenti universitari), le competenze presenti nel *framework LifeComp*, elaborato dall'*European Commission* (Sala, Punie, Garkov & Cabrera, 2020), e di individuarne le correlazioni, prendendo in considerazione la letteratura scientifica internazionale di riferimento²; in secondo luogo, proporre una revisione del *LifeComp* in relazione all'educazione degli adulti e al concetto di *well-being*. Un concetto, quest'ultimo, che riguarda non solo gli *young adults* ma anche gli *older adults*. Inoltre, nel fare riferimento al ruolo dell'edu-

cazione degli adulti per il *well-being* degli *young and older adults* diventa indispensabile disambiguare alcuni termini: “*lifelong learning*”, “*adult education*”, “*higher education*”. Secondo Stephen Billet (2010), il “*lifelong learning*” è un processo socio-personale, un tipo di apprendimento che si realizza durante l’intero percorso di vita non necessariamente all’interno delle istituzioni educative. L’“*adult education*” si configura, a sua volta, come educazione continua finalizzata al soddisfacimento dei bisogni e dei desideri degli adulti (Jarvis, 2010). A prima vista, sembra non esserci una netta differenza tra i due concetti “*lifelong learning*” e “*adult education*”, in realtà la differenza è però sostanziale. La preferenza del termine “*lifelong learning*” rispetto a quello di “*adult education*”, risale ad alcuni anni fa, ed è espressa in diversi documenti delle organizzazioni internazionali (OCSE, EU, UNESCO), a seguito dei processi di globalizzazione politica (Milana, 2012). Il “*lifelong learning*” da essere, come sosteneva Billet, un mezzo per lo sviluppo personale e sociale, diventa così un concetto associato allo sviluppo economico e alla competizione tra nazioni. A tale proposito, Gert Biesta (2006) ricorda, quindi, come la preferenza del termine “*lifelong learning*” sia collegata allo sviluppo dell’economia di mercato e alla fine del welfare state. L’“*higher education*” si differenzia, invece, dall’“*adult education*” in quanto include qualsiasi corso di studio successivo alle scuole superiori e consiste, nella maggior parte dei casi, nel conseguimento di una qualifica (ad es. laurea, corsi di studio universitari). In questo contributo, si preferisce utilizzare il termine “*adult education*” soprattutto in relazione al *framework LifeComp*. Una *adult education* considerata, quindi, particolarmente attenta al significato che le esperienze di apprendimento acquisiscono per ogni singola persona, indipendentemente dallo specifico valore che potrebbero avere per il mercato del lavoro e per lo sviluppo economico.

2. LifeComp, correlazioni tra competenze, well-being e drop-out in adult education

Molteplici risultati di ricerca hanno dimostrato come l’integrazione del benessere all’interno dei contesti educativi contribuisca al miglioramento della dimensione affettiva, alla riduzione della sintomatologia della malattia mentale, allo sviluppo positivo delle relazioni sociali, oltre a promuovere l’apprendimento, la motivazione accademica e il successo (Morgan, Simmons & Ayles, 2023; Vella-Brodrick, Chin & Rickard, 2020). Inoltre, è stata scientificamente dimostrata esserci una forte relazione tra assenza di *well-being* e abbandono degli studi universitari, in cui la depressione, l’ansia, la scarsa conoscenza delle strategie cognitive, gli alti livelli di “Amotivazione” e di “Motivazione esterna” giocano un ruolo significativo (Emily, 2023). Il malessere generale degli studenti nell’essere correlato all’abbandono degli studi contribuisce, a sua volta, a incrementare il livello di *unemployment* con ricadute negative sullo sviluppo economico e sulla stagnazione dell’elevato numero di *low skilled adults*, per cui si distingue particolarmente il contesto italiano (Federighi, 2022). Un quadro questo che non può non chiamare in causa il ruolo delle università, alle quali dovrebbe essere demandato non solo il compito di formazione, ma anche quello più generale di educazione. Educare i giovani adulti significa anche educare alla vita attraverso un approccio che miri alla valorizzazione del benessere, puntando, ad esempio, sull’integrazione accademica e sociale e sui programmi di formazione professionale, volti allo sviluppo delle capacità di *coping*. Tra queste capacità rientrano, in parte, alcune presenti anche nel *framework LifeComp*: *self-efficacy*, coinvolgimento e resilienza. La suddivisione operata dal *LifeComp* inerente l’area personale, sociale e dell’imparare a imparare, andrebbe interpretata nella sua dimensione relazionale, in quanto nessuna di queste tre diverse aree potrebbe essere considerata separata e non comunicante con le altre. Le competenze di *managing learning* presenti, ad esempio, nella *Learning to learn area*, intese come capacità di pianificare, organizzare, monitorare e revisionare il proprio apprendimento, e facenti parte dell’atteggiamento metacognitivo, sono state dimostrate essere scientificamente correlate alle competenze di *self-regulation*, presenti

nella *Personal area* (Cera, Mancini & Antonietti, 2013). La correlazione dimostra come l'essere autonomi nel proprio apprendimento coincida anche con un alto senso di auto-efficacia, intesa come l'auto-percezione di una persona sulla propria capacità di organizzare ed eseguire compiti particolari per raggiungere obiettivi specifici (Bandura, 1977). Inoltre, il *critical thinking*, sempre presente nella *Learning to learn area del LifeComp*, determinante nel promuovere un maggiore senso di auto-efficacia, sarebbe, a sua volta, in relazione con le competenze di *self-regulation* (Hyytinen, Ursin, Silvennoinen, Kleemola & Toom, 2021). L'interpretazione critica delle informazioni e degli eventi sembrerebbe, infatti, incidere su una maggiore consapevolezza, su una migliore gestione delle emozioni, sui pensieri e sui comportamenti. Inoltre, la *self-regulation* sembra, ancora una volta, correlarsi alla competenza di *growth mindset*, in quanto pensata come capacità di credere nel proprio e altrui potenziale, al fine di imparare e progredire continuamente. Le competenze di *critical thinking*, di *self-regulation*, di *managing learning* e di *growth mindset* rapportati all'educazione degli adulti potrebbero, quindi, essere complessivamente considerate predittrici del *drop-out* universitario e conseguentemente la loro assenza potrebbe essere causa di mancanza di benessere generale nei giovani adulti. Per quanto concerne poi la *flexibility competence*, presente nella *Personal area del LifeComp*, intesa come capacità di gestire le transizioni e l'incertezza e di affrontare le sfide, è ormai da tempo considerata essenziale dall'economia della conoscenza, in quanto in grado di assicurare ai giovani lavoratori la possibilità di riconversione nel lavoro e di riorganizzazione della propria vita. Una competenza quella della *flexibility* che sembra scientificamente essere correlata al *critical thinking* ed entrambe in grado di favorire un consapevole approfondimento e una più dettagliata analisi dei problemi, al fine di conseguire una maggiore serenità e un migliore benessere nella vita (Scheibling-Sève, Pasquinelli & Sander, 2022). In particolare la flessibilità cognitiva è intesa come fattore protettivo contro gli effetti nocivi di una possibile esposizione allo stress (Harel, Hemi & Levy-Gigi, 2023). Infine, le competenze incluse nella *Social area* della *LifeComp* come le abilità comunicative, l'empatia e la collaborazione svolgono un particolare ruolo nell'educazione al lavoro sociale, dove per gli studenti non è solo importante essere in buone condizioni fisiche e psicologiche, ma anche sviluppare una particolare capacità empatica. Anche le competenze presenti nella *Personal e Learning to learn area*, come il pensiero critico e la gestione dell'apprendimento sono scientificamente in correlazione con quelle presenti nella *Social area*. Nello specifico, il pensiero critico è inteso come sostegno al dialogo cooperativo con obiettivi epistemici che dovrebbero vincolare socialmente e moralmente qualsiasi partecipante alla società moderna indipendentemente dal suo background etnico, sociale o economico (Tomasello, 2019). In altre parole, il pensiero critico consolida e rinsalda la cooperazione e la collaborazione attraverso la condivisione critica delle conoscenze, contribuendo così al miglioramento dell'interazione socioculturale e del benessere generale degli studenti. Dalla riflessione sulle correlazioni tra le competenze presenti nel *LifeComp* emerge il ruolo significativo del *critical thinking*, il quale sembra essere il collante fra più competenze, tutte predittrici di *well-being* e la cui assenza potrebbe essere generatrice di *drop-out*. Infine, dallo studio sulle correlazioni emerge come il *well-being* da essere competenza afferente alla *Personal Area del LifeComp* diviene il fine ultimo dell'educazione degli adulti (Fig. 1).

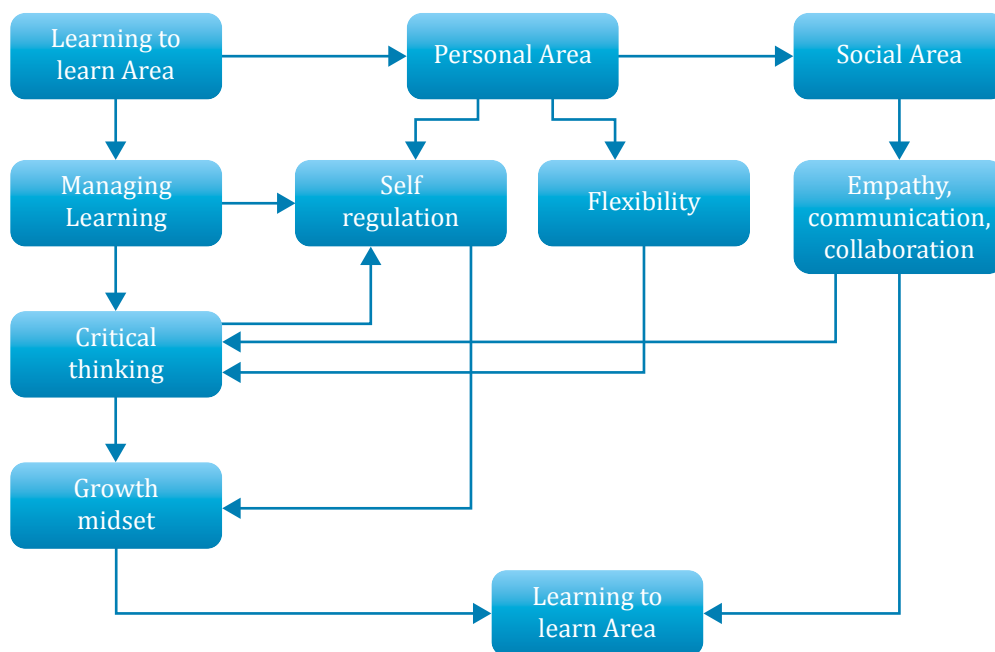


Fig. 1 - Correlazioni tra competenze del *LifeComp*, *well-being* e *dropout in adult education*

3. Per un diverso concetto di *well-being*

Il *well-being* è generalmente considerato come il senso di significatività, soddisfazione e piacevolezza che ognuno ha della propria vita. Il concetto di *well-being* in relazione all'educazione ha, però, acquisito negli ultimi tempi un significato differente, maggiormente pensato in termini economici. Il notevole costo dell'istruzione, non consente più, infatti, di pensare al *well-being* come a un qualcosa di acquisibile attraverso il pensiero critico e l'educazione contemplativa, poiché si ritiene che i risultati dell'istruzione siano convenientemente misurabili. Il *well-being* non può, quindi, essere considerato una variabile della *lifelong education*, ciò che conta sono, invece, il successo degli studenti, il progresso efficiente verso la laurea e i posti di lavoro ben retribuiti per i laureati (Sherman, 2020). Tutto questo dovrebbe generare una riflessione e stimolare alcuni interrogativi: è questa la vera istruzione che vogliamo? pensiamo realmente che il *well-being* possa essere interpretato solo in termini economici? Al di là degli aspetti puramente monetari, che hanno pur sempre la loro importanza, l'*adult education* dovrebbe porre maggiore attenzione anche alla salute fisica, mentale, all'alfabetizzazione finanziaria, alla qualità delle relazioni interpersonali e allo sviluppo di competenze quali in particolare il pensiero critico e la *self-regulation*. Due competenze queste ultime positivamente correlate alla vitalità e predittrici negativi di *drop-out*, dove la vitalità è ritenuta essere un indicatore significativo del benessere (Jeno, Nylehn, Hole, Raaheim, Velle & Vandvik, 2023). In altre parole, il *well-being* dovrebbe essere interpretato secondo la propria dimensione multifattoriale, dove lo sviluppo intellettuale (inteso in termini di acquisizione di conoscenze disciplinari) si coniuga allo sviluppo fisico, sociale, alla salute e alle aspirazioni e realizzazioni professionali. Un genere d'interpretazione, questa, che chiama in causa molteplici competenze, alcune di queste già presenti nel *LifeComp*, altre invece un po' meno ricordate come, ad esempio, l'importanza del pensiero intuitivo. In un periodo in cui l'intelligenza artificiale e i robot rischiano di porre in secondo piano l'importanza del pensiero umano intuitivo come preliminare essenziale alla creatività, l'educazione dovrebbe

enfaticamente l'essenzialità. Nell'educare allo sviluppo della *decision making* manageriale, sarebbe, ad esempio, opportuno ricordare come l'intelligenza artificiale potrebbe solo occuparsi della parte razionale del processo decisionale, mentre la parte intuitiva, basata su fattori emotivi e affettivi, non può che essere propria dell'essere umano. Inoltre, la competenza intuitiva è stata considerata essere predittiva della felicità, poiché in tandem con la riflessività e come tale in grado di promuovere un comportamento pro-sociale volto alla tutela del benessere della comunità. In tal senso, l'*adult education* dovrebbe essere l'anello di congiunzione tra intuizione, riflessione e razionalità, in quanto ogni problema, non solo scientifico ma anche della vita reale, necessita di un'analisi razionale, di una ricerca intuitiva della soluzione e di una comprensione istintiva ed emotiva delle future opportunità (Müller, 2021). Inoltre, attraverso non solo la competenza intuitiva, ma anche la flessibilità, presente nel *LifeComp*, intesa come forma più alta dell'adattabilità, e attraverso l'educazione che orienta e sviluppa queste competenze, i giovani adulti hanno la possibilità di superare le fasi di disadattamento alla vita, in quanto animati da positività, innovazione e vitalità. L'*adult education* è quindi chiamata, facendo appello all'intuizione, a rendere accessibile la conoscenza tacita, in modo da promuovere l'innovazione e ogni forma di benessere attraverso la generazione di sempre nuove idee. È stata, infatti, dimostrata esserci una relazione positiva tra creatività e benessere sia in età di giovani adulti (Moreira, Imman & Cloninger, 2023) sia negli *older adults* (Cera, Cristini & Antonietti, 2018). In particolare, la partecipazione degli *older adults* ad attività artistiche e creative di gruppo sembra contribuire, in modo considerevole, al miglioramento delle condizioni generali di salute, al benessere fisico, psicologico e sociale. La danza, la musica, il canto, le arti visive, il dramma e il teatro risultano, infatti, essere tra le attività che più di altre esercitano ricadute significative sull'invecchiamento attivo e positivo (McQuade & O'Sullivan, 2021). Creatività, intuizione, flessibilità e *self-regulation* sembrano, pertanto, rappresentare quelle competenze utili per la vita e per una *lifelong education* che possa rendere l'esistenza stessa più appagante e realizzata, facendo appello a una visione di *well-being* integrato. In altre parole, il concetto ispiratore di *well-being* nell'educazione degli adulti dovrebbe essere ecosistemico e celebrare la capacità di coevoluzione, auto-regolazione e rinforzo reciproco tra le parti (Formenti, 2022). Un concetto questo molto ampio e come tale per essere realizzabile necessiterebbe di una molteplicità di competenze.

4. Educazione degli adulti e well-being: una revisione delle *Skills for Life*

Il *framework* delle *LifeComp* potrebbe essere inteso come una cassetta degli attrezzi, come una *cura pedagogica*, come una guida a cui fare riferimento nei processi educativi e formativi, i quali si distinguono per essere situati (*embedded*) nella vita personale, professionale e sociale di ogni persona (Boffo, Iavarone, Nosari & Nuzzaci, 2023). I processi educativi e formativi oltre a essere *embedded* dovrebbero anche promuovere programmi di benessere *imbedded* (integrati), in particolare nelle università, dove l'oggetto di valutazione non dovrebbe essere solo il contenuto disciplinare, ma anche la dimensione della felicità e del benessere generale. Una condizione quella del benessere generale, in cui le competenze socio-emotive (SEC), assumono una pregnanza significativa, alla luce della relazione scientificamente esistente tra benessere emotivo, rinforzo sociale e successo accademico (Latorre-Cosculluela, Sierra-Sánchez, Rivera-Torres & Liesa-Orús, 2022). Le SEC unitamente al *critical thinking* andrebbero, quindi, considerate come variabili necessarie per il benessere socio-emotivo, il quale a sua volta potrebbe promuovere il successo accademico. Fondamentale, all'interno del contesto sociale, risulta a sua volta essere il compito del *critical thinking*, in quanto in grado di favorire un'interpretazione critica e riflessiva sia delle esperienze di vita e di lavoro sia delle informazioni apprese in contesti di apprendimento formale (Rezaei et al., 2022). Inoltre, come accennato nel paragrafo precedente, dove si sottolinea l'importanza di competenze intuitive e in parte afferenti all'ambito della cognizione, sarebbe opportuno non disgiungere le competenze non cognitive da quelle cognitive.

Si può, infatti, sostenere come non esistano competenze o abilità prive di base cognitiva, intese come processamento di informazioni, come non esistano, al contempo, processi cognitivi privi di elementi cognitivi e psico-sociali (Nirchi, 2023). D'altronde, oltre all'insostenibile, netta e profonda separazione tra competenze cognitive e non cognitive, sarebbe anche impossibile pensare di investigare e analizzare la dimensione delle *LifeComp* da un punto di vista prettamente disciplinare. L'educazione degli adulti nella sua dimensione inter-transdisciplinare è chiamata a occuparsi e preoccuparsi del *well-being* in senso olistico, puntando su una dimensione umanistica volta a promuovere la dimensione migliore presente in ogni persona. La migliore dimensione è, però, anche determinata dalla capacità che ognuno ha di regolare la propria vita, di saper prendere decisioni importanti in modo autonomo come di risolvere problemi facendo appello alle proprie capacità. Le competenze di *self-regulation* e di *managing learning* rappresentano, infatti, il viatico attraverso il quale garantire una *lifelong education* destinata ad assicurare un *active aging* appagante e soddisfacente. In tal senso, volendo riassumere le competenze per la vita, le SEC e il pensiero critico potrebbero rappresentare le basi attraverso il quale promuovere ulteriori competenze. Tra queste ultime è necessario annoverare la *self regulation*, l'intuizione, la riflessività, la flessibilità e la creatività, le quali rappresentano nel loro insieme gli assi portanti di un'educazione degli adulti volta a promuovere il *well being* tanto negli *young adults* quanto negli *older adults* (Fig. 2).

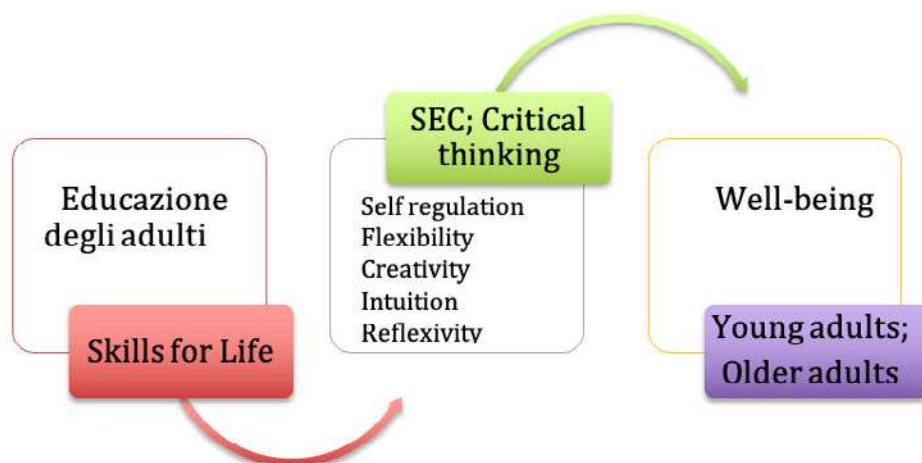


Fig. 2 - Revisione *framework Skills for Life*

5. Conclusioni

Dall'analisi delle correlazioni tra le competenze presenti nel *LifeComp* emerge come l'intreccio tra più competenze di natura differente (cognitive e non cognitive), concorra al conseguimento del successo accademico. Un successo questo non solo inteso in termini di ottenimento del titolo accademico, ma come raggiungimento di una maturità basata sulla capacità dell'auto-regolazione e dell'autonomia critica di pensiero e azione. Una delle finalità dell'educazione degli adulti dovrebbe, infatti, essere proprio quella di migliorare la qualità della vita, promuovendo lo sviluppo di competenze utili all'esercizio di una sempre maggiore libertà. In altre parole, compito dell'educazione degli adulti, intesa nella sua dimensione di *adult learning and education* (UNESCO, 2022), non dovrebbe essere quello di adattarsi ai cambiamenti legati al lavoro, tecnologici o ambientali, quanto piuttosto di porre gli adulti nelle condizioni di essere cittadini attivi in grado di contribuire al miglioramento del proprio futuro e di quello del pianeta. In tal senso, gli adulti sono chiamati a essere promotori del loro avvenire, contribuendo al cambiamento del proprio contesto sociale e professionale, evitando così di adottare solo semplici comportamenti di pura accettazione di trasformazioni pensate altrove.

Note

¹ Rosa Cera è Ricercatrice di Pedagogia Generale e Sociale (M-PED/01), Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Foggia, rosa.cera@unifg.it.

² Per quanto riguarda la letteratura scientifica di riferimento, la metodologia adottata è quella di una scoping review non sistematica che ha permesso di identificare, sintetizzare e selezionare il corpus degli articoli, presenti su database accademici tra cui Google Scholar e Scopus, più attinenti e aggiornati inerenti l'argomento oggetto di indagine.

Riferimenti bibliografici

- Backhaus, I., Varela, A. R., Khoo, S., Siefken, K., Crozier, A., Begotaraj, E. et al. (2020). Associations between social capital and depressive symptoms among college students in 12 countries: Results of a cross-national study. *Frontiers in Psychology*, 11(644), 1-10.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Boffo, V., Iavarone, M. L., Nosari, S., & Nuzzaci, A. (2023). The European LifeComp model between Embedded Learning and Adult Education. *Form@re-Open Journal per la formazione in rete*, 23(1), 1-4.
- Biesta, G. J. J. (2006). *Beyond Learning: Democratic Education for a Human Future*. Boulder, Colorado: Paradigm Publishers.
- Billet, S. (2010). The perils of confusing lifelong learning with lifelong education. *International Journal of Lifelong Education*, 29(4), 401-413.
- Cera, R., Mancini, M., & Antonietti, A. (2013). Relationships between Metacognition, Self-efficacy and Self-regulation in Learning. *Journal of Educational, Cultural and Psychological Studies (ECPS Journal)*, 4(7), 115-141. Disponibile in: <http://www.ledonline.it/ECPS-Journal/> [19 luglio 2023].
- Cera, R., Cristini, C., & Antonietti, A. (2018). Conceptions of Learning, Well-being, and Creativity in Older adults. *Journal of Educational, Cultural and Psychological Studies*, 18, 241-273. Disponibile in: <http://www.ledonline.it/ECPS-Journal/> [19 luglio 2023].
- Emily, J. (2023). Cognitive strategies, motivation to learn, levels of well-being, and risk of dropout: an empirical longitudinal study to qualify ongoing university guidance services. *ENDLESS: INTERNATIONAL JOURNAL OF FUTURE STUDIES*, 6(1), 1-10.
- Federighi, P. (2022). Diritti individuali ed Educazione degli adulti in Italia. *Epale Journal*, 11, 24-33.
- Formenti, L. (2022). La cura che connette: sistema della salute, trasformazioni e politiche sociosanitarie in una società che invecchia. *Epale Journal*, 12, 17-23.
- Harel, O., Hemi, A., & Levy-Gigi, E. (2023). The role of cognitive flexibility in moderating the effect of school-related stress exposure. *Scientific reports*, 13(5241), 1-8. Disponibile in: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-31743-0> [19 luglio 2023].
- Hitches, E., Woodcock, S., & Ehrich, J. (2022). Building self-efficacy without letting stress knock it down: Stress and academic self-efficacy of university students. *International Journal of Educational Research Open*, 3, 1-11.
- Hyttinen, H., Ursin, J., Silvennoinen, K., Kleemola, K., & Toom, A. (2021). The dynamic relationship between response processes and self-regulation in critical thinking assessments. *Studies in Educational Evaluation*, 71, 1-12. Disponibile in: <https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2021.101090> [19 luglio 2023].
- Jarvis, P. (2010). *Adult education and Lifelong Learning: Theory and Practice*. London and New York: RoutledgeFalmer.
- Jenö, L. M., Nylehn, J., Hole, T. N., Raaheim, A., Velle, G., & Vandvik, V. (2023). Motivational Determinants of Students' Academic Functioning: The Role of Autonomy-support, Autonomous Motivation, and Perceived Competence. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 67(2), 194-211.
- Latorre-Coscolluela, C., Sierra-Sánchez, V., Rivera-Torres, P., & Liesa-Orús, M. (2022). Emotional well-being and social reinforcement as predictors of motivation and academic expectation. *International Journal of Educational Research*, 115, 1-12. Disponibile in: <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2022.102043> [19 luglio 2023].
- McQuade, L., & O'Sullivan, R. (2021). *Arts and Creativity in Later Life: Implications for Health and Wellbeing in Older Adults. A Systematic Evidence Review*. Northern Ireland: Institute of Public Health.
- Milana, M. (2012). Political globalization and the shift from adult education to lifelong learning. *European journal for Research on the Education and Learning of Adults*, 3(2), 103-117. Disponibile in: https://www.pedocs.de/frontdoor.php?source_opus=6740 [19 luglio 2023].

- Moreira, P. A. S., Imman, R. A., & Cloninger, C. R. (2023). Disentangling the personality pathways to well-being. *Scientific Reports. Nature*, 13(3353). Disponibile in: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-29642-5> [19 luglio 2023].
- Morgan, B., Simmons, L., & Ayles, N. (2023). Flourish-HE: An online positive education programme to promote university student wellbeing. *Frontiers in Education*, 8, 1-22. Disponibile in: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/educ.2023.1124983/full> [19 luglio 2023].
- Müller, J. W. (2021). Education and inspirational intuition - Drivers of innovation. *Heliyon*, 7(9), 1-9. Disponibile in: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07923> [19 luglio 2023].
- Nirchi, S. (2023). Le non-cognitive skills negli studi internazionali: peculiarità e aspetti critici. *Form@re-Open Journal per la formazione in rete*, 23(1), 123-131.
- Rezaei, N., Saghazadeh, A., Abdurrahman, A., Ciasullo, A., Liaptsev, A., Lighthill, B. et al. (2022). Integrated Education and Learning 2050. In Rezaei, N. (Eds) *Integrated Education and Learning. Integrated Science* (pp. 489-507). Springer Cham.
- Sala, A., Punie, Y., Garkov, V., & Cabrera Giraldez, M. (2020). *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponibile in: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC120911> [19 luglio 2023].
- Scheibling-Sève, C., Pasquinelli, E., & Sander, E. (2022). Critical Thinking and Flexibility. In E. Clement, *Cognitive Flexibility: The Cornerstone of Learning* (pp. 77-112). London: iste Wiley.
- Sherman, G. L. (2020). Transformative Learning and Well-Being for Emerging Adults in Higher Education. *Journal of Transformative Education*, 19(3), 29-49.
- Tomasello, M. (2019). *Becoming Human: A Theory of Ontogeny*. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press.
- UNESCO Institute for Lifelong Learning (UIL). (2022). *5th global report on adult learning and education: citizenship education: empowering adults for change*. Hamburg, Germany: UIL.
- Vella-Brodrick, D. A., Chin, T. C., & Rickard, N. S. (2020). Examining the processes and effects of an exemplar school-based well-being approach on student competency, autonomy and relatedness. *Health Promotion International*, 35(5), 1190-1198.

Salute, benessere e cura di sé nei luoghi della pena

Wilma Greco¹

Keywords

Carcere, diritto alla salute,
LifeComp, Life Skills

Abstract

Partendo da alcune riflessioni sul diritto alla salute in carcere, l'articolo intende illustrare come il framework delineato dal LifeComp trova applicazione anche nel contesto della vita detentiva e diventa stimolo per un'educazione alla cura di sé che può aiutare la persona ristretta a raggiungere un certo grado di benessere psico-fisico, necessario ad affrontare lo stress determinato dall'ambiente e dalla privazione della libertà, oltre che prerequisito per un livello soddisfacente di salute, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nel contempo, il quadro di riferimento proposto dal LifeComp struttura un metodo di apprendimento di tutte quelle Life Skills necessarie tanto per la rivisitazione critica del proprio vissuto, quanto per la reintegrazione nel tessuto sociale e una costruttiva partecipazione alla vita della comunità dopo la pena.

1. Introduzione

La Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) siglata a New York il 22 luglio 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile 1948 sancisce che "Il possesso del migliore stato di salute possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, d'opinioni politiche, di condizione economica o sociale" (OMS, 1948, p. 1), definendo altresì la salute come "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale che non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità" (OMS, 1948, p. 1). Andando più avanti nel tempo, anche l'Agenda 2030 dell'ONU prevede l'obiettivo di assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età. Pertanto, la salute è un diritto fondamentale, garantito da ogni Stato a favore di ogni suo cittadino, senza distinzione alcuna, fuori come dentro le mura del carcere. Avviene, tuttavia, che per il detenuto il diritto alla salute condivide la sorte di tutti gli altri diritti cosiddetti insopprimibili. Da una parte si rivela strettamente connesso al concetto di umanità della pena, dall'altra parte fatica a emergere in una dimensione che non faccia pensare ai binomi carcere-dignità, salute-sicurezza, come degli ossimori. Le solenni e imperative dichiarazioni circa il rispetto della dignità della persona ristretta, dei suoi diritti fondamentali - salute, affetti, lavoro, studio, religione, movimento, privacy, su cui le disposizioni internazionali non consentono di derogare² - si scontrano con l'architettura del carcere, che non è solo strutturale, ma anche organizzativa; riguarda sia il luogo sia il tempo della pena e dentro di essi le relazioni umane. Il problema della tutela della salute sorge non tanto nell'analisi delle limitazioni cui il detenuto è costretto durante l'esecuzione della pena, ma dall'assunto di base secondo cui l'esercizio dei diritti avvenga all'interno di un'istituzione totale (Goffman, 1961/2003) che, per le sue caratteristiche intrinseche di potere, subordinazione e controllo mina la normale gestione della vita e il rispetto dell'umanità dei detenuti, al fine - come arguito da Foucault (1976/2014) - di assoggettarne i corpi, dominarli, disciplinarli in un processo di destrutturazione e frammentazione del Sé, che possa poi essere ricostruito o compensato con le logiche dell'istituzione carceraria, secondo pratiche che oggi, certamente diverse, sono definite dall'Ordinamento Penitenziario "trattamentali".

2. La metamorfosi del corpo incarcerato

Esiste una corposa letteratura scientifica che ha analizzato gli effetti sulla salute del corpo e le modificazioni prodotte dalla reclusione. Si devono al medico francese Daniel Goin (1994)³ i primi interessanti studi che hanno dimostrato come la pena carceraria può ancora essere una pena corporale, che causa dolore fisico e produce malattia e morte. Sono i sensi del recluso ad essere per primi aggrediti, subendo, fin dall'inizio della reclusione, una serie di trasformazioni patologiche, una vera e propria "metamorfosi" (Goin, 1994, p. 77) che si accompagna a disturbi dell'apparato digestivo e respiratorio, patologie dermatologiche e dentarie, disturbi psicosomatici, oltre al rischio, di gran lunga superiore rispetto all'uomo libero, di contagio di malattie infettive. Le dimensioni della cella e l'orizzonte ristretto da sbarre e muri trasformano lo sguardo del detenuto da "lungo" a "corto", alterandone la vista; l'olfatto risulta come anestetizzato per via dell'odore stagnante e penetrante di tutti gli spazi; l'udito si acutizza perché connesso all'emozione della paura - basti pensare alla battitura delle sbarre, compito quotidiano degli agenti penitenziari per accertarsi che nessun detenuto le abbia segate - e paradossalmente sopraggiunge la sordità come difesa; anche il tatto è compromesso perché manca il contatto con una gamma variegata di materiali, oltre che il contatto fisico con altre persone. Sempre Goin (1994) mette in evidenza come alcuni episodi di violenza che si verificano all'interno delle carceri sono proprio dovuti a un'affettività negata, che causerebbe talvolta depressione, talvolta rabbia e tensione; o persino un'ossessione per la cura del corpo, esasperato da esercizi di palestra ripetuti con meticolosa attenzione, fino a raggiungere una forma quasi perfetta quanto inservibile. Non mancano studi più attuali (Voller et al., 2016) che hanno dimostrato che la popolazione detenuta presenta una maggiore prevalenza di malattie croniche rispetto alla popolazione libera. Senza volerci addentrare nello specifico di queste disamine, è altresì interessante rilevare che l'OMS definisce lo stress come ogni causa - fisica, chimica, psichica, ecc. - capace di esercitare sull'organismo uno stimolo dannoso, e lo classifica tra i "determinanti sociali della salute" (Solar & Irwing, 2010). Va da sé che nel caso del detenuto le condizioni ambientali amplificano i livelli di stress, incidendo notevolmente sul suo benessere fisico e psichico, "marchiando" la sua memoria, cosicché, anche una volta fuori dal carcere, da uomo libero, fatica a ritornare - sia fisicamente che emotivamente - alla normalità.

È stato Clemmer (1940) a descrivere per primo il costrutto di *prisonization*, ovvero "un lento, graduale e più o meno inconsapevole processo durante il quale una persona impara abbastanza elementi della cultura dell'unità sociale in cui si trova, da caratterizzarsi per essa" (Clemmer, 1940, p. 211). Abbandonati i suoi oggetti personali, il suo modo di vivere e di rappresentarsi a se stesso e agli altri, la persona ristretta perde le proprie istanze valoriali e contemporaneamente si trova ad essere plasmata e codificata in relazione alla nuova realtà in cui è forzatamente inserita. Il Sé, umiliato e spogliato della sua dimensione più profonda e autentica, fatica a reagire, a resistere e a vincere l'ambiente. Il calo dell'autostima lo porta a relazionarsi con insicurezza, viene meno la spinta autorealizzativa, emerge una rassegnata abulia, insieme alla certezza che l'ombra dello stigma lo seguirà anche oltre le sbarre. E questo nonostante le istanze di reinserimento sociale invocate dall'istituzione, o forse è più esatto dire in virtù di tali istanze. In psichiatria si definisce sindrome da estraniamento l'incapacità dell'individuo di adeguarsi ai mutamenti della vita sociale e di conseguenza la paura di affrontare un nuovo contesto dopo la scarcerazione.

Il 2022 si ricorderà come l'anno dei suicidi in carcere: 84 le persone che si sono tolte la vita tra gennaio e dicembre. Così come il 2020 si ricorderà non soltanto come l'anno della pandemia da Covid 19, ma anche come l'anno delle proteste legate ai provvedimenti per contenere il contagio: nel marzo 2020, tredici persone sono morte dopo aver saccheggiato le infermerie, trangugiando farmaci e metadone, segnale di una sofferenza e di una dipendenza che il carcere non sa curare né risolvere.

Si decide di morire a qualsiasi età. Sia italiani che stranieri, per quanto l'evidenza statistica (Buffa, 2008) ci dice che questi ultimi siano più inclini ad atti di autolesionismo, esito di retaggi culturali che vedrebbero nel "taglio" la forma più immediata di protesta e ribellione. Per spiegare questi gesti estremi, per molto tempo la letteratura scientifica ha fatto riferimento al disagio psichico pregresso, a cause endogene estranee all'ambiente in cui si vive. Tuttavia molti altri studi hanno messo in evidenza l'influenza dei fattori esogeni, di natura sociale e istituzionale, come maggiormente predisponenti a eventi critici. Liebling (2006), ad esempio, attribuisce proprio al regime penitenziario la vulnerabilità di alcuni soggetti interpretando, pertanto, i fenomeni di suicidio e autolesionismo come forme di reazione alla detenzione. Già da sola la semplice, ripetitiva, banale routine quotidiana è la grande sfida di resilienza per ogni recluso, essendo la disperazione sempre in agguato. In Italia questa tesi è stata sostenuta tra gli altri da Buffa (2012), che tenta di spiegare gli eventi critici in una prospettiva ecologica, considerando l'individuo nell'ambiente in cui si trova e le interrelazioni che ne scaturiscono. Volgere l'attenzione alle situazioni che mettono a dura prova la soglia di resilienza dei ristretti, piuttosto che concentrarsi sulle categorie a rischio, significa uscire da un'ottica emergenziale e rivolta al singolo per allargare l'analisi alle soluzioni organizzative di più ampio respiro, che possano stimolare in tutti i detenuti una maggiore capacità di organizzazione di nuove ed efficaci modalità di interazione personale con l'ambiente di reclusione. Il tasso di suicidi dentro le mura è di gran lunga superiore a quello del mondo esterno; secondo la ricerca condotta da Manconi e Torrente (2015) la popolazione detenuta in Italia si uccide in media 17 volte in più rispetto alla popolazione libera, tanto che il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha previsto che tutti gli istituti penitenziari siglino con le locali Aziende Sanitarie un protocollo per la prevenzione e riduzione del rischio autolesivo e suicidario. Accadrebbe tuttavia che anche quando viene eseguito lo screening per gli indicatori di rischio elevato, non di rado il monitoraggio del livello di stress dei detenuti e della loro capacità di resilienza non risulti adeguato, cosicché la probabilità di identificare situazioni a rischio è significativamente bassa. È come se l'Istituzione si preoccupasse più di salvaguardare se stessa nell'implementazione di funzioni e compiti prescritti dalla norma, piuttosto che verificare l'efficacia e l'efficienza delle disposizioni messe in campo. Nella pratica, la prima azione richiesta per i cosiddetti nuovi giunti è la compilazione di una scheda, al fine di riassumere in qualche modo la complessità delle informazioni sulla salute e agevolarne la circolazione. Con il rischio ricorrente di prendere troppo sul serio la sua compilazione, al punto che alla fine il lavoro diventa redigere la scheda anziché ascoltare la persona che si ha davanti. Ad ogni modo, la fase di accoglienza non si esaurisce nella compilazione di dati, ma fa riferimento ad una serie di azioni - dalla scelta dell'allocatione più confacente ai bisogni del detenuto, l'osservazione diretta e congiunta da parte di tutti gli operatori, l'approfondimento diagnostico, la progettazione di un piano di intervento condiviso sul e con il detenuto - che hanno di per sé una valenza educativa, basata sulla ricognizione delle *Skills for Life* proprie della persona e acquisite in contesti anche informali, al fine di intraprendere ogni processo formativo e trattamentale a partire da esse. Il 19° Rapporto sulle condizioni di detenzione a cura dell'Associazione Antigone e presentato nel maggio 2023, evidenzia che oltre alle persone decedute a seguito di un proprio gesto, altre 129 persone nell'anno 2022 hanno perso la vita in carcere: chi per cause naturali, chi per cause accidentali o ancora da accertare. Nel 2023, invece, il Dossier "*Morire di carcere*"⁴ a cura della redazione della rivista Ristretti Orizzonti, segnala due vicende inquietanti anche per il silenzio in cui si sono consumate. Si tratta di due uomini deceduti a seguito di un lungo sciopero della fame.

Infine, c'è un altro dato non meno importante da valutare, che è quello della difficile compatibilità della salute e un ambiente insalubre (Luciani, 2022); ci riferiamo al corredo fornito al detenuto, ai servizi igienici, alla qualità del vitto, alla possibilità di attività sportiva, alla permanenza all'aria aperta, all'accesso ai servizi sanitari.

Il diritto alla salute in carcere è certamente connesso alla necessità di avere luoghi salubri e non sovraffollati in cui scontare la pena.

Dopo il quadro delineato in questo paragrafo, si intende porre l'attenzione su quali siano le strategie di resilienza che la persona ristretta deve mettere in campo per raggiungere un sufficiente grado di benessere e resistenza al disagio e alla malattia.

3. La cura di sé nell'Istituzione Totale

In letteratura una delle prime letture originali sul tema viene offerta da Goffman (1961/2003). La sua riflessione sulla salute e il benessere all'interno di un'Istituzione Totale si snoda a partire dalla considerazione che laddove si è sottoposti ad una significativa pressione sia fisica che mentale, è possibile far emergere le risorse necessarie a tutelarne l'integrità, grazie a quelle "crepe" a partire dalle quali l'internato può organizzare le sue azioni di "adattamento", a seconda di come e quanto la sua personalità più profonda sia stata compromessa da una condizione fortemente mutilante e densa di pericoli. Foucault (1992/2005) va oltre, laddove riferisce delle *Tecnologie del Sé* che permettono alla persona - compresa quella in situazione di privazione della libertà - di manipolare atti e parole, entrare in interazione con gli altri e lavorare su se stessa, al fine di raggiungere una padronanza di sé e un relativo benessere mentale e fisico. Foucault coniuga le tecnologie del Sé con la cura di sé e mutua dal mondo classico alcune tecniche: dallo sport alle attività creative e artistiche, l'incentivazione della lettura e della scrittura autobiografica, nonché la cura dell'altro. Alla base di tutte si pone un processo di riflessione e progettualità, per cui possiamo ben concettualizzare le Tecnologie del Sé proposte da Foucault come metacompetenze che consentono all'individuo, pur all'interno di un sistema ostile e coercitivo, di ritrovare il proprio *telos*, agire sulla trama della propria vita interpretandone eventi e storia, per giungere ad una trasformazione della sua identità più profonda, accogliendo le parti oscure tutt'uno con i punti di forza, perché ciò che si definisce ombra in fondo è una proiezione della luce. In questo orizzonte di senso è facile riconoscere il costrutto di resilienza, ossia della capacità di un individuo di attraversare una situazione traumatica o stressante, di reagire positivamente e uscirne addirittura fortificato (Garista, 2018), attingendo a quelle *Life Skills* che si dovrebbero sviluppare e apprendere per l'intero arco della vita, rappresentando comunque l'obiettivo finale di ogni forma di *Adult Education* nei luoghi della pena, competenze essenziali per poter fare scelte mirate ad un obiettivo di benessere, cura di sé e salute.

Il *LifeComp* si pone allora come una cornice teorica utile a disegnare il campo d'azione di tutte quelle agenzie educative - scuola, formazione professionale, università, chiesa in tutte le sue confessioni, volontariato per attività ricreative, sportive e culturali - che all'interno dell'Istituzione Penitenziaria collaborano insieme ai Funzionari Giuridico Pedagogici, agli psicologi, ai medici, agli agenti penitenziari, perché il progetto di educazione costituzionalmente imposto, o meglio di ri-educazione del reo sia il più efficace possibile. Il detenuto viene posto al centro, con il suo patrimonio di affetti, di legami, di relazioni, di attitudini, conoscenze, abilità, studi e interessi che costituiscono il suo bagaglio informale di *Skills for Life*. Non è un caso che diversi documenti dell'OMS citino come aree chiave di azione tanto le *Life Skills* quanto l'Alfabetizzazione alla salute - *Health Literacy* - intendendo per questa il raggiungimento di tutte le conoscenze, abilità personali e di fiducia in se stessi tale da poter agire nel miglioramento della salute individuale e della comunità.

Il *fil rouge* del *LifeComp* è che competenze come quelle *Personalì, Socialì e Imparare ad Imparare* possono essere insegnate, adattandosi perfettamente anche alla cura di sé nel contesto detentivo, dove, nella stragrande maggioranza dei casi, si proviene da situazioni di abbandono scolastico precoce, privi di conoscenze, abilità e attitudini personali necessarie a costruire e promuovere strategie adattive che possano concorrere a fronteggiare, ridurre o tollerare dolore e situazioni di vulnerabilità. Si manca sicuramente di quelle competenze

sociali - l'empatia, la comunicazione e la collaborazione - senza le quali non si potrà mai essere cittadini attivi, capaci di adoperarsi per la costruzione del bene comune e l'effettiva partecipazione all'organizzazione politica, economica e sociale della Comunità, rimanendo sempre ai margini e trovando rifugio nelle zone oscure dell'illegalità. Infine, "Imparare ad imparare" nel disegno del *LifeComp* è il vero volano di cambiamento in età adulta e si riferisce alla fondamentale capacità di comprendere che l'esperienza detentiva si può trasformare da limite a soglia, un percorso di crescita e di *self-empowerment* dove si strutturano nuovi apprendimenti, le acquisizioni di rinnovate visioni di sé e del proprio vissuto, della realtà, degli altri, del mondo "fuori" e dei valori dell'autentica democrazia che regolano il vivere civile, rimanendo sensibili alle opportunità che la vita offre pur in contesti di privazione e sofferenza.

4. Educare al benessere

Le riflessioni che seguono scaturiscono da una ricerca sul campo di tipo qualitativo svolta in 2 Istituti Penitenziari della Sicilia, con il coinvolgimento attivo di circa 50 detenuti, uomini e donne, al fine di giungere alla costruzione di una conoscenza condivisa sui quesiti di ricerca: quali sono i fattori di resilienza nella persona ristretta in carcere? Quali sono le possibili declinazioni della pena in cui il detenuto possa vivere la detenzione non come *stand by* esistenziale, ma come spazio e tempo in cui tentare di risolvere i nodi che hanno ostacolato una costruttiva partecipazione alla vita sociale; un'occasione per riprogettare il proprio percorso esistenziale liberando tutte le potenzialità connaturate nella sua persona?

Ciò che è emerso dalla ricerca rispetto al tema della salute, del benessere e della cura di sé è che la tutela della salute in carcere si scontra quasi sempre con la presenza di limiti burocratici imposti dalle istanze di sicurezza, nonché con la mancanza, a livello operativo, di figure professionali adeguatamente formate all'accompagnamento e al sostegno del detenuto nei suoi bisogni di educazione al benessere e alla resilienza. Ne deriva che la salute a cui si educa - o con un gioco di parole si rieduca - tanto nel periodo dell'esecuzione penale, quanto in prospettiva, in quello del ritorno alla libertà, è quella minima concepibile, come proiezione del rapporto snaturato tra normalità e malattia, che sottende la concezione della pena. Si afferma dunque come prioritaria la presenza di figure professionali preposte alla tutela, alla cura e all'assistenza del detenuto, disponibili alla formazione e all'apprendimento permanente di tutte quelle *Life Skills* - trasversali alle conoscenze tecnico-specialistiche, ai contenuti e ai linguaggi che già padroneggiano - che possano sostenere tanto la relazione medico-paziente, quanto l'aderenza del paziente alla terapia, il ripudio di atti di autolesionismo così come l'uso-abuso di psicofarmaci, il cui unico risultato è quello di sedare la voce di chi urla aiuto. "Reflecting on other people's feedback as well as on successful and unsuccessful experiences to continue developing one's potential" (Sala, Punie, Garkov & Cabrera Giraldez, 2020, p. 63) è solo uno dei descrittori che ben si adattano al *Lifelong Learning* degli operatori sanitari in carcere.

Ma non basta. Dalle interviste alle persone ristrette è risultata una scarsa riflessione sui temi della prevenzione e promozione di corretti stili di vita, già da prima della carcerazione. Ciò apre ulteriori interrogativi sul problema della povertà educativa e dell'*early school leaving*, sul *Lifelong Learning*, mentre si evidenzia la difficoltà per le cosiddette categorie vulnerabili di avvalersi del diritto ad apprendere, a formarsi per la vita, ad acquisire capacità, competenze e nuovi linguaggi, a coltivare risorse e talenti personali, a non rinunciare ad aspirare e progettare. L'esperienza detentiva si pone allora come un possibile ambiente educativo di apprendimento trasformativo (Mezirow, 2016), allorquando educazione formale, non formale e informale sono il luogo privilegiato dove imparare a "stare bene". La scuola, lo studio, le letture, la scrittura, i laboratori creativi riempiono il tempo della galera, restituendo la sensazione di non averlo completamente buttato via; aprono per la persona ristretta un nuovo modo di vivere la pena, che cerca e trova un nuovo apprendimento della vita: l'apprendi-

mento dal dolore e dal fallimento, dallo stare nel limite e ridisegnarlo come soglia, sinonimo d'ingresso in un nuovo mondo per chi decide di affrontare tutti i rischi di un'esplorazione e guardare al "non ancora". Partendo dall'analisi di motivi esistenziali irrisolti o dolorosi, il reo riesce a dare nome e senso alle vicissitudini passate, presenti e future. Qui si innesta uno dei principi fondamentali del *LifeComp*: si impara a superare gli ostacoli individuando le questioni significative per sé, rilevanti per la propria vita, facendo scaturire da una domanda un altro obiettivo, di più ampio respiro, in una continua tensione all'autorealizzazione.

Nel corso della ricerca sul campo le attività lavorative proposte dal Terzo Settore sono risultate altrettanto significative: fare parte di un *team working*, provvedere al sostentamento proprio e della famiglia rappresenta per il reo un nuovo progetto di vita, a cui è giunto attraverso un percorso intimo e personale di ricerca delle proprie potenzialità, attitudini, abilità, capacità di assumere impegni in compiti diversi da quelli finora sperimentati ai margini della società e nell'illegalità. L'analisi dei dati ricavati dalle interviste ha evidenziato che lavorare dietro le sbarre ha dato slancio alla crescita personale e alla consapevolezza; un nuovo capitolo dell'esistenza in cui si elabora il passaggio dall'immagine di delinquente detenuto a quella di persona in grado di rispettare gli altri, se stessa e le regole della convivenza civile. Inoltre, staccare la monotonia della routine quotidiana, distanziarsi dall'ozio e dalla noia, hanno grandi ripercussioni anche sul benessere generale della persona, in quanto alleggeriscono la tensione che permea le strutture carcerarie. È in questo campo che trova attuazione il modello delineato nella cornice teorica del *LifeComp*: "*awareness, understanding and action*" (Sala et al., 2020, p. 23).

5. Conclusioni

L'Educazione al benessere e alla cura di sé nei luoghi della pena è uno strumento indispensabile affinché il diritto alla salute trovi pieno adempimento; un'educazione che punta a tutte le *Life Skills*, le quali contribuiscono alla capacità di *coping*, alla percezione di autoefficacia, autostima e fiducia in se stessi; giocano un ruolo essenziale nello sviluppo di fattori di protezione utili a contrastare lo stress, l'insorgere di disagio, comportamenti di autolesionismo, dipendenze da sostanze stupefacenti; in ultima analisi sono un aiuto alla guarigione dalle malattie "da carcere". Il diritto alla salute non richiede, dunque, semplicemente una riforma dell'organizzazione strutturale, ma anche e soprattutto politiche efficaci di formazione e aggiornamento - pure congiunti - di tutti gli attori coinvolti. Richiede una collaborazione tra le istituzioni e il coinvolgimento della comunità: dal sistema sanitario all'educazione formale e non formale, dal Terzo Settore all'associazionismo e il volontariato, con un obiettivo unico che è quello di promuovere la cura della persona, uno stile di vita corretto, la fuga dalle dipendenze, la diffusione della cultura delle vaccinazioni, nonché un'educazione all'affettività e una corretta relazione di genere. D'altronde lo scopo ultimo della pena è la rieducazione: anche questo uno scopo collettivo che interpella nuovi spazi, strumenti e strategie all'interno del costruito di educazione degli adulti nei luoghi di confine come il carcere; soprattutto richiede un ammodernamento della mentalità della società, che si apra piuttosto che trincerarsi e si prepari all'accoglienza e alla reintegrazione del reo. Altrimenti sarebbe come implementare la povertà educativa e la predisposizione alla recidiva.

Note

¹ Wilma Greco è PhD in Scienze Umanistiche. Docente presso l'IPSSEOA Ambrosini, sede carceraria di Agrigento. E-mail: wilmagrecoag@gmail.com.

² In Italia la Costituzione repubblicana introduce la sacralità dei diritti inviolabili della persona, tutelati altresì dai Codici Civile e Penale. La Corte Europea dei Diritti dell'Uomo si è pronunciata più volte contro l'Italia sul divieto di tortura e di trattamenti inumani e degradanti, in quanto l'inadeguatezza degli standard di tutela delle condizioni di salute del detenuto integrano una violazione dell'art. 3 CEDU.

³ Alla fine degli anni Ottanta il dott. Gonin ha effettuato una ricerca sul campo nelle carceri di Lione, somministrando a circa 1000 detenuti un questionario volto a studiare i problemi di ordine medico verificatisi lungo il primo anno di detenzione. Lo studio epidemiologico offre un'analisi puntuale ed è stato ritenuto da molti altri un interessante punto di partenza per ulteriori ricerche e approfondimenti (Voller et al., 2016).

⁴ Dossier 2000-2023. *Morire di carcere*. Disponibile in: <http://www.ristretti.it/areestudio/disagio/ricerca/> [20/07/2023].

Riferimenti bibliografici

- Antigone. (2023). *XIX Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione: È vietata la tortura*. Disponibile in: <https://www.rapportoantigone.it/diciannovesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/> [20/07/23].
- Buffa, P. (2008). Alcune riflessioni sulle condotte autoaggressive poste in essere negli istituti penali italiani. *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, 3, 7-64.
- Buffa, P. (2012). Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa. *Rassegna penitenziaria e Criminologica*, XV(1), 7-118.
- Clemmer, D. (1940). *The Prison Community*. Boston: The Christopher Publishing House.
- Foucault, M. (2014). *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione* (A. Tarchetti, Trans). Torino: Einaudi. (Original work published 1976).
- Foucault, M. (2005). *Tecnologie del Sé* (S. Marchignoli, Trans). Torino: Bollati Boringhieri. (Original work published 1992).
- Garista, P. (2018). *Come canne di bambù. Farsi mentori della resilienza nel lavoro educativo*. Milano: Franco Angeli.
- Goffman, E. (2003). *Asylums. Le istituzioni totali. I meccanismi dell'esclusione e della violenza* (F. Basaglia, Trans). Torino: Einaudi. (Original work published 1961).
- Gonin, D. (1994). *Il corpo incarcerato*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- Liebling, A. (2006). The role of the prison environment in prison suicide and prisoner distress. In G. Dear (Ed.), *Preventing suicide and other self-harm in prison* (pp. 16-28). Great Britain: Palgrave Macmillan.
- Luciani, M. (2022). *Il diritto alla salute in Italia, una prospettiva di diritto comparato*. Disponibile in: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2022/698893/EPRS_STU\(2022\)698893_IT.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2022/698893/EPRS_STU(2022)698893_IT.pdf) [20/07/23].
- Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS. (1948). *Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948*. Geneva: World Health Organization.
- Manconi, L., & Torrente, G. (2015). *La pena e i diritti. Il carcere nella crisi italiana*. Roma: Carocci.
- Mezirow, J. (2016). *La teoria dell'apprendimento trasformativo. Imparare a pensare come un adulto* (A. Galimberti, Trans). Milano: Raffaello Cortina.
- Sala, A., Punie, Y., Garkov, V., & Cabrera Giraldez, M. (2020). *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Solar, O., & Irwing, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- Voller, F., Silvestri, C., Martino, G., Fanti, E., Bazzlerla, G., Ferrari, F. et al. (2016). Health conditions of inmates in Italy. *BMC Public Health*, 16(1), 1-10.

Curare persone: dalla medicina di genere all'acquisizione delle *Life skills*

Angelamaria De Feo¹

Keywords

Life skills, Dispositivo narrativo, Apprendimento trasformativo, Equità della salute, Medicina di genere

Abstract

Lo sviluppo di *Life skills* valorizza e potenzia le *Technical skills* degli operatori sanitari migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria erogata in termini di efficienza, efficacia e soddisfazione del paziente. Le fragilità dei sistemi sanitari, evidenziate dall'epidemia pandemica, possono infatti essere affrontate partendo da un rapporto empatico tra il paziente e l'operatore sanitario, dalla personalizzazione delle cure e da un approccio multidisciplinare e multidimensionale alla medicina. L'obiettivo del presente contributo è dimostrare come percorsi formativi incentrati sulla medicina di genere, sull'uso del dispositivo narrativo e sull'apprendimento trasformativo, promuovano l'acquisizione delle competenze descritte nel *LifeComp Framework 2020* della Commissione europea e contribuiscano a proiettare i sistemi sanitari verso l'equità della salute rendendoli resilienti e innovativi.

1. Introduzione

Curare persone, non corpi, è la lezione più importante appresa dalla pandemia. Creare relazioni di cura significa entrare nella sfera complessa della soggettività umana e per interpretarla è necessario trasformare le azioni sanitarie in atti integrati e integranti, capaci di promuovere una presa in carico globale della persona curata attraverso un approccio olistico in grado di considerare le implicazioni etiche, psicologiche, culturali e sociali della salute e malattia, oltre, naturalmente, a quelle cliniche. Ciò comporta una visione in grado di riconoscere e dare valore alle variabili sociali dei determinanti della salute quali l'istruzione, l'occupazione, la classe sociale e la loro interazione con le altre variabili di stratificazione, quali il genere e l'origine etnica (Benini, 2021, p. 138). Modelli di cura che rispondono a dette azioni hanno come direttrice una medicina incline a valutare la persona secondo un approccio multidimensionale e multidisciplinare che si basa su diagnosi differenziate ed ha insita una tensione verso l'umanizzazione delle cure e l'equità della salute. I professionisti che la praticano, devono coniugare integrando le *Technical skills* con le *Life skills*. La medicina a cui si fa riferimento è la Medicina di Genere (MdG), l'applicazione è sancita da una legge² e nel Piano per l'applicazione e la diffusione (Ministero della Salute, 2019, p. 3) viene così definita: "lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona". L'emanazione della legge sulla MdG può essere inquadrata nell'ambito del dibattito che si sviluppò a partire dagli anni Settanta fra le teorie femministe dell'uguaglianza e della differenza (Lunghi, 2002) all'origine degli studi di genere. Il *pensiero della differenza* imperniato sulla valorizzazione della specificità e ricchezza femminile, ravvisava nelle lotte per l'uguaglianza e per le pari opportunità il rischio di omologare l'identità femminile a quella maschile in nome di presunti valori universali e di una soggettività apparentemente neutra, ma in realtà espressione del *dominio maschile* (Bourdieu, 1998).

Gli studi di genere si sono focalizzati sugli aspetti di origine sociale, culturale, ambientale e comportamentale che definiscono l'identità delle persone. Il genere, a differenza del sesso, non è legato alle differenze biolo-

giche ma è una costruzione sociale che assume caratteristiche diverse fra le varie culture. La medicina per un millennio ha ignorato le differenze di sesso e genere ed ha considerato la donna un *piccolo uomo*.

Fra la fine degli anni Settanta e gli anni Ottanta in Italia la medicina si è occupata della salute femminile legata alla sola sfera riproduttiva e sessuale.

L'interesse per la MdG si è sviluppato a partire dalla fine degli anni Novanta quando il Ministero della Salute ha finanziato numerosi progetti e iniziative formative sul tema (Salmi, 2017).

Nel 2016 è stata depositata alla Camera dei Deputati dall'Onorevole Boldrini la proposta di legge per favorire l'applicazione della MdG che si è trasformata in DDL approvato al Senato nel 2017 e convertito in legge nel 2019. L'implementazione della MdG presenta innumerevoli vantaggi poiché personalizzando le terapie in base al sesso e al genere (Cristoferi, 2018), evita cure inappropriate ed effetti avversi dei farmaci che rischiano di creare danni ingenti alla salute degli individui.

Considerare le differenze come determinanti di salute, consente infatti di promuovere l'equità della salute ovvero la possibilità di garantire a tutti di essere in buona salute secondo una visione che non parte dalla disponibilità delle risorse e dei servizi sanitari ma si basa sull'analisi dei bisogni di salute delle persone (Sen, 2017). L'approccio della MdG, centrato sul paziente (Moja & Vegni, 2000) e sul suo empowerment attribuisce un importante ruolo alle *Life skills* ai fini del miglioramento degli *outcomes* di salute.

L'operatore sanitario che integrerà le *Technical skills* per indagare e classificare la malattia con le *Life skills* che lo guideranno ad una comunicazione efficace con il malato e all'interpretazione dei vissuti di malattia, con grande probabilità andrà incontro alla soddisfazione del paziente che si traduce in una migliore aderenza alle terapie ed a maggiori possibilità di guarigione (Maza & Acevedo, 2019; Ratka, 2018; Boissy et al., 2016).

La percezione del paziente in merito all'efficacia della comunicazione con l'operatore sanitario, alle informazioni che quest'ultimo gli fornisce, all'attenzione che gli dedica, rappresentano infatti aspetti valutabili ai fini degli *outcomes* di salute e alla frequenza di cause di *malpractice*.

Uno studio (Beckman, Markakis, Suchman & Frankel, 1994) dimostra infatti come le denunce di malasanità siano più frequenti nei confronti di medici con scarse doti comunicative e che "in caso di errore i pazienti sono più propensi a perdonare l'operatore che si era mostrato disponibile per cercare di risolvere i problemi causati dall'errore" (Borghi & Moja, 2014, p. 891).

Un operatore sanitario pronto a prendere decisioni e allo stesso tempo empatico e in grado di coordinare le attività in team attraverso una comunicazione interprofessionale efficace, si sovrappone allo stereotipo "secondo cui l'uomo di scienza deve essere *spassionato* per poter al meglio agire e dispiegare le facoltà logico-razionali" (Zamagni, 2014, p. 23) e fa emergere l'importante ruolo delle *Life skills* e delle *Non Technical Skills* nell'ambito dell'assistenza medica personalizzata e centrata sul paziente.

Attualmente gli operatori sanitari in formazione iniziale e continua non seguono specifici percorsi per sviluppare *Life skills*, nonostante innumerevoli e prestigiosi studi dimostrino che l'approccio *patient centred*, basato sulla relazione di cura migliora la qualità e il livello dell'assistenza sanitaria (Bellini, Raparelli, Moncharmont, Basili & Lenzi, 2017).

L'approvazione della legge sulla Medicina di genere, lascia intravedere scenari futuri in cui le *Life skills* avranno sempre più rilevanza nella formazione iniziale e continua dei professionisti della salute con conseguenti ricadute positive sulle prassi clinico-assistenziali e sulla *governance* dei sistemi sanitari.

2. Le competenze narrative e la Medicina di Genere

Il forte nesso evidenziato tra implementazione della MdG, umanizzazione delle cure e sviluppo delle *Life skills* fa emergere la questione relativa agli strumenti da utilizzare.

La Medicina narrativa, riconosciuta dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel 2015, offre un importante contributo nel rendere le diagnosi più accurate e le cure più efficaci.

Il possesso di specifiche *competenze narrative e relazionali* consente all'operatore sanitario di utilizzare la lettura e l'ascolto delle storie di malattia dei pazienti e dei familiari integrandole con i risultati emersi dall'approccio della *Evidence Based Medicine*, per pervenire a diagnosi e cure personalizzate co-costruite con il paziente (ISS, 2015).

L'uso del dispositivo narrativo consente inoltre ai tirocinanti di medicina o delle professioni sanitarie di superare burnout, atteggiamenti di distacco emotivo e frustrazione derivanti dal contatto continuo con il dolore e con la sofferenza.

Raccontare e condividere l'incontro con la malattia che avviene durante i tirocini formativi, aiuta infatti gli studenti tirocinanti e gli specializzandi di medicina a superare i momenti difficili (Wesley, Hamer & Karam, 2018).

Un sempre crescente numero di studi dimostra come l'insegnamento dell'arte e delle materie umanistiche e, più in generale, di un approccio incentrato sul soggetto e sui metodi narrativi possano migliorare i risultati dell'apprendimento per chi studia nel campo della salute e della cura, soprattutto per quanto concerne abilità quali l'empatia, le strategie di contrasto al burnout e la capacità di osservare, ascoltare e comunicare (Coppola, 2022, p. 47).

Moja et al. (2000) fanno riferimento all'*agenda del paziente*, contenitore immateriale di tutti gli aspetti che riguardano la modalità con cui viene vissuta la patologia che comprende oltre alle aspettative, ai desideri, al contesto e ai bisogni, anche i sentimenti che l'accompagnano. Nell'*agenda del paziente* sono presenti anche contenuti di cui lo stesso paziente non ha piena consapevolezza e che emergono durante il colloquio con il medico e possono rivelarsi utili ai fini della diagnosi e della terapia. L'operatore sanitario a cui il paziente affida la sua "agenda", nella valutazione della malattia, confronterà l'obiettività degli esiti degli esami diagnostici, con la specificità e soggettività dell'*illness script* (Zamagni, 2014) iscrivibile nel paradigma bio-psico-sociale.

La medicina centrata sul paziente non intende infatti rinunciare né agli obiettivi (formulazione della diagnosi e impostazione del trattamento terapeutico) né al metodo scientifico propri del modello tradizionale, ma si propone anche di confrontarsi con il significato, puramente soggettivo, che la malattia acquisisce per il malato che ne soffre, ovvero di confrontarsi con il vissuto di malattia del paziente (Borghi et al., 2014, p. 888).

Descrivere la competenza narrativa, come evidenzia una ricerca condotta nell'ambito della letteratura nazionale e internazionale (Colombini & NARRAVITA, 2017), è una questione complessa per l'elevato numero di abilità che la definiscono. In ogni caso si può affermare che "formare alla competenza narrativa nelle professioni sanitarie significa, in generale, promuovere la padronanza di un insieme di capacità comunicative, relazionali, emotive e anche cognitive" (Colombini et al., 2017, p. 46).

Nell'ambito del *LifeComp*, emerge la convergenza della competenza narrativa con le competenze sociali (empatia, comunicazione e collaborazione) e dell'imparare ad imparare (pensiero critico). La competenza narrativa oltre ad includere la capacità di condivisione e comprensione dello stato d'animo del malato (Charon, 2006) attraverso l'ascolto 'emotivo e attivo' (Garrino, 2015, p. 20) e la 'curiosità empatica' (Bert, 2007, p. 66), richiede all'operatore sanitario la capacità di attribuire senso e significato alle storie di malattia per la co-costruzione del percorso di cura con il paziente e con gli altri professionisti della salute e della cura.

Promuovere lo sviluppo di competenze narrative presso gli operatori sanitari può contribuire a dare concreta attuazione nei sistemi sanitari alla MdG e al suo portato innovativo. Medicina narrativa e MdG muovono dal comune intento di valorizzare l'esperienza di malattia del paziente. Il dispositivo narrativo consente all'operatore sanitario di cogliere quelle *differenze biologiche, sociali, economiche e culturali incise nei corpi* (Cardano, 2008) che la MdG studierà e analizzerà per rilevare l'impatto che esse esercitano sulla salute delle persone e

progettare piani diagnostico, terapeutici, assistenziali (PDTA) adeguati. Il racconto di malattia, svelando emozioni e vissuti che definiscono la soggettività del malato, potrà inoltre concorrere allo sviluppo ed al progresso della ricerca sulla MdG in area umanistica i cui metodi prevedono la diretta testimonianza della popolazione eletta come campione e la trasferibilità dei risultati nelle prassi clinico-assistenziali per migliorarle.

3. Il *Transformative Learning* per affrontare sfide imprevedibili

Implementare la MdG nei sistemi sanitari presuppone il momento formativo che si sviluppa secondo vari livelli in base al ruolo, alle mansioni e agli specifici fabbisogni dei destinatari. I contesti applicativi, dalle Università alle organizzazioni sanitarie, richiedono una diversificazione degli approcci metodologici e dei contenuti nell'articolazione dei percorsi formativi.

L'acquisizione di *Life skills* rappresenta, tuttavia, un'esigenza trasversale rispetto ai contesti, ai contenuti ed ai destinatari poiché costituisce la premessa entro cui si incardina e trova il suo orizzonte di senso la MdG.

Alcuni studi (Leaune et al., 2021) dimostrano che l'empatia dei medici nei confronti di pazienti svantaggiati diminuisce durante la formazione iniziale. Partendo dal presupposto che l'empatia non è una dote innata o che si sviluppa in modo autonomo, bisognerebbe progettare percorsi e azioni formative per promuoverla. L'integrazione di esperienze di volontariato in ambito sociale e presso organizzazioni umanitarie nella formazione iniziale dei medici, favorirebbe l'apprendimento esperienziale (Civitelli, Tarsitani, Censi, Rinaldi & Marceca, 2021) dell'empatia e della *responsabilità sociale* (Cutulli, 2021). Conoscere le esigenze e i bisogni di salute delle fasce di popolazione più vulnerabili e fragili attraverso l'esperienza diretta, contribuisce a combattere il senso di disagio e di distacco che coglie gli operatori sanitari quando sono impreparati ad affrontare situazioni difficili o lontane dalla propria esperienza professionale (Guarcello, 2017).

Formare operatori sanitari in grado di affrontare situazioni imprevedibili e di rispondere alle sfide della contemporaneità, implica dunque l'acquisizione di *Life skills* indispensabili per interpretare e comprendere i bisogni di salute delle persone secondo il paradigma della MdG e attraverso l'uso del dispositivo narrativo. Un ruolo importante nella formazione dei professionisti della salute spetta inoltre al "pensiero riflessivo".

La teoria del *Transformative Learning* di Jack Mezirow (2016), si basa sull'idea che da un "dilemma disorientante" che mette in discussione gli "schemi di significato", attraverso la riflessione critica che comporta la ristrutturazione di tali schemi, si possa riformulare il problema e pervenire a interpretazioni e soluzioni più adeguate e innovative.

Schön (1983) distingue la riflessione *in-action* che si compie durante lo svolgimento di un'attività ed è utilizzata da alcuni professionisti per affrontare situazioni complesse in alternativa alla *razionalità tecnica*, dalla riflessione *on-action* che si focalizza invece sul ripensamento dell'attività svolta per migliorarla.

Il pensiero riflessivo è stato definito come l'attività tramite cui una persona ri-cattura la propria esperienza di fronte ad una situazione problematica, la medita in termini di significati personali e la valuta, producendo eventuali piani di cambiamento o di ulteriore approfondimento. La riflessione può riguardare aspetti emozionali, etici ma anche cognitivi e comportamentali, mettendo in evidenza dei deficit di conoscenze/abilità e conducendo a formulare piani di miglioramento (Riggio et al., 2007, p. 1742).

L'applicazione della teoria dell'apprendimento trasformativo potrebbe offrire un grande contributo alla formazione continua degli operatori sanitari per affrontare sfide professionali complesse.

La costruzione di una comunità riflessiva interprofessionale attraverso una piattaforma e-learning supportata da blog, forum e post, oltre a far crescere l'intensità della collaborazione e della comunicazione tra i partecipanti, potrebbe indurre gli operatori a riconsiderare esperienze e prassi adottate, attraverso una riflessione *on-action* che si avvale del confronto con gli altri partecipanti e supera la divisione fra il momento teorico in

cui si apprende e quello pratico in cui si applica quanto appreso. L'adozione dell'ottica di genere estendendo il campo di indagine delle patologie a variabili psicologiche, sociali, economiche e relazionali (Marmot, 2004; Cornwell & Waite, 2009; Giannico, Ambrosino, Patano, Germinario, Quarto & Moretti, 2019) che impattano sulla salute, consentirebbe alla community fecondi spunti di riflessione, preziosi soprattutto per affrontare e risolvere casi clinici che si presentano con i caratteri dei "dilemmi disorientanti".

4. Conclusioni

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1948) definisce la salute "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia", ma come garantirlo a tutti tenendo conto dei bisogni diversificati e delle disuguaglianze nell'accesso alle cure?

Affrontare la questione esclusivamente attraverso lo stanziamento di fondi o la digitalizzazione del sistema sanitario è insufficiente se non si afferma un paradigma nella formazione iniziale e continua degli operatori sanitari che preveda l'acquisizione e lo sviluppo di *Life skills*.

Le *Life skills*, come esplicitato nella Carta di Ottawa sono:

fattori di protezione per la salute dell'individuo, ma sono correlate anche al senso di empowerment delle persone, in quanto consentono loro di acquisire un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute e, in generale, il benessere psicosociale (Piazza, 2021, p. 104).

L'approvazione della legge sulla MdG apre nuovi e promettenti scenari all'implementazione di pratiche clinico-assistenziali centrate sui bisogni di salute dei pazienti che necessitano tuttavia di essere guidate da curanti che sappiano decodificare, interpretare e comprendere tali bisogni.

Emerge quindi l'importante ruolo della formazione che, attraverso strumenti come il dispositivo narrativo, l'applicazione della teoria dell'apprendimento trasformativo e la creazione di comunità di apprendimento interprofessionali, può offrire un significativo contributo allo sviluppo delle *Life skills* degli operatori sanitari irrinunciabile premessa per potenziare le *Technical skills* e sviluppare sistemi sanitari resilienti e innovativi.

Note

¹ Angelamaria De Feo è PhD Scienze delle Relazioni umane. Assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Economia, Management e Diritto dell'Impresa. Università degli studi di Bari "Aldo Moro." E-mail: angelamaria.defeo@uniba.it.

² Articolo 3, comma 1, Legge 3/2018.

Riferimenti bibliografici

- Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Archives of internal medicine*, 154(12), 1365-1370.
- Bellini, T., Raparelli, V., Moncharmont, B., Basili, S., & Lenzi, A. (2017). Una proposta per la formazione degli studenti di Medicina e Chirurgia alla Medicina di Genere. *Medicina e Chirurgia*, 73, 3310-14.
- Benini, S. (2021). Orientamenti pedagogici per la formazione e pratica sanitaria dopo la pandemia di Covid-19. *Lifelong Lifewide Learning*, 17(38), 136 -147.
- Bert, G. (2007). *Medicina narrativa: storie e parole nella relazione di cura*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Bourdieu, P. (1998). *Il dominio maschile*. Milano: Feltrinelli.
- Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M. et al. (2016). Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. *Journal of general internal medicine*, 31, 755-761.
- Borghi, L., & Moja, E. A. (2014). Medicina centrata sul paziente: uno strumento per ridurre la frequenza delle cause di malpractice?. *RIVISTA ITALIANA DI MEDICINA LEGALE E DEL DIRITTO IN CAMPO SANITARIO*, 36(3), 887-893.
- Cardano, M. (2008). Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi. *Polis*, 22(1), 119-148.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press.
- Civitelli, G., Tarsitani, G., Censi, V., Rinaldi, A., & Marceca, M. (2021). Global health education for medical students in Italy. *BMC Medical Education*, 21(1), 355.
- Colombini, S., & NARRAVITA, G. (2017). Formare alla competenza narrativa nelle professioni sanitarie: prospettive d'intervento. *Tutor*, 17(2), 43-49.
- Coppola, M. M. (2022). Promozione della salute e del benessere: quale ruolo per la competenza narrativa e le psychological humanities? In M. M. Coppola, R. Cubelli, S. Dellantonio, C. Mulatti, & B. Treccani (A cura di), *La psicologia tra ricerca, didattica e innovazione. Scritti in onore di Remo Job* (pp. 45-51). Trento: Università di Trento.
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of health and social behavior*, 50(1), 31-48.
- Cristoferi, F. (2018). Medicina di Genere: conviene personalizzare le cure? in *La Medicina di Genere*, Atti di convegno, Milano, 21 marzo 2018.
- Cutulli, A. (2021). La facoltà di medicina fa diminuire l'empatia, *Esanum*. Disponibile in: <https://www.esanum.it/today/posts/la-facolta-di-medicina-fa-diminuire-lempatia> [12/06/23].
- Garrino, L. (2015). *Strumenti per una medicina del nostro tempo: Medicina narrativa, Metodologia Pedagogia dei Genitori e International Classification of Functioning (ICF)*. Firenze: Firenze University Press.
- Giannico, O. V., Ambrosino, I., Patano, F., Germinario, C., Quarto, M., & Moretti, A. M. (2019). Educational level, marital status and sex as social gender discharge determinants in chronic obstructive pulmonary disease exacerbations: a time-to-event analysis. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 89(2).
- Guarcello, E. (2017). Narrare di sé attraverso immagini nella relazione d'aiuto. Dalla medicina narrativa al lavoro sociale. *Autonomie locali e servizi sociali*, 40(1), 139-158.
- Istituto Superiore di Sanità - ISS. (2015). Conferenza di Consenso. Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative. *I Quaderni di Medicina, supplemento de "Il Sole*, 24, 1-24. Disponibile in: https://www.medicinanarrativa.network/wp-content/uploads/2021/03/Quaderno_n._7_02_CONSENSUS-CONF-FINALE_compressed.pdf [12/06/23].
- Leaune, E., Rey-Cadilhac, V., Oufker, S., Grot, S., Strowd, R., Rode, G. et al. (2021). Medical students attitudes toward and intention to work with the underserved: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Educ*, 21(129). Disponibile in: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02517-x> [12/06/23].
- Lunghi, C. (2002). La soggettività delle donne tra femminismo e sociologia. *Studi di Sociologia*, 40(2), 167-188.
- Maza, E. M. T., & Acevedo, D. E. S. (2019). *Habilidades de comunicación en la formación médica contemporánea: Una experiencia pedagógica*. Universidad de los Andes.
- Marmot, M. (2004). Status syndrome. *Significance*, 1(4), 150-154.

- Mezirow, J. (2016). *La teoria dell'apprendimento trasformativo. Imparare a pensare come un adulto* (A. Galimberti, Trans). Milano: Raffaello Cortina.
- Ministero della Salute. (2019). Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere. *Attuazione dell'articolo, 3*. Disponibile in: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2860_allegato.pdf [12/06/23].
- Moja, E. A., & Vegni E. (2000). *La Visita Medica Centrata sul Paziente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS. (1948). *Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948*. Geneva: World Health Organization.
- Piazza R. (2021). IP-Lab 4: Life skills, *Mizar. Costellazione di pensieri*, 15, 104-105. Disponibile in: <http://siba-ese.uni-salento.it/index.php/mizar/article/viewFile/25134/20900> [12/06/23].
- Ratka, A. (2018). Empathy and the development of affective skills. *American Journal of pharmaceutical education*, 82(10), 1140-1143.
- Riggio, O., Colosimo, A., Consorti, F., Burla, F., Scarno, A., Basili, S. et al. (2007). La cassetta degli attrezzi per una valutazione dell'apprendimento pertinente ed obiettiva. *Medicina e Chirurgia*, 40-41, 1739-1743. Disponibile in: http://www.quaderni-conferenze-medicina.it/wp-content/uploads/medchir40-41_2007.pdf#page=78 [12/06/23].
- Salmi, M. (2017). Medicina di genere: È legge in Italia. *Journal of Sex-and Gender-Specific Medicine*, 3(3), 89-91.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Sen, A. (2017). *Le pari opportunità della salute*. Disponibile in: <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2017-04-20/le-pari-opportunita-salute-133643.php?uuid=AEOg4V8> [12/06/23].
- Wesley, T., Hamer, D., & Karam, G. (2018). Implementing a narrative medicine curriculum during the internship year: an internal medicine residency program experience. *The Permanente Journal*, 22. Disponibile in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/29702059/> [12/06/23].
- Zamagni, M.P. (2014). La malattia nella narrazione del medico e del paziente. *Psychofenia: Ricerca ed Analisi Psicologica*, 17(30), 17-32.

Arti performative, sport e corporeità. Dalla povertà educativa alle Life Skills*

Cristina Zappettini¹, Silvia Sangalli²

Keywords

Corporeità, Life Skills, Povertà educativa, Attività motoria-sportiva, Arte performativa

Abstract

La povertà educativa si connette al concetto di salute offerto dall'OMS per cui lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale dell'individuo è da intendere come ricerca attiva di un miglioramento della qualità della vita, mediante abilità definite Life Skills, competenze necessarie per fare scelte orientate alla salute, da sviluppare ed apprendere lungo tutto l'arco della vita. Il pedagogo e l'educatore come possono promuovere l'acquisizione di Life Skills per far fronte alla povertà educativa? Con il presente contributo vogliamo passare dal corpo presenza assente (Borgogni & Zappettini, 2022) al corpo come "punto zero" della conoscenza del mondo (Foucault, 2006); visto nella sua natura multidimensionale è punto di contatto con la realtà e con la dimensione sociale, punto di intersezione tra l'interiorità e l'esteriorità del sé (Digennaro, 2021).

L'arte performativa e l'attività motoria e sportiva sono pratiche corporee che, per la loro natura e se condotte con intenzionalità educativa, possono promuovere l'acquisizione di Life Skills.

1. Introduzione

Le riflessioni e gli studi che si stanno sviluppando in seno alla pedagogia del corpo (Gamelli, 2001) chiedono al docente, all'educatore, al formatore di ripensare alle pratiche educative e scolastiche a partire dal corpo di *minus* e *magis* coinvolti nella relazione educativa.

Il presente contributo si è sviluppato a partire dagli studi e dalle riflessioni sorte durante il percorso di dottorato e ha condensato l'incontro di due prospettive differenti, ma legate assieme dal comune denominatore: il corpo. Si è cercato, attraverso la specificità di entrambi gli approcci, di ripensare alla povertà educativa e alle Life Skills attraverso una prospettiva *embodied*, che attraverso la corporeità e il movimento, la relazione e il gioco, possa portare a ripensare le modalità di sviluppo delle competenze per la vita.

2. La povertà educativa e le Life Skills

Lo sviluppo delle nuove cittadinanze e delle pratiche pedagogico-didattiche di orientamento alle abilità della vita e al lavoro si collocano oggi in un contesto caratterizzato da un «quotidiano della precarietà» e dalla «crisi nella crisi» (Benasayag & Schmit, 2005). In tale contesto sono sempre più diffuse situazioni di povertà educativa ovvero carenza di conoscenze, di competenze socio-emozionali, cognitive e non cognitive. La povertà educativa è di natura multidimensionale (Nanni & Pellegrino, 2018), non solo legata alla povertà economica, ma anche a quella di relazioni, di cura personale, alla carenza di opportunità educative e, tra queste, attività motorie e corporeo-espressive. Avere un limitato accesso alle opportunità educative e formative, che permettono l'interazione con l'ambiente sociale, economico, politico e relazionale, limita la possibilità di sviluppare competenze generative e di acquisire le *Capabilities*, ovvero l'insieme di opportunità di scegliere e di agire, ciò che si è in grado di fare e di essere, che promuovono inclusione nella società come cittadini attivi e consapevoli (Nussbaum & Sen, 2004).

Ogni pratica nasce e si sviluppa nel corpo, è *embodied* e attraverso il movimento e il gesto espressivo la persona sviluppa le abilità per la vita e amplia le proprie possibilità di scelta.

Sviluppare salute e ampliare le proprie *Capabilities*, attraverso l'acquisizione di *Life Skills* e riducendo la povertà educativa, può divenire un gioco da agire, inteso come il *to play* sia sportivo che performativo, un processo dinamico in cui il soggetto sviluppa la consapevolezza necessaria per far fronte alle difficoltà e cercare attivamente una direzione di senso.

L'arte performativa e l'attività motoria e sportiva sono allora pratiche corporee che, per la loro natura e se condotte con intenzionalità educativa, possono promuovere la crescita e lo sviluppo personale facendo acquisire *Life Skills*, permettendo di collocarsi con maggiore consapevolezza nella ricerca di un orientamento.

3. Arti performative

La letteratura scientifica ha messo in evidenza già dai primi anni duemila come la partecipazione e la fruizione culturale e artistica, come la frequentazione di concerti, musei, teatri sia correlata positivamente con la salute, in riferimento al benessere e alla qualità della vita.

Il rapporto *Health Evidence Network* su arti e salute ha offerto una revisione della letteratura accademica mondiale degli ultimi vent'anni e ha trovato evidenze del contributo delle arti al trattamento e alla gestione delle condizioni croniche e dei disturbi che possono insorgere nel corso della vita, come quelli che si stanno manifestando nel periodo pandemico. Le arti possono favorire la promozione della salute tenendo conto dei fattori che possono portare alla povertà educativa (Fancourt & Finn, 2019).

Come affermato, nel contesto odierno caratterizzato dalla fragilità e dalla precarietà, le arti performative e teatrali si inseriscono come strumento capace di coinvolgere bambini, giovani, adulti, anziani partendo dal corpo e dal movimento, sollecitando la dimensione emotiva, relazionale, valoriale (Zappettini, 2022). La grande sfida che educatori e pedagogisti possono accogliere oggi nella direzione di *orientare al senso dell'esserci* è quella di promuovere "spazi e forme di socializzazione animati dal desiderio" (Benasayag et al., 2005), per andare oltre l'individualismo e aprire nuovi legami di pensiero e di vita che siano in armonia con l'antiutilitarismo proprio della natura umana e della vita stessa.

Le arti performative portano la persona a confrontarsi con l'altro, a uscire dall'individualismo per porsi in relazione, in un ascolto attivo, empatico dell'altro, sviluppando competenze emotive e relazionali.

Nel processo creativo teatrale, attraverso l'espressione e la comunicazione, la persona sviluppa cambiamenti che la coinvolgono integralmente (Bertagna, 2010). Le attività performative coinvolgono diversi livelli: il corpo, l'azione nello spazio, le relazioni, il gioco, la comunicazione verbale, gli oggetti, il rito, le rappresentazioni (Rossi Ghiglione, 2011).

Le capacità che la persona può sviluppare nell'arco della vita e in relazione al contesto socio-culturale sono state oggetto di studio e analisi da parte di Nussbaum et al. (2004) e sono correlate alla scelta e alla libertà di accesso alle opportunità disponibili per ciascuno. Sen identifica nelle *Capabilities* il criterio più adeguato di confronto per la valutazione della qualità della vita.

Il pedagogo e l'educatore sono chiamati ad accompagnare il bambino e il ragazzo nella ricerca di un senso e di un orientamento, non solo favorendo lo sviluppo delle capacità interne e combinate (Nussbaum, 2012), ma anche promuovendo l'acquisizione delle *Life Skills* attraverso la corporeità (Rosa & De Vita, 2018).

Desideriamo proprio soffermarci sulla dimensione corporeo-espressiva delle attività teatrali e performative poiché riteniamo che il valore aggiunto di tali forme artistiche, tra le tante che promuovono uno sviluppo delle competenze per la vita, sia proprio il coinvolgimento totale della persona nelle sue dimensioni e nella relazione con l'altro. La mediazione corporea, il vivere ed abitare la propria corporeità, facilitano l'elaborazione di

abilità cognitive di ordine superiore e, ancora più importante in questo periodo di fragilità, abilità personali e sociali fondamentali (Zappettini, Cardaci & Borgogni, in press).

Nella Carta di Ottawa per la Promozione della Salute, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1986) riconosce le *Life Skills* come competenze necessarie alle persone per fare scelte orientate alla salute e da sviluppare e apprendere lungo tutto l'arco della vita. Il termine *Skills* designa per l'OMS tutte quelle abilità e competenze che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana. La mancanza di tali *Skills* socio-emotive può causare, in particolare nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio, in risposta agli stress.

Danza, teatro, musica, pittura, canto sono i molti linguaggi artistici che contribuiscono a sviluppare *Life Skills* e a promuovere stili di vita sani; in particolare, le arti che richiedono la partecipazione sono ancora più significative nell'*empowerment* degli individui e nello sviluppo dell'autoefficacia. Le arti partecipative utilizzano principalmente la comunicazione non verbale e offrono quindi ai fruitori l'opportunità di esprimere emozioni con libertà, utilizzando linguaggi ludici ad alta motivazione. Il teatro, in particolare, ha un potenziale trasformativo altissimo.

Il teatro è la forma culturale e artistica prodotta dall'uomo che più si avvicina alla vita: in teatro l'uomo ritrova e utilizza gli stessi linguaggi che usa per vivere. Nella sua matrice originaria antropologica, che unisce dimensione rituale, ludica e simbolica, il teatro è costituito da un dispositivo culturale molto complesso che mette in movimento molti livelli dell'umano e tra loro li pone in connessione dinamica (Rossi Ghiglione, 2014).

Nell'acquisizione delle *Life Skills*, l'apprendimento in gruppo è fondamentale poiché è in esso che si verificano molte interazioni sociali, in cui tutte le dimensioni corporee sono coinvolte e per i membri è possibile apprendere, condividere esperienze e fare esperienza di *Skills* insieme.

Nella relazione tra attività teatrali e corporeità (Zappettini & Borgogni, 2021a), anche alla luce delle nuove risultanze neuroscientifiche (Zappettini & Borgogni, 2021b; Zappettini, Borgogni & Carlomagno, 2022) sia qui sufficiente evidenziare come il movimento corporeo, nella relazione con l'altro, lo spazio, gli oggetti, sia un importantissimo canale di apprendimento cognitivo, relazionale, emotivo, motorio e contribuisce al mantenimento dello stato di salute delle persone.

La corporeità rappresenta pertanto il nostro effettivo *esserci* ed è l'espressione della nostra *postura esistenziale*. Emozioni, pensieri, sensazioni, stati d'animo vengono espressi attraverso gesti, movimenti, posture, voce, silenzi.

4. Attività fisica, motoria e sport

Da diversi anni ormai, l'attività corporea, motoria e lo sport sono considerate dagli organi internazionali in grado di portare benefici alla persona a diversi livelli. Se da una parte esse migliorano la salute di chi le pratica, prevenendo e combattendo diverse patologie (come quelle cardiache, il diabete, il cancro e l'obesità) e portando ad assumere uno stile di vita sano, d'altro canto innescano benefici anche a livello psichico e relazionale (UNESCO, 1978, 2017; Consiglio d'Europa, 1992).

Le esperienze educative e formative, come quelle sportive, sono per i giovani, nel loro cammino di crescita personale, fondamentali al fine di "apprendere, sperimentare, sviluppare e far fiorire liberamente capacità, talenti e aspirazioni" (Save the Children, 2022). Come detto in precedenza, vivere in uno stato di povertà educativa significa incontrare ostacoli ad accedere a queste esperienze e di conseguenza non poter sviluppare *Capabilities* (Nussbaum et al., 2004), senza le quali viene meno l'inclusione nella società in qualità di cittadini attivi e consapevoli³.

Attraverso pratiche corporee, come le attività fisiche, motorie e sportive, è invece possibile sopperire alla mancanza di *Capabilities*, anche grazie all'acquisizione e sviluppo di *Life Skills*; quello sportivo, infatti, è "un contesto ottimale in cui insegnare anche *Life Skills*, ossia abilità che possono essere apprese nello sport, in quanto utili alla prestazione, ma che possono essere applicabili anche in altri ambiti" (Bortoli, Vitali, Tommasini & Robazza, 2015).

Praticare attività corporea, motoria e sport, in primo luogo, porta a confrontarsi con il proprio corpo, a conoscerne le potenzialità, le abilità, le capacità e, al tempo stesso, i limiti. Prendere coscienza, attraverso il movimento, di ciò che si sa fare e allenarsi ad andare oltre le proprie difficoltà, aiuta a costruire un'immagine più consapevole e positiva di sé, favorendo il benessere corporeo e lo sviluppo armonico (Montesano, 2019). Praticare sport porta a capire che per avere successo sono fondamentali impegno, costanza, sacrificio e perseveranza; questi non sono, però, sufficienti e anche l'insuccesso è un'ottima occasione, da una parte, per imparare a gestire la frustrazione e, dall'altra, per confrontarsi con le proprie responsabilità e i propri errori. Una volta individuati gli errori, cercare di superarli aiuta a sviluppare pensiero critico, creativo e a imparare a risolvere i problemi.

Quello sportivo è un contesto in cui si possono provare molte emozioni, positive e negative, e vivere diversi tipi di situazioni; per esempio, oltre le sconfitte, gli ostacoli che si possono presentare praticando sport e attività fisica sono molti, come un infortunio, l'ansia e lo stress (Raffuzzi, Inostrosa & Casadei, 2006).

Le pratiche corporee, motorie, sportive offrono anche la possibilità di entrare in relazione con gli altri e di socializzare, oltre che sviluppare competenze quali la cooperazione, la comunicazione, la leadership e il lavoro di gruppo (UNESCO, 1978).

Imparare a rispettare l'altro da sé, che sia esso l'allenatore, un compagno, l'arbitro, e rispettare le regole e le norme di ogni disciplina, sono altri elementi che si possono sperimentare in contesto sportivo e aiutano a sviluppare una cittadinanza attiva (Parker, Morgan, Farooq, Moreland & Pitchford, 2019).

La letteratura ha ampiamente ribadito che l'attività corporea, motoria e sportiva non è educativa di per sé (Mantegazza, 1999), ma ciò dipende da diversi fattori, come "dalle intenzioni, dalle modalità e dal contesto in cui si esprime" (Gamelli, 2001, p. 31), oltre che da elementi non prettamente sportivi (Hartmann, 2003); la mera pratica di queste attività non porta automaticamente all'acquisizione di *Life Skills* (Gould & Carson, 2008). Perciò, per quanto diversi studi scientifici parlino di una relazione positiva tra sport e inclusione sociale, benessere sociale ed emotivo, miglioramenti scolastici, ecc., c'è ancora molta incertezza circa la relazione di causalità tra sport e sviluppo personale (Super, Hermens, Verkooijen & Koelen, 2014). Inoltre, è difficile anche stabilire se ciò che si acquisisce e si sviluppa in contesto sportivo si riesca a trasferirlo negli altri contesti di vita.

I processi e i tratti che possono rendere significativamente educativa l'attività fisica, motoria e sportiva sono diversi. Tra questi, per esempio, un clima socio-pedagogico, la capacità relazionale e formativa dell'allenatore, il sostegno parentale, la possibilità di pratiche riflessive, la collaborazione tra le organizzazioni che si occupano del giovane (Super et al., 2014).

Anche per lo sviluppo di *Life Skills*, le caratteristiche, la formazione dell'allenatore e le sue strategie (strutturare attività atte ad allenarle, offrire opportunità di leadership e di presa di decisioni, parlare di *Life Skills* prima, durante e dopo gli esercizi), che non solo possono favorire o meno l'apprendimento, ma anche la trasferibilità di esse in contesti altri (Super, Verkooijen & Koelen, 2018; Newman & Anderson-Butcher, 2021; Gould et al., 2008). Una *systematic review* (Hermens, Super, Verkooijen & Koelen, 2017) sullo sviluppo delle *Life Skills* nei programmi sportivi rivolti a giovani vulnerabili, benché avvertisse che gli studi sul tema sono rari e perciò i risultati sono da trattare con cautela, ha notato che i programmi sportivi studiati sono contesti idonei in cui si possono acquisire abilità per la vita, ma rimane in dubbio la loro trasferibilità in altri contesti. Risultati differenti sono

però emersi in studi che utilizzavano metodi di ricerca diversi: in studi quantitativi si è notato un miglioramento delle abilità di vita emotive, sia in quelli quantitativi che qualitativi un miglioramento delle abilità cognitive, in quelli qualitativi miglioramenti nelle abilità di vita sociali; ciò probabilmente è anche dovuto a diversi focus dei ricercatori. Possiamo pertanto affermare che “lo sport offre ai giovani l’opportunità di esercitarsi nell’uso delle *Life Skills* in molti modi coinvolgenti, che a loro volta ne promuovono lo sviluppo e il trasferimento” (Newman et al., 2021). Risulta, tuttavia, ancora necessario approfondire da un punto di vista scientifico questi argomenti, anche a fronte del fatto che sovente gli studi a riguardo non si sono dotati di gruppi di controllo e non hanno eseguito studi longitudinali (Hermens et al., 2017).

5. Considerazioni conclusive

Il corpo, nel movimento, nella relazione con l’altro, lo spazio, gli oggetti, è un significativo canale di apprendimento di *Life Skills* (Newman et al., 2021); dal punto di vista motorio, cognitivo, relazionale, emotivo contribuisce al mantenimento dello stato di salute delle persone. Teatro e sport coinvolgono l’attivazione di tutte le dimensioni corporee favorendo sviluppo e crescita personale, rinforzo dell’identità, pensiero riflessivo e creativo, collaborazione e comunicazione, comportamenti pro-sociali, autonomia e ben-essere.

Il corpo come vettore semantico ci consente di riconoscere la crisi leggendo negli aspetti motori dei ragazzi e dei bambini le difficoltà e le criticità. Il corpo è davvero un “punto di osservazione privilegiato attraverso cui analizzare nel profondo gli effetti della crisi e risalire alle cause che la determinano” (Digennaro, 2021, p. 44). Tenendo conto dei fattori che contribuiscono a rendere le attività sportive e teatrali valide esperienze educative e formative è necessario agire con interventi efficaci sui, con e dei corpi. Con una nuova percezione positiva del proprio corpo, nella relazione con gli altri, sviluppare *Capabilities* e *Life Skills* può divenire un gioco, inteso come il *to play* performativo e sportivo, un processo coinvolgente e motivante in cui il soggetto sviluppa la consapevolezza necessaria per cercare una direzione di senso.

Note

* Cristina Zappettini ha sviluppato le riflessioni inerenti alle arti performative e teatrali, in particolare ha curato l'introduzione e il paragrafo 2; Silvia Sangalli ha sviluppato il tema della povertà educativa e delle discipline motorio-sportive, in particolare ha curato il paragrafo 3. Le autrici hanno congiuntamente curato i paragrafi 1 e 4.

¹ Cristina Zappettini, Università degli Studi di Bergamo, cristina.zappettini@unibg.it.

² Silvia Sangalli, Università degli Studi di Bergamo, silvia.sangalli@unibg.it.

³ Re-Serves. *La ricerca al servizio delle fragilità educative*. Disponibile in: <https://www.re-serves.it/glossario/inclusione-esclusione-sociale/> [13/01/2023].

Riferimenti bibliografici

- Benasayag, M., & Schmit, G. (2005). *L'epoca delle passioni tristi* (E. Missana, Trans). Milano: Feltrinelli.
- Bertagna, G. (2010). *Dall'educazione alla pedagogia: avvio al lessico pedagogico e alla teoria dell'educazione*. Brescia: La Scuola.
- Borgogni, A., & Zappettini, C. (2022). A disciplinary body is a disciplined body. *NUOVA SECONDARIA*, 39(7), 375-384.
- Bortoli, L., & Vitali, F., & Tommasini, A., & Robazza, C. (2015). Insegnare life skills attraverso l'attività sportiva. *Giornale Italiano di psicologia dello sport*, 22, 3-10.
- Consiglio d'Europa. (1992). Carta europea dello sport. In *CDDS, Comitato per lo Sviluppo dello Sport, 7° Conferenza dei Ministri europei responsabili dello Sport*. Rodi: Coni Servizi.
- Digennaro, S. (2021). Il corpo come vettore semantico del disagio giovanile. *Educare.it*, 21(5), 44-51.
- Fancourt, D., & Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponibile in: https://www.dors.it/documentazione/testo/202108/reportOMS2019artisalute_20210727.pdf.
- Foucault, M. (2006). *Utopian Body*. In C. A. Jones (Ed.), *Sensorium*. Cambridge (MA) - London (UK): MIT Press.
- Gamelli, I. (2001). *Pedagogia del corpo: educare oltre le parole*. Roma: Meltemi.
- Gould, D., & Carson, S. (2008). Life skills development through sport: current status and future directions. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 1(1), 58-78.
- Hartmann, D. (2003). Theorizing Sport as Social Intervention: A View From the Grassroots. *Quest*, 55(2), 118-140.
- Hermens, N., Super S., Verkooijen K. T., & Koelen M. A. (2017). A Systematic Review of Life Skill Development Through Sports Programs Serving Socially Vulnerable Youth. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 88(4), 408-424.
- Mantegazza, R. (1999). *Con la maglia numero sette. Le potenzialità educative dello sport nell'adolescenza*. Milano: Unicopli.
- Montesano, P. (2019). Valenza educativa e preventiva dell'educazione fisica e sportiva. *Formazione & Insegnamento*, 17(3 Suppl.), 157-168.
- Nanni, W., & Pellegrino, V. (2018). La povertà educativa e culturale: un fenomeno a più dimensioni. In *Caritas Italiana, Povertà in attesa. Rapporto 2018 su povertà e politiche di contrasto*, 91-184, Roma.
- Newman, T. J., & Anderson-Butcher, D. (2021). Mechanisms of Life Skill Development and Life Skill Transfer: Interconnections and Distinctions Among Socially Vulnerable Youth. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 12(3), 489-519.
- Nussbaum, M., & Sen, A. (2004). *The quality of life*. London and New York: RoutledgeFalmer.
- Nussbaum, M. C. (2012). *Creare capacità. Liberarsi dalla dittatura del Pil*. Bologna: Il Mulino.
- Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Parker, A., Morgan, H., Farooq, S., Moreland, B., & Pitchford, A. (2019). Sporting intervention and social change: football, marginalized, youth and citizenship development. *Sport, Education and Society*, 24(3), 298-310.
- Raffuzzi, L., Inostrosa, N., & Casadei, B. (2006). Per uno sport che aiuta a crescere, "L'Approccio Centrato sull'Atleta". *ACP-Rivista di studi Rogersiani*.
- Rosa, R., & De Vita, T. (2018). La valenza educativa della Corporeità e delle Attività Motorie nell'apprendimento delle Life Skills Education nella Scuola. *Giornale Italiano di Educazione alla Salute, Sport e Didattica Inclusiva/Italian Journal of Health Education, Sports and Inclusive Didactics*, 2(1), 56-72.
- Rossi Ghiglione, A. (2011). Teatro e salute. *La scena della cura in Piemonte*, Ananke.

- Rossi Ghiglione, A. (2014). Arte, benessere e partecipazione. Il teatro come meta modello della partecipazione culturale. *I pubblici della cultura. Audience development, audience engagement*, Franco Angeli, 216-239.
- Save The Children. (2022). *Che cos'è la povertà educativa: definizioni e cause*. Disponibile in: <https://www.savethechildren.it/blog-notizie/che-cosa-e-poverta-educativa-definizione-e-cause> [19 ottobre 2022].
- Super, S., Hermens, N., Verkooijen, K., & Koelen, M. (2014). Enhancing life prospects of socially vulnerable youth through sport participation: a mixed methods study. *BMC Public Health*, 14(1), 1-13.
- Super, S., Verkooijen, K., & Koelen, M. (2018). The role of community sports coaches in creating optimal social conditions for life skill development and transferability - a salutogenic perspective. *Sport, Education and Society*, 23(2), 173-185.
- UNESCO. (1978). *Carta Internazionale per l'Educazione Fisica, l'Attività Fisica e lo Sport*. Disponibile in: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000235409_ita.
- UNESCO. (2017). *Kazan Action Plan*. Disponibile in: <https://en.unesco.org/mineps6/kazan-action-plan>.
- World Health Organization - WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Zappettini, C. (2022). Performing arts in education: an embodied experience of caring for fragility through relationships. In *Conference Proceedings CIVAE 2022. 4th Interdisciplinary and Virtual Conference on Arts in Education. May 11-12, 2022* (pp. 500-505). Madrid, España: MusicoGuia.
- Zappettini, C., Borgogni, A., & Carlomagno N. (2022). Quartieri di Vita 2021: Fragilities and Performing Arts in Neuroscience and Humanities. *Giornale Italiano di Educazione alla Salute, Sport e Didattica Inclusiva/Italian Journal of Health Education, Sports and Inclusive Didactics*, 6(1), 1-14.
- Zappettini, C., & Borgogni, A. (2021a). Performing arts and neuroscience: body and mirrors in theatrical expressivity. *Giornale Italiano di Educazione alla Salute, Sport e Didattica Inclusiva/Italian Journal of Health Education, Sports and Inclusive Didactics*, 5(2), 161-171.
- Zappettini, C., & Borgogni, A. (2021b). Corpi in gioco: l'educazione alla teatralità per la prima infanzia. *NUOVA SECONDARIA*, 38(9 (maggio)), 238-254.
- Zappettini, C., Cardaci, A., & Borgogni, A. (in press). L'arte con il corpo, dal gesto motorio al gesto espressivo, la formazione dei docenti all'espressione artistica tra neuro-estetica e arti performative.

Il pedagogo: supporto al superamento della crisi

Raffaella Filippi¹, Elisabetta Faraoni²

Keywords

Educazione, Resilienza, Malattia, Qualità della vita, Self-care

Abstract

una importante sfida a livello educativo, è rappresentata dalla formazione dei ragazzi in età pediatrica costretti nei reparti di lunga degenza. Una lunga ospedalizzazione comporta, non solo una alterazione della quotidianità, ma anche un cambiamento nelle relazioni sociali.

A causa dell'aumento delle malattie croniche e dei profondi cambiamenti epocali ai quali stiamo assistendo, al fine di promuovere il benessere, le competenze sociali e personali, la resilienza e un armonioso sviluppo dei ragazzi ospedalizzati, è necessario agevolare la presenza della figura del pedagogo ospedaliero che, grazie alle spiccate competenze relazionali e comunicative, è in grado di promuovere interventi che favoriscano il self-care, al fine di rendere questi ragazzi sempre più capaci di sfruttare il momento di crisi come una opportunità, mettendo in atto efficaci strategie di coping per il miglioramento della propria qualità di vita presente e futura.

1. Introduzione

L'insorgere di una malattia non mette a dura prova soltanto il fisico ma anche l'aspetto psicologico e sociale ed è proprio per questo che oggi si tende sempre di più a focalizzare l'attenzione verso ciò che possa aiutare e promuovere, nel ragazzo malato, le risorse necessarie a superare un periodo così critico. Il periodo di malattia rappresenta una fase che induce i ragazzi a riflettere sui numerosi cambiamenti sopravvenuti nella loro vita quotidiana. L'educazione va pensata non più relegata tra le quattro mura scolastiche ma in spazi che vanno ben oltre il confine a noi conosciuto coinvolgendo tutti gli ambienti di vita (Marcelli, 2023).

In questo contesto, al fine di perseguire il benessere del giovane, sono necessarie diverse figure professionali. Tra queste, quella del pedagogo rappresenta una risorsa importante per il difficile percorso di crescita del paziente, in quanto è deputata alla realizzazione e alla attivazione di interventi ascrivibili nel globale progetto di benessere presente e futuro (Doniselli, 2014).

Lavorare a livello pedagogico nell'ambito della cura significa agire in una area di frontiera, dove si incontrano numerose discipline e professionisti, cercando di non confondere i saperi, le diverse pratiche e, soprattutto, di non perdere la propria responsabilità e affidabilità professionale (Palmieri & Gambacorti-Passerini, 2020).

Notoriamente, quando affrontiamo il tema dell'educazione permanente, si pensa all'età adulta trascurando l'importanza che l'educazione ha durante tutto l'arco dell'esistenza partendo già dai primi giorni di vita. L'aspetto maggiormente indagato è rappresentato dal cercare di comprendere, per tutti e per ciascuno, le condizioni più adatte ad apprendere al fine di raggiungere il successo formativo (Grange Sergi, 2016). Si torna in questo modo a considerare l'esperienza formativa mettendo al centro l'infanzia e la pubertà. Non per questo, però, in esse debbano essere fornite tutte le nozioni necessarie. Durante l'infanzia e l'adolescenza devono venir rispettate la maturazione e lo sviluppo senza pregiudicare le facoltà della mente nel continuare ad apprendere per l'intero arco della vita (Fabbri, 2016).

2. Autonomia e sviluppo nel ragazzo ospedalizzato

Il raggiungimento della consapevolezza di sé, del controllo sulle azioni e sulle decisioni, rappresenta un concetto legato alla concretizzazione dei potenziali di sviluppo personali (Procentese & Gatti, 2019). I ragazzi che riescono a superare l'incubo della malattia saranno destinati a diventare soggetti autonomi; questa autonomia va coltivata e promossa anche durante il periodo in cui sono sottoposti a cure pesanti facendo perno sulla loro partecipazione attiva (Kingery, Erdley & Scarpulla, 2020).

In ogni ragazzo malato è presente una parte sana che non va assolutamente dimenticata o trascurata perché rappresenta la forza vitale che lo spinge verso la piena realizzazione dei «propri potenziali» (Capurso, 2017). La forza vitale, di cui parla Capurso, può continuare ad emergere e ad esprimersi anche nei ragazzi malati, in relazione all'insieme degli accadimenti che possono promuovere o meno la risposta psico-fisica e la messa in atto della cura.

Il pedagogista si occuperà, grazie alle sue capacità di relazione, di aiutare i ragazzi nel trovare strategie di *self-care* al fine di supportarli nei momenti difficili della malattia e di far acquisire maggior consapevolezza riguardo ai bisogni reali, cercando di cogliere le ripercussioni dei fattori esterni su quelli interni attraverso il legame tra fattori cognitivi, emozioni e pensiero (Tomlinson, Yousaf, Vittersø & Jones, 2018). Il *self-care*, oltre ad un miglioramento dello stato di salute, aiuta ad incrementare la consapevolezza, la capacità di fronteggiare lo stress, attraverso la promozione di relazioni positive, favorendo l'autoregolazione degli stati emotivi (Moses, Bradley & O'Callaghan, 2016). Dunque il pedagogista è chiamato, tra le numerose emergenze quotidiane, a supportare il ragazzo nell'individuare strategie volte al superamento delle criticità derivanti dallo stato di salute permettendogli di realizzarsi in riferimento alla propria unicità.

L'educazione alla resilienza costituisce una "frontiera pedagogica per dare una lettura innovativa dei processi formativi, all'interno dei quali, tanto nelle situazioni ordinarie quanto in quelle straordinarie, i soggetti continuamente esprimono bisogni legati a un'idea di relazione educativa intesa come relazione di aiuto" (Vacca-relli, 2016, p. 45).

Vedremo poi come la qualità della vita sia fortemente correlata con gli ambiti educativi e, soprattutto, come questi possano influenzare la nostra società futura (Marcelli, 2023), garantendo capacità di riscatto, anche in condizioni più difficili, perché l'educazione è qualcosa che plasma la nostra relazione con il mondo, anche il nostro ruolo in esso, potenziando e infondendo strumenti utili per contribuire positivamente nella società verso un futuro più inclusivo (Arendt & Fistetti, 2001). Promuovere la cura del sé, pensandola non solo in termini strettamente medici, è fondamentale per una visione globale ed in evoluzione della persona malata ponendo al centro l'individuo nella sua unicità senza focalizzarsi sulla sua condizione di malato.

La cura pedagogica è sostegno, rispetto ed empatia, comprensione ed attenzione estrema alle profondità dell'altro, ponendosi come esercizio continuo, per tutto l'arco della vita, riadattandosi costantemente e divenendo responsabilità verso la società (Boffo, 2006) attraverso la promozione di una presa in carico globale non sostituendosi all'altro ma stimolando una autonomia (Heidegger, 1927/1976) guidata e rispettosa delle diversità (Cambi, 2014) reclamando sempre di più un trattamento *ad hoc*.

La motivazione che deve spingere la figura del pedagogista che si trova ad agire nei reparti di un ospedale pediatrico, deve radicarsi nella convinzione che ogni singolo ragazzo ha proprie inclinazioni, potenzialità e talenti (Dewey, 1916) individualmente irripetibili.

Il processo formativo si pone epistemologicamente sia come fine ma anche come mezzo per costruire un percorso di crescita per l'intero arco della vita (Abbate, Braga, Fabiano, Forni & Franceschelli, 2022). Vi è in questi ragazzi una profonda e continua trasformazione che, grazie alla sperimentazione della resilienza, alternando momenti di benessere a momenti di estrema difficoltà, permetterà loro, attraverso un aiuto da parte di tutte

le figure di riferimento in ambito ospedaliero, di accogliere tutti processi che sono intervenuti indipendentemente dalla loro volontà.

Riconoscere i bisogni dei pazienti, strutturare un progetto educativo e identificare le risorse necessarie per raggiungerli, rappresentano aspetti fondanti al fine di sostenere il giovane nel ridare significato alla vita, perché anche un momento di profonda crisi può rappresentare un passaggio evolutivo volto al rinnovamento. Al fine di comprendere meglio questo aspetto è fondamentale comprendere, come afferma Joan Tronto, che gli esseri umani non sono autonomi ma devono essere concepiti come interdipendenti e che l'obiettivo della cura è proprio quello di limitare o addirittura portare a ridimensionare le varie forme di dipendenza, pensando che la dipendenza stessa, in alcuni casi, rappresenta una necessità ma in altri ancora è una condizione da superare (Tronto, 2006).

3. L'importanza della resilienza e della messa in atto di adeguate strategie di coping per il superamento dell'impatto con la malattia e le paure ad essa correlate

Considerando la fragilità degli ambienti ospedalieri è fondamentale ripensare all'idea e al ruolo che il pedagogo può ricoprire, al fine di aiutare a plasmare l'adulto di domani considerato l'alto impatto della malattia sul giovane.

In un contesto in cui il ragazzo viene messo a dura prova e dove i cambiamenti sia fisici che sociali avvengono a ritmi sostenuti, il ruolo cruciale viene svolto dal pedagogo che, come figura di ponte tra la famiglia ed équipe medica, attraverso le sue esperienze e conoscenze che riguardano la promozione dello sviluppo personale e l'inclusione, forma il ragazzo a padroneggiare una serie di competenze trasversali al superamento del periodo critico (Rosa & Tafuri, 2023). L'età pediatrica rappresenta un momento denso di fasi cruciali all'interno del progetto di vita della persona e la malattia cronica può ostacolare questo delicato processo. L'attività educativa rappresenta una componente fondamentale nella presa in carico e cura del ragazzo malato (Bobbo, 2012) perché, in relazione al vissuto di malattia, promuove atteggiamenti di resilienza.

Aiutare il ragazzo a rafforzare la messa in atto di adeguate strategie di *coping* e resilienza significa abilitarlo a gestire e affrontare le avversità legate alla malattia con successo e in maniera funzionale. Tra i meccanismi responsabili della capacità di resilienza, infatti, ritroviamo le strategie di *coping*, ossia, quegli sforzi di tipo cognitivo-comportamentale utili a trattare richieste specifiche sia interne che esterne.

Le qualità resilienti vanno nutrite e rafforzate durante tutto l'arco della vita ed è proprio in questo senso che riescono a raggiungere le aree educative dell'essere umano (Richardson, 2002).

Occorre infatti promuovere la maturazione di una partecipazione attiva e responsabile sia nelle relazioni, sia nella risoluzione dei problemi e delle relazioni sociali, favorendo per il presente, e per il resto della vita, lo sviluppo di un nuovo sapere in cui il ragazzo possa riconoscersi (Ulivieri, 2015). Un lavoro, questo, che investe i processi educativi anche nell'ottica di una educazione degli adulti con parole che richiamano alla democrazia, equità e cittadinanza.

Nel 2020 l'Unione Europea ha pubblicato il *LifeComp Framework* descrivendo come fondamentali le competenze: personali, sociali e l'imparare ad apprendere e indicando le modalità di applicazione in tutti i contesti della vita. Questo tipo di competenze, che promuovono lo sviluppo della resilienza, sono acquisibili attraverso l'istruzione formale, informale e non formale (Sala, Punie & Garkov, 2020).

La formazione dei ragazzi non deve essere più intesa come mera trasmissione di saperi ma dovrebbe offrire la possibilità di sperimentarsi nella vita di tutti i giorni offrendo strumenti adeguati al fine di imparare a fronteggiare e risolvere le difficoltà che si presentano.

È proprio in questa ottica che promuovendo le *life skills* consentiamo ai ragazzi ospedalizzati di avere più voce in capitolo riguardo le decisioni e le azioni necessarie a riacquistare il loro benessere psicofisico e sociale (WHO, 1986).

4. Il sapere pedagogico in ospedale

Il compito del pedagogista, in questo, a volte, lungo percorso, non è quello di sminuire le paure che i ragazzi provano di fronte alla malattia e ai profondi cambiamenti che porta con sé, ma insegnare loro, attraverso un percorso di consapevolezza, a dare voce alle proprie emozioni, anche le più dolorose, riconoscerle e imparare a gestirle. È proprio attraverso la gestione delle emozioni che il ragazzo matura e fa del contesto ospedaliero il suo spazio di crescita (Gramigna & Poletti, 2020).

Ciò che ostacola la ripresa del giovane ospedalizzato non sono le paure ma la solitudine, che rappresenta il vero male dei nostri giorni. Si tende a nascondere la paura per non ferire i ragazzi non ponendosi il benché minimo problema nel lasciarli soli a fronteggiarla. Tutto quello che spaventa, quando assume una identità, risulta più gestibile ed è proprio quello che si dovrebbe promuovere durante i periodi difficili che la malattia offre. Quando il ragazzo si ammala vengono a mancare le condizioni per continuare a condurre la vita di sempre a partire dalla casa, la scuola e i luoghi di incontro sociale. Ciò crea un profondo senso di disorientamento e la necessità di fissare nuovi punti di riferimento.

Il lavoro pedagogico in questi spazi di emergenza non deve essere valutato come una semplice soluzione volta a tamponare il momento attraverso l'intrattenimento ma deve aiutare a proiettare i ragazzi verso la ricerca di nuovi equilibri e progetti esplorando le strade della resilienza. È lo stimolo freiriano all'essere molto di più (Catarci, 2016; Freire, 1970/2007) che una vittima, molto di più di un assistito.

Il contributo del pedagogista nei reparti pediatrici può incidere positivamente grazie alla sua spiccata preparazione comunicativa. È proprio attraverso la comunicazione, infatti, che il pedagogista è in grado di andare oltre le mere teorizzazioni astratte, senza dimenticare lo specifico carattere educativo che lo contraddistingue, ossia, accompagnare il paziente nel suo percorso di presa di coscienza e nell'acquisizione di strategie volte a fronteggiare la propria esistenza di malato.

Senza sostituirsi, ma affiancando il giovane, il pedagogista valorizza le sue capacità spronandolo ad autodeterminarsi in maniera autonoma (Masini, 2008).

La pedagogia in questi contesti di emergenza nutre al meglio la relazione educativa di quella *struttura esistenziale*, la cura, che permette la "formazione, il comando individuale e la costruzione soggettiva dell'esistenza" (Palmieri, 2003, p. 38). La cura, in questi casi, richiama diversi tipi di relazione, alcune che si formano all'interno del *setting* terapeutico della stanza di ospedale e altre plasmate nella relazione educativa formale o meno. Basare la relazione sulla reciprocità conduce ad uno scambio produttivo tra le persone che entrano in contatto, favorendo la strutturazione del rapporto basato su principi del rispetto e delle pari dignità anche dove si riscontri una asimmetria legata alla differenza di ruoli (Biasin, Boffo & Silva, 2020).

Non va dimenticato che la cura diventa per il pedagogista anche un lavoro su se stesso, ossia, ogni persona ha il compito di avere cura di sé prima ancora di potersi prendere cura degli altri divenendo "un privilegio-dovere, un dono vincolante che ci assicura la libertà obbligandoci ad assumere noi stessi come oggetto di tutta la nostra applicazione" (Foucault, 1985, p. 51).

5. Conclusione

L'idea è quella di promuovere nei ragazzi una maggiore autonomia perché, è vero che la protezione tutela il ragazzo, ma, a volte, si rischia di essere iperprotettivi, rendendo artificiale l'esperienza di vita. Davanti a una

malattia importante, spesso, si tende a mettere il giovane sotto una campana di vetro dove gli viene impedito di sperimentare piccole e grandi frustrazioni che accompagnano l'esperienza della vita futura, di fronte alla quale non potrà assolutamente trovarsi impreparato.

Infatti, ogni azione educativa, sebbene giusta e affettuosa, non può avere la presunzione di preservare i ragazzi malati dall'incontro con la realtà. Ossia, gli adulti di riferimento, possono solo contribuire a preparare terreno fertile alla giusta maturazione dei giovani ma non possono certamente garantire lo sviluppo perfetto proteggendoli dal rischio legato alle contingenze della vita (Recalcati, 2014).

Si tratta di decidere quale strada intraprendere per affrontare, insieme al ragazzo, le paure e i modi in cui poter ripristinare il flusso normale della loro esistenza per riprendere in mano obiettivi e progetti passati che la malattia ha solo offuscato.

Una sfida importante, dunque, è rappresentata dalla possibilità di ridurre il divario delle opportunità tra questi ragazzi e i coetanei; perché i giovani, che sperimentano una condizione di malattia, vivono a metà tra il desiderio di essere come i loro pari e la percezione di sentirsi diversi mentre affrontano quotidianamente la sfida per sopravvivere (Pini, Gardner & Hugh-Jones, 2019) percependo questa situazione di separazione come penalizzante.

Un modello educativo ben strutturato e rappresentato da una forma integrata di assistenza, può stimolare lo sviluppo di competenze trasversali, che sono fondamentali nei contesti di cura, cercando di sostenere i pazienti, attenuando problemi legati alla malattia e consentendo un ritorno più facile alla vita di sempre, concentrandosi più sulle abilità che sulle disabilità riconoscendo le capacità e i desideri della persona malata con la finalità di strutturare un valido progetto educativo (Boffo, Falconi & Zappaterra, 2012).

Va accordata a questi ragazzi la fiducia di andare avanti verso il raggiungimento della presa di coscienza responsabile e consapevole riguardo la realtà che stanno vivendo alla luce di finalità fondate sull'impegno e il miglioramento delle condizioni di vita presenti e future. Il ragazzo ha quindi bisogno di essere supportato nel prendere coscienza di sé e delle motivazioni che lo spingono a potenziare le azioni connesse al raggiungimento della propria dignità, scegliendo autonomamente e responsabilmente il senso da attribuire alla vita analizzando le problematiche esistenziali e ricomponendo nuovi equilibri frutto di un processo di maturazione.

Note

¹ Raffaella Filippi è Professore aggregato di Apprendimento e formazione in Europa. Ricercatrice di Pedagogia Generale e Sociale M-PED/01. Università Niccolò Cusano - Telematica Roma - raffaella.filippi@unicusano.it.

² Elisabetta Faraoni, Dottorato in *Epistemology and Neuroscience Applied in Education*. Università Niccolò Cusano - Telematica Roma - elisabetta.faraoni@unicusano.it. ORCID ID 0000-0001-8774-2696.

Riferimenti bibliografici

- Abbate, F., Braga, C., Fabiano, A., Forni, D., & Franceschelli, F. (2022). Pedagogy of Care between Sustainability and Social Justice. *Formazione & Insegnamento*, 20(1 Tome II), 1007-1017.
- Arendt, H., & Fistetti, F. (2001). *L'immagine dell'inferno: scritti sul totalitarismo*. Roma: Riuniti.
- Biasin C., Boffo, V., & Silva, C. (2020). Le dinamiche relazionali e comunicative nella formazione delle professionalità educative. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 17, 7-25.
- Bobbo, N. (2012). *Fondamenti pedagogici di educazione del paziente*. Padova: CLEUP.
- Boffo, V. (2006). *La cura in pedagogia. Linee di lettura*. Bologna: Clueb.
- Boffo, V. (Ed.). (2022). *La scuola in ospedale: tirocinio e formazione degli insegnanti. La scuola in ospedale*. Firenze: Editpress.
- Boffo, V., Falconi, S., & Zappaterra, T. (Eds.). (2012). *Per una formazione al lavoro. Le sfide della disabilità adulta*. Firenze: Firenze University Press.
- Boffo, V., Iavarone, M. L., & Nuzzaci, A. (2022). Life skills e transizioni umane. *Form@re-Open Journal per la formazione in rete*, 22(3), 1-8.
- Boffo, V., Iavarone, M. L., Nosari, S., & Nuzzaci, A. (2023). The European LifeComp model between Embedded Learning and Adult Education. *Form@re-Open Journal per la formazione in rete*, 23(1), 1-4.
- Cambi, F. (2014). *La cura di sé come processo formativo: tra adultità e scuola*. Roma-Bari: Gius. Laterza & Figli Spa.
- Capurso, M. (2017). *Facilitare la comprensione della malattia nel bambino: Aspetti teorici e indicazioni pratiche per medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali*. Milano: FrancoAngeli.
- Capurso, M., & Dennis, J. L. (2017). Key educational factors in the education of students with a medical condition. *Support for Learning*, 32(2), 158-179.
- Catarci, M. (2016). *La pedagogia della liberazione di Paulo Freire. Educazione, intercultura e cambiamento sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Dall'Oglio, I., Gasperini, G., Carlin, C., Biagioli, V., Gawronski, O., Spitaletta, G. et al. (2021). Self-Care in Pediatric Patients with Chronic Conditions: A Systematic Review of Theoretical Models. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3513.
- Dewey, J. (1916). *Democracy and Education*. New York: The Macmillan Company.
- Doniselli, T. (2014). La professionalità del pedagogista nei reparti pediatrici. *L'Ospedale Pediatrico Anna Meyer di Firenze. Pedagogia e giustizia*, 57.
- Dunn, P., & Conard, S. (2018). Improving health literacy in patients with chronic conditions: A call to action. *International journal of cardiology*, 273, 249-251.
- Fabbri, M. (2016). L'educazione permanente e lo sguardo neuroscientifico. Terza età e questione giovanile. In L. Dozza, & S. Ulivieri (A cura di), *L'educazione permanente a partire dalle prime età della vita* (pp. 261-269). Milano: FrancoAngeli.
- Filippi, R. (2014). *Formazione ed educazione nel panorama del lifelong learning*. Segrate: Morlacchi Editore.
- Foucault, M. (1985). *La cura di sé*. Milano: Feltrinelli.
- Freire, P. (2007). *La pedagogia degli oppressi* (L. Bimbi, Trans). Torino: EGA. (Original work published 1970).
- Gramigna, A., & Poletti, G. (2020). Le paure dei bambini ai tempi del Coronavirus. *Formazione & Insegnamento*, 18 (1 Tomo I), 308-319.
- Grange Sergi, T. (2016). Nidi e infanzia: ricerca pedagogica, educabilità e qualità. In L. Dozza, & S. Ulivieri (A cura di), *L'educazione permanente a partire dalle prime età della vita* (pp. 88-100). Milano: FrancoAngeli.
- Grimaldi, E. (2019). *Uno sguardo pedagogico e didattico su un contesto speciale: la scuola in ospedale*. Disponibile in: <https://morethesis.unimore.it/theses/available/etd-03062019-084524/>.
- Heidegger, M. (1976). *Essere e tempo* (P. Chiodi, Trans). Milano: Longanesi. (Original work published 1927).
- Kingery, J. N., Erdley, C. A., & Scarpulla, E. (2020). Developing social skills. In D. W. Nangle, C. A. Erdley, & R. Schwartz-Mette (Eds.), *Social skills across the life span: theory, assessment, and intervention* (pp. 25-45). Academic Press.

- Marcelli, A. M. (2023). Abitare il mondo: riflessioni sulla qualità della vita, semiosi e trasformazioni nell'istruzione. *Formazione & Insegnamento*, 21(1), 1-3.
- Masini, D. (2008). Il Bisogno Di Counseling In Ospedale. *Prevenire è Possibile*.
- Minello, R. (2022). Prospettive Educative e Dilemmi nelle diverse visioni di futuro. *Mizar. Costellazione di pensieri*, 2021(15), 185-190.
- Moses, J., Bradley, G. L., & O'Callaghan, F. V. (2016). When college students look after themselves: Self-care practices and well-being. *Journal of student affairs research and practice*, 53(3), 346-359.
- Palmieri, C. (2003). *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare*. Milano: FrancoAngeli.
- Palmieri, C., & Gambacorti-Passerini, M. B. (2020). *Il lavoro educativo in salute mentale. Una sfida pedagogica*. Milano: goWare & Guerini Associati.
- Pini, S., Gardner, P., & Hugh-Jones, S. (2019). How and why school is important to teenagers with cancer: outcomes from a photo-elicitation study. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 8(2), 157-164.
- Procentese, F., & Gatti, F. (2019). Senso di convivenza responsabile: quale ruolo nella relazione tra partecipazione e benessere sociale?. *Psicologia Sociale*, 14(3), 405-426.
- Recalcati, M. (2014). *Il complesso di Telemaco: Genitori e figli dopo il tramonto del padre*. Milano: Feltrinelli Editore.
- Rosa, R., & Tafuri, F. (2023). Didattica centrata sul corpo e sviluppo LifeComp nella scuola. *Formazione & Insegnamento*, 21(1), 165-171.
- Sala, A., Punie, Y., Garkov, V., & Cabrera Giraldez, M. (2020). *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness*, 9, 23-43.
- Tronto, J. (2006). *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura* (N. Riva, Trans). Reggio Emilia: Diabasis. (Original work published 1993).
- Ulivieri, S. (2015). La mission sociale dell'educazione e della scuola. *Pedagogia oggi*, 2, 7-9.
- World Health Organization - WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. World Health Organization. Regional Office for Europe.

La professione infermieristica tra competenza percepita, pratica professionale ed esigenze formative: un contributo di ricerca*

Patrizia Oliva¹, Rosaria Saltalamacchia²

Keywords

Professione infermieristica, Percezione ruolo, Identità professionale, Formazione

Abstract

Il desiderio di prendersi cura degli altri è uno dei motivi principali per cui si sceglie di intraprendere la professione infermieristica. Tuttavia, le incongruenze tra la percezione della professione infermieristica e la realtà della pratica possono essere fonte di disillusione nel momento in cui ci si avvicina alla pratica professionale, con il rischio di abbandono precoce degli studi o insoddisfazione sul posto di lavoro e inevitabili ricadute sul benessere psicofisico dell'operatore e del paziente. Pertanto, l'obiettivo dello studio è valutare la percezione della professione infermieristica, in termini di principi, valori e immagine pubblica in giovani ancora in formazione e in operatori già inseriti nel ruolo delle professioni sanitarie. I risultati indicano che percorsi formativi altamente professionalizzanti contribuiscono a far percepire la professione sanitaria in modo molto più moderno e aggiornato a differenza di coloro che, seppur con maggiore esperienza diretta, non hanno esperienza di formazione specialistica e abilitante.

1. Introduzione

Definire la professione infermieristica è assai arduo e impegnativo, si tratta infatti di una professione multidimensionale (Woodland, Foster & Robertshaw, 2022; Jackson, Anderson & Maben, 2021). L'*International Council of Nurses* (ICN, 2020) definisce *Advanced Practice Nurse* (APN) "un infermiere generalista o specializzato che ha acquisito, attraverso una formazione universitaria avanzata, una base di conoscenze a livello di esperto, capacità di prendere decisioni complesse e competenze cliniche per esercitare una pratica avanzata. Le caratteristiche di questa figura dipendono dal contesto e/o dal paese in cui è abilitata ad esercitare".

La pratica include, di conseguenza, promozione della salute, prevenzione delle malattie e cura dei malati, delle persone con disabilità e del fine vita. Nella sua evoluzione, l'assistenza infermieristica è stata spesso messa in discussione, sebbene oggi è considerata un'attività in continua evoluzione, oltre che una disciplina accademica (Bennett, James & Kelly, 2020). Si tratta di una professione autonoma con norme e valori etici, regolamentati da uno specifico codice deontologico, che ne definisce gli standard.

Ciononostante, l'immagine dell'infermiere è determinata, ancora in gran parte, dal modo in cui gli stessi operatori e gli altri (opinione pubblica) percepiscono l'assistenza. Numerosi studi hanno indicato che l'immagine pubblica degli infermieri spesso differisce dall'immagine che gli stessi hanno dell'assistenza infermieristica. Questa si basa prevalentemente su idee errate e stereotipi, che trovano la loro origine nelle distorsioni che rimandano i media circa il ruolo dell'infermiere. I media, infatti, giocano un ruolo fondamentale, perpetuando lo stereotipo dell'infermiere, per lo più donna, come angelo di misericordia e ancella del medico (Burgos-Saelzer, 2013). Immagini di questo tipo hanno contribuito, negli anni, a idealizzare la figura dell'infermiere come colui, anzi meglio colei, che elargisce cure e affettuosità, ma non è necessariamente legata a un ruolo professionale autonomo di assistenza sanitaria. Sebbene ultimamente tale concezione pubblica sia notevolmente sfumata, gli infermieri/angeli sono ancora parecchio citati nei media, che ne sottolineano le loro virtù empatiche piuttosto che evidenziarne le competenze specialistiche (Kelly, Fealy & Watson, 2012).

L'assistenza infermieristica è ancora rappresentata come una professione femminile, con operatori che svolgono ruoli di supporto ai medici e occupano una posizione subordinata, soprattutto riguardo a compiti che richiedono *decision making* (De Araujo Sartorio & Pavone Zoboli, 2010), relegati quindi a una sorta di *figure-ombra*. Ciononostante, prendere consapevolezza di tale distorsione immaginifica sembra abbia contribuito a creare maggiori opportunità di crescita professionale tra gli stessi operatori sanitari, vittime di stereotipi. Tuttavia, percepirsi come figure professionali non riconosciute per le proprie competenze e capacità può, psicologicamente, avere un impatto negativo sullo sviluppo di un adeguato concetto di sé, che a sua volta può condizionare i livelli di autostima e il senso di autoefficacia dell'operatore (Fletcher, 2007). In particolare, il concetto di sé è strettamente correlato al concetto di sé professionale, prerequisito necessario per lo sviluppo e la strutturazione dell'identità professionale (Arthur & Randle, 2007). L'identità professionale dell'infermiere, nello specifico, può essere definita come l'insieme dei valori e delle credenze che guidano il pensiero, le azioni e le interazioni con il paziente (Fagermoen, 1997). Evidenze scientifiche mostrano come questo aspetto identitario possa riflettere il concetto di sé, che a sua volta risente dell'opinione pubblica circa il ruolo degli infermieri (DeMeis, de Almeida Souza & Ferreira da Silva Filho, 2007). Pertanto, gli operatori sanitari che percepiscono la loro immagine pubblica come negativa è probabile che sviluppino un inadeguato concetto di sé; ciò attiverà, a cascata, pattern comportamentali disfunzionali ai contesti di cura in cui si trovano ad agire, con profondo senso di inadeguatezza. Tale meccanismo distorto continuerà ad alimentare dis-percezioni nell'opinione pubblica, in una sorta di profezia autoavverante (Takase, Maude & Manias, 2006).

L'immagine di sé influisce, tra l'altro, anche sulle relazioni con gli altri professionisti, sulle prestazioni lavorative degli stessi infermieri, condiziona la fiducia della gente nel sistema sanitario e può attivare condizioni di *burnout* e insoddisfazione lavorativa (Rezaei-Adaryani, Salsali & Mohammadi, 2012). L'ambiente di lavoro e il valore che l'operatore attribuisce al proprio lavoro sono, quindi, fondamentali in questo senso. Gli infermieri imparano dalle loro esperienze lavorative e l'interazione professionale con i colleghi, in particolare, è un aspetto ritenuto molto rilevante. Il clima positivo e il confronto con le altre figure professionali favoriscono un elevato senso di competenza e prestazioni professionali migliori, sottolineando l'importanza della pratica professionale nella formazione del professionista sanitario. Attraverso l'interazione con i colleghi, difatti, si apprendono modalità e strategie sempre nuove, in merito all'autoregolazione emotiva e comportamentale e alla gestione e organizzazione del proprio lavoro; aspetti che contribuiscono a mantenere e migliorare il concetto di sé e implementano la crescita personale e professionale (Allen, 2004).

Da quanto detto, si evince il ruolo che l'esperienza diretta e l'opinione degli altri (famiglia, amici, mass media) hanno sull'operatore sanitario e su come lo stesso percepisce la sua professione e il suo ruolo (Glerean, Hupli, Talman & Haavisto, 2017). La rappresentazione "irrealistica" degli infermieri nell'opinione pubblica influenza l'idea stessa dell'assistenza: l'autonomia professionale, la versatilità dei ruoli, la complessità dei compiti da assolvere non sono pienamente riconosciuti all'infermiere moderno, con il rischio che tutto ciò condizioni nello specifico anche le scelte professionali dei giovani e la loro permanenza nei percorsi di studio (Ten Hoeve, Castelein, Jansen, Jansen & Roodbol, 2017).

Secondo Mooney, Glacken e O'Brien (2008), la scelta professionale di intraprendere la carriera infermieristica sarebbe influenzata da spinte altruistiche. Le ragioni per le quali si sceglie di investire in percorsi di formazione altamente specializzati sono prevalentemente intrinseche, in quanto sorrette dal reale desiderio di diventare infermieri, senza dimenticare la sicurezza economica e le numerose opportunità di carriera che offre comunque tale professione. Recenti studi hanno dimostrato che sono soprattutto i giovani in formazione a percepire la professione in maniera non realistica. Soprattutto nei primi anni risentono, di fatto, dei condizionamenti esterni e mediatici; ma tuttavia, sembrano, più dei colleghi anziani, maggiormente predisposti al cambiamen-

to di prospettiva via via che la formazione diventa più accurata e specializzata (Pierrotti, Guirardello & Toledo, 2020; Teresa-Morales, Rodríguez-Pérez, Araujo-Hernández & Feria-Ramírez, 2022).

Proprio in questa direzione, appare utile approfondire e indagare ulteriormente l'opinione dei giovani in formazione, ragionando sulla percezione che questi hanno della professione scelta e verificare se la pratica professionale può rappresentare uno strumento per modificare in senso positivo convinzioni errate o al contrario rafforzare posizioni rigide e intransigenti. Ciò diventa indispensabile soprattutto in un'ottica di formazione, anzi di *educazione* che si vuole *integrale*, ovvero non esclusivamente tecnica e disciplinare, ma in grado di attenzionare, implementandoli, anche quei fattori, competenze e capacità *soft*, che sostengono apprendimenti significativi e scelte professionali consapevoli e congruenti.

2. Metodologia

Obiettivi della ricerca

L'obiettivo della ricerca è valutare la percezione della professione infermieristica, in termini di principi, valori e immagine pubblica, e se e come la formazione universitaria e/o l'immissione in ruolo modifichi tale percezione.

Partecipanti

Hanno partecipato alla ricerca 90 soggetti (30 studenti/matricole iscritti al I anno del CdL in Infermieristica, 30 studenti iscritti al III anno del CdL in Infermieristica, 30 infermieri professionali immessi in ruolo). L'età media dei soggetti del gruppo degli studenti iscritti al primo anno è 20,43 anni (DS=4.523), degli studenti iscritti al terzo anno è di 22,21 anni (DS=1.656), mentre il gruppo degli infermieri immessi in ruolo è di 43,63 anni (DS=10.772). Di questi ultimi, il 73,3% possiede una laurea in Infermieristica; mentre il restante 26,7% è stato immesso in ruolo con altri titoli professionalizzanti. In totale, il gruppo dei partecipanti è composto da 31 uomini (34,4%) e 59 donne (65,6%).

Strumenti

La somministrazione dei questionari è avvenuta con modalità individuale carta-penna; a tutti i partecipanti è stato consegnato il plico contenente l'intero protocollo e sono state fornite tutte le informazioni necessarie per poterlo compilare. Tutti i dati sono stati raccolti rispettando la privacy e l'anonimato dei partecipanti.

A tutti i partecipanti è stato chiesto di compilare i seguenti questionari:

- *Scheda socio-anagrafica* per rilevare le principali informazioni demografiche.
- *Perceptions of Professional Nursing Tool (PPNT)* (Sand-Jecklin & Schaffer, 2006). È un questionario composto da 37 item che misurano la percezione del nursing su scala Likert a 5 punti. La sottoscala "Pratica" valuta il modo in cui si percepisce il ruolo dell'infermiere in ambito sanitario. La sottoscala "Valori" valuta il valore che si attribuisce al nursing. Infine, la sottoscala "Immagine pubblica" valuta la percezione che si ha di come gli altri valutano la professione infermieristica.
- *Views of Nursing* (Valiga, 1982). È un questionario, opportunamente modificato, che comprende 20 item che valutano il modo di percepire l'assistenza infermieristica: tradizionale o specializzata. I punteggi sono espressi su scala Likert a 5 punti. A punteggi elevati corrisponde una percezione dell'assistenza infermieristica come più professionale, mentre punteggi bassi indicano una visione tradizionale.

3. Risultati e discussioni

Per valutare le differenze tra i gruppi, è stata effettuata un'analisi comparativa tra gli studenti/matricole del primo anno, gli studenti iscritti all'ultimo anno e il gruppo degli infermieri già immessi in ruolo, utilizzando il test non parametrico *H di Kruskal-Wallis*. I dati sono stati elaborati tramite il software SPSS 25.0.

Le tabelle seguenti mostrano le medie e deviazioni standard dei punteggi ottenuti, dai diversi gruppi, nelle diverse dimensioni dei questionari *Perceptions of Professional Nursing Tool (PPNT)* e *Views of Nursing*.

Gruppo		N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Matricole CdL Infermieristica	pratica professionale	30	40	63	53,20	5,261
	valori professionali	30	34	53	45,97	4,612
	immagine pubblica	30	23	58	37,03	8,592
Studenti 3 anno CdL Infermieristica	pratica professionale	30	47	62	54,93	4,299
	valori professionali	30	39	54	47,40	4,613
	immagine pubblica	30	14	57	29,60	11,875
Infermieri di ruolo	pratica professionale	30	42	60	52,23	4,804
	valori professionali	30	35	55	45,47	4,925
	immagine pubblica	30	18	61	35,77	11,843

Tabella 1 - statistiche descrittive *Perceptions of professional nursing tool* (Sand-Jecklin et al., 2006)

Gruppo		N	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Matricole CdL Infermieristica	percezione della professione	30	44	91	75,17	8,433
studenti 3 anno CdL Infermieristica	percezione della professione	30	65	92	78,70	6,834
infermieri di ruolo	percezione della professione	30	54	92	74,23	8,063

Tabella 2 - statistiche descrittive *Views of nursing* (Valiga, 1982)

Dall'analisi differenziale tra gli studenti/matricole del primo anno, gli studenti iscritti all'ultimo anno e il gruppo degli infermieri già immessi in ruolo sono emerse differenze significative in alcune dimensioni della percezione professionale. In particolare, i risultati evidenziano che mentre rispetto al ruolo e rispetto ai valori professionali attribuiti alla propria professione non vi sono differenze tra i gruppi, per cui sia gli aspiranti infermieri sia quelli già in ruolo attribuiscono la medesima importanza al ruolo professionale e sembrano essere ispirati dal medesimo quadro valoriale nello svolgimento del proprio lavoro; ciò che cambia significativamente è l'immagine che secondo questi l'opinione pubblica ha della loro professione ($p < .05$). In pratica, gli studenti del primo anno ritengono che la gente abbia un'opinione della loro professione molto più positiva rispetto a quanto pensino gli studenti laureandi e ancor di più quelli che già lavorano da tempo. Come se con il passare del tempo, diminuisca il senso di fiducia e rispetto che si presuppone l'opinione pubblica possa attribuire a una professione così importante come quella del nursing. Ciò potrebbe essere legato a un più generale senso di sfiducia e impotenza che assale molti lavoratori coinvolti nelle professioni di aiuto, ovvero la sindrome del *burnout*.

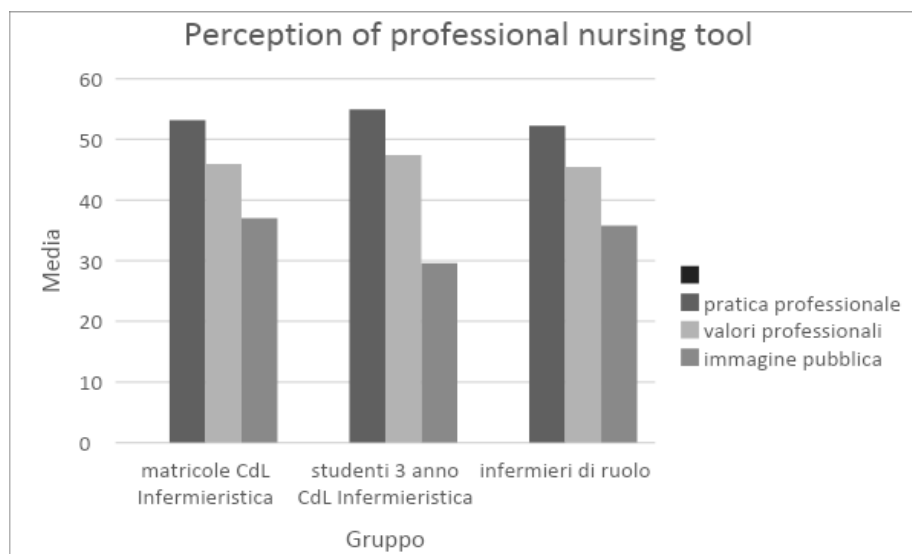


Grafico 1 - La percezione del nursing

Per quanto riguarda, più nello specifico, la percezione della propria professione in senso tradizionale o più specializzato, le analisi indicano che gli studenti ormai prossimi alla laurea, che hanno già quindi concluso un percorso di studi professionalizzante, considerano la professione infermieristica in modo molto più moderno e aggiornato rispetto sia alle matricole sia agli infermieri già inseriti nel mondo del lavoro ($p < .05$). Ciò indica che effettivamente la formazione universitaria sembra modificare in senso generalizzato la visione ancora limitata che i giovani hanno della professione infermieristica, arricchendola di professionalità e accuratezza; sebbene tale visione non sembra mantenersi a lungo nel tempo, scontrandosi molto spesso con la cruda realtà lavorativa e organizzativa dei contesti sanitari che in molti casi lasciano poco spazio all'espressione della competenza e della professionalità dei giovani infermieri specializzati.

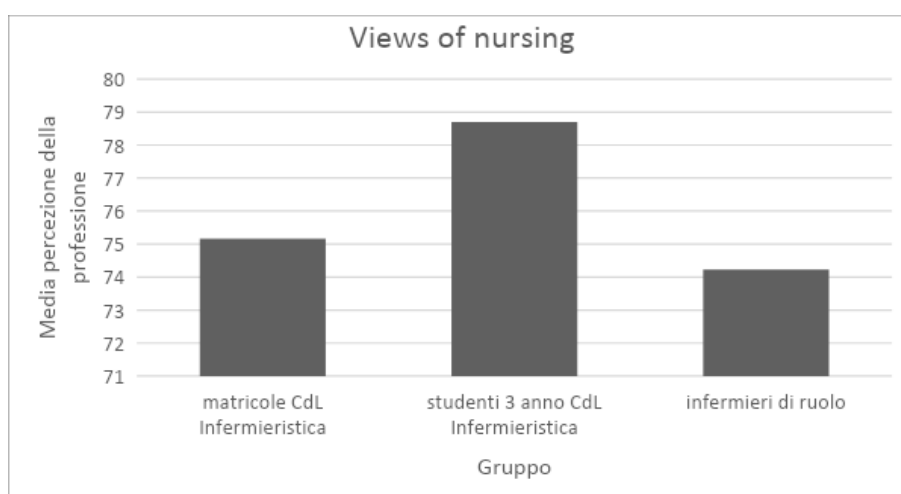


Grafico 2 - Il punto di vista sul nursing

4. Conclusioni e implicazioni educative

Le difficoltà connesse all'inserimento nel mondo del lavoro richiedono un'attenzione particolare, in relazione, soprattutto, al crescente numero di abbandoni in ambito accademico e alle mancate affermazioni professionali. Tali difficoltà nascono da una scarsa consapevolezza, da parte del giovane, delle proprie attitudini, competenze,

ma anche dal valore che lui stesso e l'opinione pubblica attribuiscono alla professione scelta, che in molti casi si traduce nell'uso di strategie decisionali e pattern comportamentali inadeguati e quindi inefficaci. È opportuno, quindi, affinché non si creino situazioni problematiche di disagio, incertezze e sfiducia, che ci sia un armonico equilibrio tra interessi, attitudini, competenze e valori professionali. Questi elementi guidano la scelta della professione e contribuiscono al raggiungimento di un certo grado di stabilità e soddisfazione, favorendo, di conseguenza, l'adattamento personale e sociale dell'individuo. Le capacità attitudinali, gli interessi e determinati aspetti della personalità, come il concetto di sé, l'autostima e il senso di autoefficacia, non soltanto incidono sulla probabilità di successo in particolari ambiti, ma incrementano la motivazione allo studio e al lavoro.

Nel caso specifico della formazione degli infermieri, sono ormai numerosi i corsi di studio universitari, master e dottorati che preparano ad una varietà di ruoli e compiti diversi nell'ambito dell'assistenza sanitaria. Basterebbe essere maggiormente consapevoli della complessità dei ruoli e compiti che può assumere con competenza l'infermiere, per modificare positivamente l'immagine pubblica dell'assistenza infermieristica, conferendo maggiore autorevolezza agli operatori, che nella realtà di quanto emerge da questa ricerca, si mostrano ancora poco fiduciosi delle proprie capacità.

Sarebbe opportuno lavorare, quindi, su aspetti trasversali, quali le abilità comunicative ad esempio, anche attraverso corsi specifici organizzati all'interno dei percorsi universitari. Gli infermieri dovrebbero insistere sulla comunicazione efficace e sulla necessità di dimostrare agli altri le proprie competenze, in termini di *decision making* e *problem solving*. Acquisire una maggiore capacità di "stare dentro" la professione, con autorevolezza e assertività, renderebbe gli operatori, non solo quelli più fragili, molto più visibili fuori e dentro le organizzazioni sanitarie. Sarebbe opportuno, altresì, incentivare maggiore *empowerment*, maggiore autonomia professionale, maggiori opportunità di apprendimento interprofessionale e di confronto tra colleghi, anche a livello internazionale. Per far ciò diventa necessario predisporre ambienti di apprendimento e di lavoro stimolanti, in grado di offrire opportunità di approfondimento e ampliamento delle conoscenze, oltre che di esercizio e pratica della professione.

In tal senso, i risultati ottenuti, se da un lato confermano quanto presente in letteratura (Pierrotti et al., 2020; Teresa-Morales et al., 2022), dall'altro hanno il merito di rimarcare l'influenza dell'immagine pubblica sul concetto di sé e sull'identità professionale degli infermieri, che risentono anche in particolare della qualità dell'ambiente di lavoro, dei valori professionali e della tipologia di formazione ricevuta (tradizionale vs. specializzata). Il contributo, pertanto, apre spunti di discussione sul rapporto tra l'immagine pubblica e il concetto di sé degli infermieri, l'identità professionale e le relative prestazioni lavorative. In effetti, i dati indicano come la formazione specializzata implementi una visione ottimista, soprattutto nei giovani che stanno concludendo il percorso di studi professionalizzante, molto più elevata rispetto alle matricole e ai colleghi già in ruolo, che in molti casi risultano senza formazione specifica. Ciò a dire quanto la formazione al ruolo e alla professione possa essere importante per la strutturazione del profilo del futuro infermiere, sebbene la pratica molto spesso si riveli deleteria e piuttosto che incentivare la gratificazione professionale, favorisce insoddisfazione e disillusione. Quindi, se da un lato la formazione sembra agire positivamente sulla percezione delle proprie competenze, dall'altro tale fattore non riesce ancora a proteggere totalmente dal peso che lo stesso professionista attribuisce all'opinione pubblica, condizionandone con molta probabilità anche gli esiti di carriera.

Un'immagine pubblica negativa può però essere un incentivo a ricercare strategie di successo per migliorare il concetto di sé e per mostrare l'importanza e il valore di questa professione.

In quest'ottica, sarebbe auspicabile predisporre percorsi formativi e professionalizzanti che si focalizzino non solo sulla valutazione della performance in termini di obiettivi raggiunti, ma agiscano sul senso di competenza dell'infermiere.

È sorprendente vedere quanto si sia trasformata la professione infermieristica negli ultimi decenni e come gli infermieri siano riusciti a migliorare la loro professione e le loro prospettive. Il percorso intrapreso però necessita, adesso, di un salto di qualità. La professione ha costruito una base sufficientemente solida di competenze ed esperienze alla quale attingere e l'ambiente offre opportunità uniche. Queste devono essere sfruttate, per fare in modo che il sistema sanitario e le sue aziende non guardino altrove per cercare la soluzione ai propri problemi. Come già detto, la possibilità che questo salto di qualità avvenga è in parte in mano alla professione stessa. Dovrebbero essere gli stessi infermieri a contrastare gli effetti degli stereotipi e migliorare l'immagine pubblica della propria professione, in quanto influisce sul modo in cui gli infermieri percepiscono se stessi (Rubinstein, 2013).

Proprio a partire dai risultati ottenuti, sul fronte della formazione, i percorsi di studio dovrebbero innanzitutto selezionare studenti che abbiano un'idea ben precisa della professione, per poi lavorare affinché si formino professionisti in linea con le esigenze della realtà, in modo che gli studenti possano sperimentare un più alto livello di soddisfazione per la loro scelta. Serve maggiore informazione circa i ruoli e le responsabilità che possono essere attribuite a questa categoria di lavoratori, in modo da poter scegliere il percorso in maniera consapevole. Le organizzazioni sanitarie, d'altro canto, dovrebbero impegnarsi ad offrire agli operatori: adeguato carico di lavoro, una giusta distribuzione dei compiti, migliore organizzazione dei turni di lavoro, il supporto della governance, la collaborazione dei colleghi e delle altre figure professionali, orari di lavoro flessibili.

Infine, è bene sottolineare che la prevenzione al *burnout* per questi professionisti, categoria fortemente a rischio, comincia proprio da misure organizzative e azioni formative, che non puntino solo sull'aspetto prettamente pratico della professione ma tengano in considerazione tutti quei fattori trasversali che potrebbero divenire volano verso la psicopatologia o il benessere. È necessario, pertanto, mettere il professionista nella condizione di poter lavorare al massimo, consegnandogli non solo gli strumenti del suo lavoro, ma soprattutto le strategie che gli consentiranno di affrontare e risolvere eventuali criticità che rimandano a dinamiche personali, di gruppo e interne al contesto lavorativo che deve farsi sempre più inevitabilmente accogliente e inclusivo.

Note

* Patrizia Oliva ha progettato lo studio, analizzato i dati e redatto il contributo. Rosaria Saltalamacchia ha contribuito alla raccolta dati e alla selezione degli strumenti di misura.

¹ Patrizia Oliva è Professore associato M-PED/03 - Università degli studi "Magna Graecia" di Catanzaro.

² Rosaria Saltalamacchia, Dottore in Infermieristica - Università degli studi di Messina.

Riferimenti bibliografici

- Allen, D. (2004). Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*, 11(4), 271-283.
- Arthur, D., & Randle, J. (2007). The professional self-concept of nurses: a review of the literature from 1992-2006. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 60-64.
- Bennett, C. L., James, A. H., & Kelly, D. (2020). Beyond tropes: towards a new image of nursing in the wake of COVID-19. *Journal of clinical nursing*, 29(15-16), 2753-2755.
- Burgos-Saelzer, C. (2013). Nursing care from the perspective of ethics of care and of gender. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(2), 243-251.
- De Araujo Sartorio, N., & Pavone Zoboli, E. L. C. (2010). Images of a 'good nurse' presented by teaching staff. *Nursing Ethics*, 17(6), 687-694.
- DeMeis, C., de Almeida Souza, C., & Ferreira da Silva Filho, J. (2007). House and street: narratives of professional identity among nurses. *Journal of Professional Nursing*, 23(6), 325-328.
- Fagermoen, M. S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 434-441.
- Fletcher, K. (2007). Image: changing how women nurses think about themselves. Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 58(3), 207-215.
- Glerean, N., Hupli, M., Talman, K., & Haavisto, E. (2017). Young peoples' perceptions of the nursing profession: An integrative review. *Nurse Education Today*, 57, 95-102.
- International Council of Nurses - ICN. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. Ginevra.
- Jackson, J., Anderson, J. E., & Maben, J. (2021). What is nursing work? A meta-narrative review and integrated framework. *International Journal of Nursing Studies*, 122, 103944.
- Kelly, J., Fealy, G. M., & Watson, R. (2012). The image of you: constructing nursing identities in YouTube. *Journal of Advanced Nursing*, 68(8), 1804-1813.
- Mooney, M., Glacken, M., & O'Brien, F. (2008). Choosing nursing as a career: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 28(3), 385-392.
- Pierrotti, V. W., Guirardello, E. D. B., & Toledo, V. P. (2020). Nursing knowledge patterns: nurses' image and role in society perceived by students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1-7.
- Rezaei-Adaryani, M., Salsali, M., & Mohammadi, E. (2012). Nursing image: an evolutionary concept analysis. *Contemporary Nurse*, 43(1), 81-89.
- Rubinstein, D. (2013). Professional identity and image as factors that affect the profession. In D. Rubinstein, & N. Tabak (Eds.), *Contemporary Nursing Ethics*. Tel Aviv: Israel, Dyonon Publishing.
- Takase, M., Maude, P., & Manias, E. (2006). Impact of the perceived public image of nursing on nurses' work behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 333-43.
- Ten Hoeve, Y., Castelein, S., Jansen, W. S., Jansen, G. J., & Roodbol, P. F. (2017). Nursing students' changing orientation and attitudes towards nursing during education: A two year longitudinal study. *Nurse Education Today*, 48, 19-24.
- Teresa-Morales, C., Rodríguez-Pérez, M., Araujo-Hernández, M., & Feria-Ramírez, C. (2022). Current stereotypes associated with nursing and nursing professionals: An integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 1-24.
- Woodland, J., Foster, K., & Robertshaw, D. (2022). Nursing in the 21st century: results of a pilot survey on attitudes towards nurses and nursing. *British Journal of Nursing*, 31(4), 230-238.

Le Life Skills e l'apprendimento permanente all'interno dei contesti sanitari: un'indagine con gli studenti di Infermieristica

Gabriele Buono¹, Marino Anfosso², Francesco Sferrazzo³, Stefania Guasco⁴

Keywords

Life Skills, Apprendimento permanente, Infermieri, Promozione della salute, LifeComp

Abstract

La pandemia da SARS-COVID 19 ha rivelato fragilità e lacune nel mondo delle istituzioni: scolastiche per quanto riguarda l'assenza di digitalizzazione e la scarsa conoscenza di metodologie didattiche innovative che superassero la resistente pratica della didattica frontale; sanitarie per il sovraccarico emotivo e di stress che gli operatori sanitari hanno subito con evidenti ricadute sul benessere personale, andando a gravare ulteriormente sull'efficacia delle prestazioni sanitarie e la gestione degli imprevisti, senza che questo fosse supportato da un'adeguata formazione. Questo scenario chiama tali enti e chi li "abita" a mettere in atto un possibile cambiamento: in ordine alle recenti teorie e buone pratiche esistenti in letteratura nazionale e internazionale, l'obiettivo del contributo è comprendere la fattibilità di una progettazione formativa innovativa per studenti universitari e dipendenti sanitari al fine di conoscere, apprendere e apprendere ad apprendere skills di natura non tecnica, per modificare il livello di benessere soggettivo percepito e gestire le esperienze derivanti dall'inedito con competenza.

1. Introduzione

In accordo con la definizione più recente di salute (Agrimi, Carere, Cubadda, Dar, Declich, Dente et al., 2021) e con l'azione strategica del riorientamento dei servizi sanitari (Carta di Ottawa, 1986), al fine di implementare il benessere degli operatori sanitari - strettamente connesso sia alle *policy* sanitarie pubbliche sia con i fattori ambientali e sociali - questo articolo vuole mettere in luce la fondatezza scientifica di un programma di formazione permanente per il personale sanitario che opera all'interno delle aziende sanitarie. La formazione deve essere implementata già a partire dai percorsi universitari per i seguenti motivi: secondo un'indagine ISTAT (2022) i dipendenti sanitari in Liguria hanno mostrato un grado di benessere pari a 7,2/10, uno dei dati più bassi del Nord Italia; inoltre, secondo uno studio scientifico nazionale in pubblicazione, questo dato sarebbe confermato e sarà soggetto a ulteriori approfondimenti anche qualitativi, ma non è questa la sede di discussione. In aggiunta, parrebbe che le *life skills* già introdotte dall'OMS (1993), stiano recentemente diventando oggetto di discussione in alcune aziende sanitarie italiane.

Infine, il documento *LifeComp* (Sala, Punie, Garkov & Cabrera Giraldez, 2020) supporta l'intenzionalità all'innovazione formativa, superando il concetto di *hard* e *technical skills* come competenze essenziali per la pratica professionale, dando più ampio respiro alle *soft skills* e *non-technical skills*, che sono raggruppate in tre aree (*Personal, Social and Learning to Learn*). Sebbene non siano specificate le *life skills*, esse vengono fortemente richiamate dalle competenze appartenenti alle aree di riferimento (Sala et al., 2020) Pertanto, si ritiene che progettare interventi educativi e formativi inerenti le *life skills* possa apportare benefici non solo in termini di co-costruzione del benessere, ma anche nell'esercizio di una flessibilità e apertura (Milani, 2017, pp. 124-129) che alimentano l'apprendere ad apprendere (Sala et al., 2020, p. 9) come elemento cardine del *LifeComp* per il *LifeLong Learning*.

2. Metodo

È stato redatto un questionario online attraverso il Form di Google con domande a risposta chiusa, la cui scala Likert va da 0 (Per niente) a 7 (Moltissimo): la scelta di inserire nelle risposte un valore di 8 punti è stata ponderata rispetto alle differenze di possibilità che ha il campione rispetto a Likert con punteggi dispari (Bosco, 2003). Si specifica che non è stato possibile avvalersi di questionari già validati perché, benché esistano pochi contributi (Ovrebø, Dyrstad & Hansen, 2022; Pires, Monteiro, Pereira, Stocker, Chaló & Melo, 2018) in letteratura scientifica (Imperio & Basso, 2022; De Santis & Stanzione, 2020), nessuno di questi soddisfaceva l'analisi dei bisogni del contesto di riferimento. Il questionario è stato somministrato a 50 studenti del corso di Scienze Infermieristiche dell'Università di Genova presso il Polo Imperiese con sede a Bussana. I dati raccolti sul Form di Google sono rappresentati da grafici quantitativi, mentre la matrice in *Excel* è stata importata nel *software* Jamovi, dal quale è stata condotta l'analisi descrittiva degli *item* del questionario e la verifica di alcune ipotesi generate dal gruppo di lavoro prima della somministrazione del questionario. Al di là di alcune ipotesi specifiche che verranno formulate e verificate successivamente, l'ipotesi generale di partenza è la rilevazione di una parziale conoscenza e consapevolezza di uso delle *life skills* in ambito sanitario.

3. Risultati

Rispetto ad alcuni dati socio-demografici, si può affermare che la popolazione degli studenti di infermieristica è così suddivisa: il numero totale di studenti (N) è pari a 50, di cui 34 femmine (68%) e 16 maschi (32%), per quanto concerne l'età 34 (68%) hanno un'età compresa tra i 19 anni e i 24 anni, 10 (20%) hanno un'età compresa tra i 25 anni e i 29 anni e 6 (12%) hanno un'età superiore o uguale ai 30 anni. Per quanto riguarda il percorso di studio, 17 (34%) frequentano il primo anno universitario, 19 (38%) frequentano il secondo anno mentre 14 (28%) stanno concludendo il proprio percorso di studi. Per l'analisi dei dati, sono state formulate delle ipotesi iniziali sotto riportate.

H1: *Esiste una correlazione positiva tra il sesso e alcune life skills, nello specifico il genere femminile attribuisce maggiore importanza alle categorie emozionali delle Life Skills (Gestione delle emozioni; Gestione dello Stress, Empatia) rispetto al genere maschile.*

Per verificare l'ipotesi, è stata applicata la regressione lineare confrontando il genere femminile con le *life skills* appartenenti alla categoria emozionale nei quattro diversi ambienti.

Sesso	Ambienti	Life skills	IC	p-value	R ²
Femmine	Vita quotidiana	Gestione dello stress	95%	0,011	0,128
		Gestione delle emozioni		0,011	0,128
		Empatia		0,083	0,063
	Pratica sanitaria	Gestione dello stress		0,288	0,024
		Gestione delle emozioni		0,177	0,038
		Empatia		0,818	0,00112
	Ambito sanitario in situazione ordinaria	Gestione dello stress		0,171	0,039
		Gestione delle emozioni		0,106	0,054
		Empatia		0,893	3,78e ⁻⁴
	Ambito sanitario in situazione straordinaria	Gestione dello stress		0,217	0,032
		Gestione delle emozioni		0,220	0,030
		Empatia		0,637	0,005

Fig. 1 - Tabella della Regressione Lineare Genere femminile - Categoria emozionale delle life skills per ambiti diversi

Si osserva che i valori sono tutti superiori al valore soglia di significatività ($p\text{-Value}=0,001$) e i valori di R^2 , che oscilla tra 0 e 1, è molto vicino a 0, per cui l'ipotesi non è confermata.

Le uniche categorie che hanno un $p\text{-Value}$ che si avvicina di più alla soglia di significatività sono: *Gestione dello stress* ($p=0,011$) e *Gestione delle emozioni* ($p=0,011$) nell'area della vita quotidiana; tuttavia, anche se sono valori che potrebbero essere statisticamente significativi, l' R^2 associato mostra una correlazione del solo 12,8 % c.a..

H2: *Esiste una correlazione positiva tra il sesso e alcune life skills, nello specifico il genere maschile sceglie attribuisce maggiore importanza alle categorie relazionali delle Life Skills (Relazioni Interpersonali; Comunicazione Efficace) rispetto al genere femminile.*

Per il controllo di questa ipotesi si applica nuovamente la regressione lineare, confrontando il genere maschile con le *life skills* di carattere relazionale.

Sesso	Ambienti	Life skills	IC	p-value	R ²
Maschile	Vita quotidiana	Relazioni interpersonali	95%	0,169	0,039
		Comunicazione efficace		0,095	0,057
	Pratica sanitaria	Relazioni interpersonali		0,558	0,007
		Comunicazione efficace		0,466	0,011
	Ambito sanitario in situazione ordinaria	Relazioni interpersonali		0,551	0,007
		Comunicazione efficace		0,642	0,005
	Ambito sanitario in situazione straordinaria	Relazioni interpersonali		0,041	0,083
		Comunicazione efficace		0,759	0,002

Fig. 2 - Tabella della Regressione Lineare Genere maschile - Categoria relazionale delle life skills per ambiti diversi

Si osserva che i valori sono tutti superiori al valore soglia di significatività ($p\text{-Value}=0,001$) e i valori di R^2 , che oscilla tra 0 e 1, è molto vicino allo 0, per cui l'ipotesi non è confermata.

Le uniche categorie che hanno un $p\text{-Value}$ che si avvicina di più alla soglia di significatività sono le *Relazioni interpersonali* ($p=0,041$) nell'area dell'ambito sanitario in situazione straordinaria; tuttavia, sono valori ancora troppo alti per essere statisticamente significativi; infatti, anche l' R^2 associato mostra una correlazione dell'8,3 % c.a..

H3: *Esiste una correlazione negativa tra la Creatività e il contesto di riferimento, ovvero che la creatività è percepita più importante nella vita quotidiana rispetto alla pratica professionale in ambito sanitario.*

Per la verifica di questa ipotesi è stata usata L'ANOVA a misure ripetute, confrontando i valori assegnati alla specifica *life skill* *Creatività* e confrontata con i vari ambiti di riferimento come si può osservare nelle figure sottostanti:

Descrittive		
	Media	Mediana
Creatività - vita quotidiana	4.70	5.00
Creatività (2) - Pratica sanitaria	4.46	4.00
Creatività (3) - Ambito sanitario in situazione ordinaria	4.74	5.00
Creatività (4) - ambito sanitario in situazione straordinaria	4.42	5.00

Fig. 3 - Descrittive della Creatività suddivisa per area di riferimento

Confronti a Coppie (Durbin-Conover)				
			Statistiche	p
Creatività	-	Creatività (2)	0.225	0.822
Creatività	-	Creatività (3)	1.215	0.226
Creatività	-	Creatività (4)	0.450	0.653
Creatività (2)	-	Creatività (3)	1.440	0.152
Creatività (2)	-	Creatività (4)	0.675	0.501
Creatività (3)	-	Creatività (4)	0.765	0.446

Fig. 4 - ANOVA a misure ripetute per Creatività

La Fig. 4 mostra che non esiste alcuna correlazione tra la creatività e il valore attribuito rispetto ai vari contesti, in quanto il *p-Value* ha sempre valore superiore alla soglia di significatività ($p=0,05$); inoltre, la Fig. 3 suggerisce che non c'è un rilevante discostamento di valore della media dei punteggi della creatività rispetto ai diversi contesti; anzi sono valori piuttosto omogenei.

H4: *Esiste una correlazione ed è negativa tra il Senso Critico e il contesto di riferimento, ovvero che il senso critico è maggiormente applicato nel contesto sanitario piuttosto che nell'area della vita quotidiana.*

Per la verifica di questa ipotesi è stata utilizzata l'ANOVA a misure multiple, confrontando i valori assegnati alla specifica *life skill* *Senso Critico* e confrontata con i vari ambiti di riferimento come si può osservare nelle figure sottostanti:

La Fig. 5 mostra differenze tra le medie relative alla percezione d'importanza del senso critico nei vari ambienti, tali per cui potrebbero esserci delle correlazioni positive statisticamente significative. Infatti, dalla Fig. 6 emerge che nell'area delle situazioni straordinarie in ambito sanitario, il *Senso Critico* abbia un valore maggiore rispetto alla vita quotidiana ($p<0,001$), all'area delle situazioni ordinarie in ambito sanitario ($p=0,004$) e risulta una correlazione positiva e statisticamente significativa anche rispetto all'area della pratica sanitaria ($p=0,018$). Per cui, si può affermare che l'ipotesi è confermata per gli ambiti appena citati.

Descrittive		
	Media	Mediana
Senso Critico - Vita quotidiana	5.32	5.00
Senso Critico (2) - Pratica sanitaria	5.56	6.00
Senso critico - Ambito sanitario in situazione ordinaria	5.46	6.00
Senso Critico (3) - Ambito sanitario in situazione straordinaria	5.94	7.00

Fig. 5 - Descrittive della Senso critico suddivisa per area di riferimento

Confronti a Coppie (Durbin-Conover)				
			Statistiche	p
Senso Critico	-	Senso Critico (2)	1.463	0.146
Senso Critico	-	Senso critico	0.927	0.356
Senso Critico	-	Senso Critico (3)	3.853	<.001
Senso Critico (2)	-	Senso critico	0.537	0.592
Senso Critico (2)	-	Senso Critico (3)	2.390	0.018
Senso critico	-	Senso Critico (3)	2.927	0.004

Fig. 6 - ANOVA a misure ripetute per Senso critico

Rispetto alle possibilità di ulteriori analisi dei dati e correlazioni di diversi fattori relativi alle categorie del questionario, purtroppo si deve rimandare a diversa sede. In aggiunta, sono state confrontate le medie di ogni *life skill* per ambito di riferimento rispetto all'anno accademico universitario (variabile nominale ordinale) ed è stato rilevato che tra i tre anni per le seguenti categorie: *Creatività* e *Gestione dello stress* per l'area della vita quotidiana; *Creatività* e *Relazioni Interpersonali* per l'area della pratica sanitaria; *Risolvere problemi* e *Creatività* per l'area delle situazioni ordinarie in ambito sanitario e la *Creatività* ed *Empatia* per le situazioni straordinarie in ambito sanitario.

4. Discussione

Questa indagine, rappresentata sinteticamente dai dati appena esposti, vuole mostrare la percezione d'importanza e d'efficacia delle *life skills* in vari ambiti di vita privata e professionale dei futuri infermieri. Negli ultimi anni in ambito sanitario e non, sono stati sviluppati, strumenti di valutazione di alcune specifiche *skills* sia in ambito internazionale (Jans, Bogossian, Andersen & Levett-Jones, 2023; Gibson, Little, Colishaw, Toromon, Forbes & O'Donnell, 2021; Pradeep, Arvind, Ramaiah, Swati, Lavanya, Mutharaju et al., 2019) sia in ambito nazionale (Pignalberi, 2022; Velasco, Celata, Cominelli & Scattola, 2022). È interessante osservare come non vi sia influenza di pensiero che possa portare a *bias* cognitivi nell'attribuire valori a specifiche *life skill* rispetto al sesso di appartenenza, all'età o al percorso formativo universitario. Tuttavia, una bassa importanza attribuita ad alcune *life skill* come la *Creatività* in ogni area insieme a *Prendere decisioni*, *Comunicazione efficace*, *Gestione delle emozioni* e *Gestione dello stress* nella vita quotidiana possono spingere alle seguenti riflessioni. Da una parte, le *skills* sono sempre più indispensabili in area professionale per aumentare le competenze di *management*, competitività e produzione (Sala et al., 2020, p. 57), dall'altra parte si sottostima l'area della vita quotidiana ritenendola meno importante degli ambienti professionali, dimenticando che il benessere secondo l'approccio olistico è trasversale in ogni contesto di vita. In questo scenario, urge introdurre sempre più nei contesti accademici e professionali di area sanitaria conoscenze riguardanti le *life skills* per affrontare più

efficacemente e costruttivamente le situazioni di difficoltà derivanti da fattori esterni ed interni, con capacità di adattamento e di cambiamento di sé rispetto all'ambiente e viceversa. Così facendo, si agisce secondo il principio dell'*agency*, che aiuta a sviluppare la propria autostima ed autoefficacia (Bandura, 1997), affrontando con resilienza e positivamente incidenti critici lungo il percorso formativo e lavorativo.

5. Conclusioni

Rispetto a queste brevi riflessioni e ad alcuni dati emersi, l'obiettivo di questo lavoro non era solo la valutazione della percezione delle *life skills* e dell'auto-percezione di possedere queste vere e proprie competenze (Milani, 2013, pp. 54-105), ma la valutazione della possibilità di costruire percorsi formativi (come l'esperienza dell'Asl Roma 2), utilizzando argomenti basati sulla disciplina insieme a metodologie didattiche (Pescarmona, 2012; Cohen, 1999) e pedagogiche centrate sulla persona (Sala et al., 2020, p. 73) per infermieri in formazione, al fine di promuovere meta-competenze pedagogiche (Milani, 2013, pp. 166-174) quali la riflessività, l'intenzionalità, la progettualità, la rappresentatività e la deontologicità, con la possibilità di estenderlo anche al personale sanitario. Il fine è di promuovere maggiore corresponsabilità, flessibilità (Sala et al., 2020, pp. 32-35), conoscenze e competenze relative alle *life skills* come supporto ad aumentare la *skill 'apprendere ad apprendere'*, necessaria nella formazione permanente e nell'educazione degli adulti in ogni ambito per continuare, parafrasando Freire (1970/2011, p. 73), "ad essere persone e professionisti sanitari in divenire, capaci di coltivare un desiderio di cambiamento e saperlo perseguire, raggiungere e mutuare", orientando il proprio cambiamento rispetto alla complessità multifattoriale dei contesti che viviamo verso obiettivi predefiniti.

Note

* Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi. Si ringrazia i colleghi Cristina Caprile, Sabrina, Anna, Carmelina, Lorenzo Bracco e gli studenti di Infermieristica per aver contribuito a questa indagine.

¹ Gabriele Buono è Pedagogista e Educatore Professionale sociosanitario dell'Asl 1 SSR Liguria.

² Marino Anfosso è Direttore dell'Area Governo Clinico e della S.C. Professioni Sanitarie dell'Asl 1 SSR Liguria.

³ Francesco Sferrazzo è Direttore del Dipartimento di Prevenzione e della S.C. Gestione e Promozione Salute e Sicurezza dell'Asl 1 SSR Liguria.

⁴ Stefania Guasco è Psicologa e Psicoterapeuta dell'Asl 1 SSR Liguria.

⁵ Si osservi l'esempio di Asl Roma 2, la quale ha aderito a un Progetto Pilota Regionale che prevede il progetto formativo "Le Life skills per le professioni sanitarie. Formazione e coaching per team building sanitario allo scopo di migliorare la presa in carico del paziente con patologie croniche: paziente con fratture con fragilità" di Sippi Campania, Giugno-Dicembre 2022.

Riferimenti bibliografici

- Agrimi, U., Carere, M., Cubadda, F., Dar, O., Declich, S., Dente, M. G. et al. (2021). One health-based conceptual frameworks for comprehensive and coordinated prevention and preparedness plans addressing global health threats. In *TF 1-Global Health and Covid-19* (pp. 1-30). Disponibile in: https://www.medilabsecure.com/sites/default/files/2023-02/mls_wp4_policy_brief.pdf [17/06/2023].
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bosco, A. (2003). *Come si costruisce un questionario*. Roma: Carocci.
- Cohen, E. (1999). *Organizzare i gruppi cooperativi. Ruoli, funzioni, attività*. Trento: Erickson.
- Costa-Leal, C., Carrasco-Guirao, J. J., Adànez-Martinez, G. M., Diaz-Agea, L. J., Ramos-Morcillo, J. A., Ruzafa-Martinez, M. et al. (2023). Development and psychometric testing of the non-technical skills scale in medical and surgical hospital units for nursing students. *Nurse Education Today*, 67, 1-7.
- De Santis, C., & Stanzione, I. (2020). Percezione delle soft skills. Adattamento e try-out del 3SQ - Soft Skills self-evaluation Questionnaire per studenti della scuola secondaria di primo grado. *Italian Journal of Educational Research*, 25, 63-73.
- Dube, B., & Laari, L. (2017). Nursing students' perceptions of soft skills training in Ghana. *Curationis*, 40(1), 1-5.
- Ferreres-Galàn, V., Navarro-Haro, V. M., Peris-Baquero, O., Guillén-Marín, S., de Luna-Hermoso, J., & Osma J. (2022). Assessment of Acceptability and initial effectiveness of a unified protocol prevention program to train emotional regulation skills in female nursing professionals during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 1-14. Disponibile in: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/9/5715> [17/06/2023].
- Freire, P. (2011). *Pedagogia degli oppressi* (L. Bimbi, Trans). Torino: Gruppo Abele. (Original work published 1970).
- Fuglsang, S., Bloch, W. C., & Selberg, H. (2022). Simulation training and professional self-confidence: A large-scale study of third year nursing students. *Nurse Education Today*, 108, 1-7.
- Gibson, K., Little, J., Colishaw, S., Toromon, I. T., Forbes, D., & O'Donnell, M. (2021). Piloting a scalable, post-trauma psychosocial intervention in Tuvalu: the Skills for Life Adjustment and Resilience (SOLAR) program. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1-15.
- Imperio, A., & Basso, D. (2022). La cornice di apprendimento TASC per l'educazione alle competenze "non cognitive": Applicazioni nelle scuole di ogni ordine e grado. *Italian Journal of Educational Research*, 29, 92-104.
- Jans, C., Bogossian, F., Andersen, P., & Levett-Jones, T. (2023). Examining the impact of virtual reality on clinical decision making - An integrative review. *Nurse Education Today*, 125, 1-11.
- Jiménez-Rodríguez, D., Molero Jurado, M. D. M., Pérez-Fuentez, M. D. C., Arrogante, O., Oropesa-Ruiz, N. F., & Gázquez-Linare, J. J. (2022). The effects of a Non-technical skills training program on emotional intelligence and resilience in undergraduate nursing students. *Healthcare*, 10(5), 1-10.
- Liu, H. Y. (2022). Promoting creativity of nursing students in different teaching and learning settings: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 108, 1-6.
- Milani, L. (2013). *Collettiva-Mente. Competenze e pratica per le équipe educative*. Torino: SEI.
- Milani, L. (2017). *Competenza pedagogica e progettualità educativa*. Brescia: La Scuola.

- Ovrebo, J. L., Dyrstad, N. D., & Hansen, S. B. (2022). Assessment methods and tools to evaluate postgraduate critical care nursing students' competence in clinical placement. An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 58, 1-14.
- Pellerey, M. (2023). Sulle competenze, e in particolare su quelle personali dette spesso soft skills: il loro ruolo nel mondo del lavoro. *Form@re-Open Journal per la formazione in rete*, 23(1), 5-20.
- Pescarmona, I. (2012). *Innovazione educativa tra entusiasmo e fatica: un'etnografia dell'apprendimento cooperativo*. Roma: CISU.
- Pignalberi, C. (2022). L'apprendere ad apprendere come life skills. La rappresentazione dei volontari del Servizio Civile in un contesto locale. *Form@re-Open Journal per la formazione in rete*, 22(3), 179-191.
- Pires S. M. P., Monteiro, S. O. M., Pereira, A. M. S., Stocker, J. N. M., Chaló D. M., & Melo, E. M. O. P. (2018). Non technical skills assessment scale in nursing: construction, development and validation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 1-8. Disponibile in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6136549/> [17/06/2023].
- Pradeep, S. B., Arvind, A. B., Ramaiah, S., Swati S., Lavanya, G., Mutharaju, A. et al. (2019). Quality of a life skills training program in Karnataka, India - a quasi experimental study. *BMC Public Health*, 19(489), 1-9.
- Sala, A., Punie, Y., Garkov, V., & Cabrera Giraldez, M. (2020). *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- SiPGi. (2022). *Le life skills per le professioni sanitarie. Formazione e coaching per team building sanitario allo scopo di migliorare la presa in carico del paziente con patologie croniche: paziente con fratture con fragilità*. Disponibile in: <https://www.sipgicampania.it/index.php/it/formazione/coaching/le-life-skills-per-le-professioni-sanitarie>.
- Sirevag, I., Aamodt, H. K., Mykkeltveit, I., & Bentsen, B. S. (2021). Student supervision using the Scrub Practitioners' List of Intraoperative Non-Technical Skills (SPLINTS-no): A qualitative study. *Nurse Education Today*, 97, 1-6. Disponibile in: <https://www.sciencedirect.com/journal/nurse-education-today/vol/97/suppl/C> [17/06/2023].
- Vedovelli, C. (2022). Ambienti di apprendimento che potenziano il funzionamento cognitivo degli studenti. *Form@re-Open Journal per la formazione in rete*, 22(1), 322-339.
- Velasco, V., Celata, C., & Griffin, W. K. (2021). Multiple health behavior programs in school settings: strategies to promote transfer-of-learning through life skills education. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-9. Disponibile in: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.716399/full> [17/06/2023].
- Velasco, V., Celata, C., Cominelli, S., & Scattola, P. (2022). Life skill education at the time of COVID-19: perceptions and strategies of Italian expert school educators. *Health Education Research*, 36 (6), 615-633.
- Wevling, A., Olsen, F. B., Nygaard, M. A., & Heiberg, T. (2023). Knowledge and awareness of non-technical skills over the course of an educational program in nursing - A repeated cross-Sectional study. *Advances in medical education and Practise*, 14, 31-41. Disponibile in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9840371/> [17/06/2023].

Lo sviluppo delle *life skills* nella classe di lingua LS/L2*

Ivana Fratter¹, Nadia Fratter²

Keywords

Life skills, Apprendimento/insegnamento delle lingue, Dinamica di gruppo, Analisi Transazionale, QCER Volume Complementare

Abstract

Empatia, problem solving, decision making, comunicazione efficace sono alcune delle competenze menzionate nei principali documenti europei che si occupano di educazione e formazione (Unione Europea, 2018; Competenze chiave per l'apprendimento permanente, 2019; LifeComp, 2020). Per quanto concerne in modo specifico la formazione linguistica nel Volume Complementare (QCER-Vc 2020) sono presenti alcuni descrittori nei quali si fa riferimento a competenze, abilità e strategie che possono essere ricondotte alle cosiddette life skills, ovvero le competenze per la vita.

Obiettivo di questo articolo è illustrare come l'insegnante di lingua possa sviluppare le life skills, solo attraverso una gestione consapevole del gruppo classe (dinamica di gruppo) e grazie alla conoscenza di alcune teorie della personalità quale è l'Analisi Transazionale (Berne 1961; 1964), che può fornire all'insegnante strumenti specifici per favorire la creazione di una efficace piattaforma comunicativa nel gruppo classe. In questo articolo si illustreranno alcuni suggerimenti di gestione delle classi di lingua per lo sviluppo delle life skills negli apprendenti giovani adulti e adulti sulla base dei descrittori del QCER-Vc e il Framework LifeComp.

1. Introduzione

L'insegnamento/apprendimento di una lingua implica il possesso di specifiche competenze che riguardano il *sapere* (conoscenza del codice lingua: competenza linguistica), il *saper fare* (uso della lingua: competenza sociolinguistica), il *saper essere* (uso della lingua nell'interazione: competenza pragmatica) ma anche il *saper apprendere*, sviluppando abilità, strategie per stabilire relazioni con altre persone (mediazione) (QCER-Vc, 2020, p. 31). Si tratta di abilità e strategie utili non solo nel contesto di apprendimento ma necessarie, se non indispensabili, anche nella vita in generale: si tratta delle cosiddette *life skills* ovvero di quelle competenze e abilità che aiutano a mettere in atto un comportamento adattivo e positivo e che sono necessarie a qualsiasi persona per affrontare in modo efficace le difficoltà e le sfide della vita quotidiana (WHO, 1997). Per quanto riguarda in modo specifico le competenze e le abilità utili all'ambito formativo/educativo il documento *Life-Comp. The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn. Key Competence* (Sala, Punie, Garkov & Cabrera Giraldez, 2020) oltre alle *life skills* indicate nel documento dell'OMS (WHO, 1997) presenta altre competenze relative all'area denominata *Learn to learn* (imparare ad apprendere) in cui si trova la capacità di gestire l'apprendimento (*managing learning*) e che dovrebbero anch'esse essere sviluppate.

Scopo di questo articolo è illustrare in che modo l'insegnante possa aiutare a sviluppare e a esercitare le *life skills* nei propri studenti integrandole nei corsi di lingua.

Nella prima parte del presente articolo si illustreranno i concetti chiave relativamente alle *life skills*, alle *soft skills* e alle «competenze chiave» nei principali documenti europei per la formazione permanente e per lo sviluppo della cittadinanza (*Quadro Comune di Riferimento europeo per le lingue: apprendimento, insegnamento, valutazione. Volume complementare*, QCER, 2020; *LifeComp 2020*; *Raccomandazione sulle competenze chiave per l'apprendimento permanente*, Unione Europea, 2018), inoltre si porrà l'attenzione sulla

gestione attenta e consapevole delle dinamiche di gruppo al fine di sostenere lo sviluppo di *life skills* nell'apprendimento delle lingue.

Nella seconda parte si illustreranno alcuni dei concetti di base del quadro teorico dell'Analisi Transazionale (Berne, 1961; 1964; Steward & Jones, 1987) utili agli insegnanti come modello di riferimento per gestire la comunicazione nel gruppo classe nonché le relative transazioni tra e con gli apprendenti.

Infine, nella terza parte dell'articolo si presenterà in che modo l'insegnante possa sviluppare le *life skills* attraverso l'utilizzo del quadro di riferimento *LifeComp* (2020)³.

2. Competenze chiave e *life skills* per l'apprendimento delle lingue

Lo sviluppo di competenze chiave per l'apprendimento permanente è una delle priorità contenute nella *Raccomandazione* del Consiglio d'Europa in cui si afferma che "è necessario che le persone possiedano il giusto corredo di abilità e competenze per mantenere il tenore di vita attuale, sostenere alti tassi di occupazione e promuovere la coesione sociale in previsione della società e del mondo del lavoro di domani" (Unione Europea, 2018, p. 1). L'insieme di abilità e competenze menzionate nel documento, sono nello specifico "*problem solving*, pensiero critico, capacità di cooperare, creatività, pensiero computazionale, autoregolazione" (Unione Europea, 2018, p. 2).

Prima di addentrarsi nell'analisi specifica di alcuni documenti europei, è necessario chiarire taluni termini utilizzati prevalentemente in inglese e spesso come sinonimi, termini quali: *soft skills*, *life skills* e *key competences*. In letteratura è possibile trovare definizioni multiple e intercambiabili su *life skills*, *key competences* e *soft skills*. Il primo termine *life skills* si trova nel documento *Life Skills Education for children and adolescents in Schools of the World Health Organization* (WHO, 1997), nel quale è presente la seguente definizione: "abilities for adaptive and positive behaviour, that enable individuals to deal effectively with the demands and challenges of everyday life" (WHO, 1997, p. 1). Si tratta, pertanto, di competenze e abilità utili non solo nel contesto educativo ma che riguardano la vita di tutti.

Le *life skills* vengono ulteriormente raggruppate nelle seguenti cinque aree (Tabella 1):

Area	Sphere	Life skills
1	cognitive	Decision making
	cognitive	Problem solving
2	cognitive	Creative thinking
	cognitive	Critical thinking
3	relational	Effective communication
	relational	Interpersonal relationship skills
4	emotional	Self-awareness
	relational	Empathy
5	emotional	Coping with emotions
	emotional	Coping with stress

Tabella 1 - The life skills and the areas (adattato da WHO, 1997, p. 4)

Le *life skills* sono quindi definite come abilità connesse con azioni e comportamenti che le persone svolgono, anche inconsapevolmente, nella loro vita quotidiana, nell'interazione con gli altri e con gli eventi. Si tratta di competenze strettamente connesse con la sfera emotiva, relazionale e cognitiva delle persone.

Per quanto riguarda le *life skills* legate alle sfera emotiva, le seguenti abilità possono essere incluse all'interno di questo gruppo: autoconsapevolezza, capacità di affrontare le emozioni, capacità di affrontare lo stress; le *life skills* legate alle sfera relazionale sono la competenza empatica, la comunicazione efficace e le competenze relazioni; e infine, per le *life skills* legate alle sfera cognitiva, si fa riferimento alla risoluzione dei problemi, al processo decisionale, al pensiero critico e al pensiero creativo. L'apprendimento/insegnamento di tali competenze ha come obiettivo primario il benessere psicofisico delle persone.

Per quanto riguarda il concetto di «competenza chiave» nel documento intitolato *The definition and Selection of key Competences: executive Summary of Organization for economic Co-operation and development* (OECD, 2005, p. 4) possiamo leggere la seguente definizione:

A competency is more than just knowledge and skills. It involves the ability to meet complex demands, by drawing on and mobilizing psychosocial resources (including skills and attitudes) in a particular context. For example, the ability to communicate effectively is a competency that may draw on an individual's knowledge of language, practical IT skills and attitudes towards those with whom he or she is communicating.

Il termine *competenza* include quindi *abilità, attitudini* e anche *conoscenze*. Allo stesso modo, nel documento intitolato *Raccomandazione*, “le competenze sono definite come una combinazione di conoscenze, abilità e attitudini” (Unione Europea, 2018, p. 7) dove:

- la conoscenza è composta da fatti e cifre, concetti, idee e teorie che sono già stabiliti e supportano la comprensione di una certa area o argomento
- le competenze sono definite come la capacità e la capacità di svolgere processi e utilizzare le conoscenze esistenti per ottenere risultati
- gli atteggiamenti descrivono la disposizione e la mentalità ad agire o reagire a idee, persone o situazioni

E, infine, si osservi la seguente definizione di *soft skills* tratta dal dizionario *Oxford Reference*⁴: “Are competencies that employees possess associated with activities such as customer handling, communication, problem-solving, and teamworking. According to various surveys, these soft skills are considered by employers to be of very high importance and (in the UK) sadly lacking amongst new recruits”.

In questa definizione, si parla di ‘comunicazione’, di *problem solving* analogamente alle citate *life skills*. Ma più in generale, il termine *soft skills* è utilizzato prevalentemente in contrapposizione con *hard skills*, ovvero competenze tecniche (*hard*) rispetto a competenze relative all’area personale e sociale (*soft*). Tuttavia, nonostante le *hard skills* - proprio perché legate a competenze tecniche oggettive, misurabili e quantizzabili (Boffo, Lavarone & Nuzzaci, 2022) - richiedano di essere apprese, nondimeno si richiede per le *soft skills*; infatti *soft skills*, come per esempio la capacità di risolvere problemi (*problem solving*), non possono essere considerate abilità innate ma richiedono una formazione specifica per acquisire le relative competenze, tecniche e strategie efficaci⁵ per la loro “messa in azione”.

Infine, il documento *LifeComp* (2020) raccoglie al suo interno tutte le *life skills* e tra le varie competenze listate sono citate anche le competenze socio-emotive (*Socio-emotional competences*) delle quali si legge “can be defined within three basic areas, mainly related to personal and social aspects: achieving goals & building on personal strengths; working with others & maintaining healthy relationships; and managing emotions” (*LifeComp*, 2020, p. 16). Si tratta nello specifico di competenze strettamente connesse alla relazione con l’Altro.

Sebbene le diverse terminologie abbiano delle specificità e presentino delle differenze tra di loro o dei diversi gradi di declinazione del termine come illustrato nel documento *LifeComp* (2020, p. 18; Tab. 3), in questo articolo si utilizzerà il termine *life skills* come un iperonimo che include anche le altre definizioni pur tenendo conto delle differenze insite in esse.

Nelle pagine che seguono si osserverà come l'insegnamento/apprendimento di una L2/LS sia strettamente correlato al possesso delle *life skills*, sia da parte dell'insegnante che dell'apprendente.

2.1. Le *life skills* per l'insegnamento linguistico nel Volume Complementare del QCER

Per quanto riguarda la formazione linguistica e lo sviluppo delle *life skills*, l'aggiornamento del QCER Volume Complementare del 2020 (d'ora in poi QCER-Vc), presenta non solo approfondimenti, ma anche numerose novità rispetto al Quadro di Riferimento Europeo per le lingue del 20016 (d'ora in poi QCER). In particolare, il nuovo documento tiene conto di alcuni aspetti che vanno oltre l'apprendimento/insegnamento delle lingue e che coinvolgono l'apprendente nella sua interezza, nell'interazione durante il processo di comunicazione (il *saper essere* e il *saper apprendere*). In particolare è proprio nei descrittori di *Mediazione* che le attività di mediazione sono ulteriormente specificate in tre sotto-competenze, due delle quali, *Mediare a livello concettuale* e *Mediare a livello comunicativo* (Figura 1) sono più chiaramente correlate allo sviluppo delle relazioni interpersonali e al lavoro in *team* richiedendo il possesso di specifiche *life skills*.

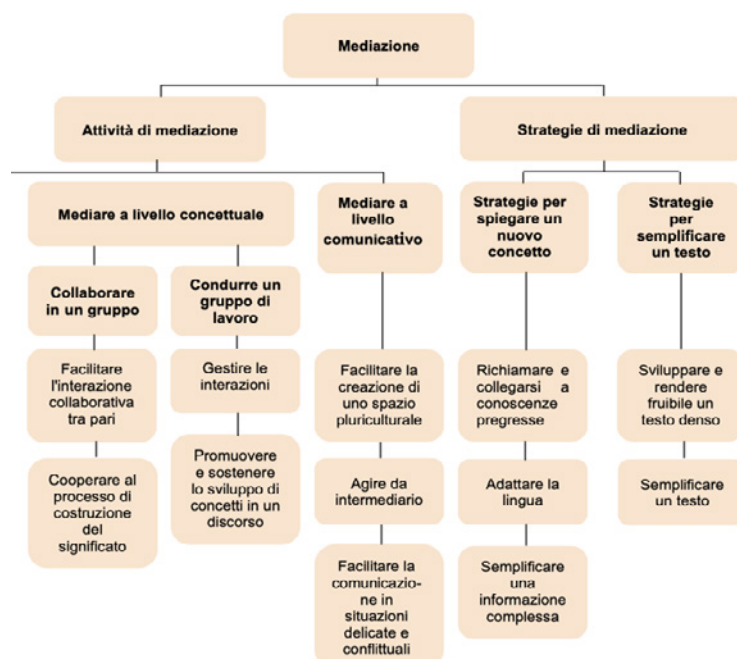


Figura 1 - Mediazione (QCER-Vc 2020, p. 101)

Tuttavia, come si illustrerà nelle pagine seguenti, i descrittori del QCER-Vc non specificano in modo chiaro il tipo di *life skill* necessario per l'acquisizione di una determinata competenza e analogamente il documento, per sua natura⁷, non fornisce la metodologia da utilizzare per lo sviluppo delle stesse. Spetta dunque all'insegnante, come esperto della disciplina, individuare le metodologie per avviare un processo di formazione integrato tra sviluppo della lingua e sviluppo delle *life skills*.

L'analisi dei descrittori di *Mediazione* del QCER-Vc (Figura 1) proposta da Fratter e Fratter (2020) ha fornito un importante contributo nell'individuazione e nella listatura delle *life skills* necessarie a sostegno delle compe-

tenze nei singoli descrittori di competenza. Per chiarire meglio il concetto, si analizzi per esempio il descrittore di livello C1 denominato *Collaborare in un gruppo* (Mediare a livello concettuale) in cui è richiesta l'interazione collaborativa tra pari e in cui l'apprendente "È in grado di sviluppare l'interazione e aiutare a guidarla, con tatto, verso una conclusione" (QCER -Vc 2020, p. 121). Come indicato da Fratter et al. (2020) 'Aiutare con tatto' non è un fatto solo linguistico, ma passa attraverso abilità relazionali, sociali e pragmatiche e implica, inoltre, che siano possedute e vengano gestite adeguatamente le norme sociali e culturali necessarie a mettere in atto l'«agire con tatto» nel contesto culturale di riferimento. Questo descrittore richiede, inoltre, anche la capacità di mettere in atto le *life skills* della comunicazione efficace e della relazione interpersonale (Tabella 1 - *effective communication; interpersonal relationship skills*) come, per esempio, la *comunicazione assertiva*⁸.

Proseguendo nella lettura dei descrittori di *Mediazione*, nel descrittore denominato *Collaborare per costruire il significato* si possono trovare elencate numerose *life skills*, ad esempio la capacità di risolvere problemi, la capacità di prendere decisioni. Nel descrittore di livello B2+ si legge: "È in grado di contribuire al processo decisionale collaborativo e alla risoluzione di problemi, esprimendo e sviluppando collettivamente idee, spiegando dettagli e formulando suggerimenti per azioni future" (QCER-Vc, 2020, p. 119). Pertanto, come evidenziato, le competenze linguistiche descritte sono spesso strettamente legate a competenze di tipo relazionale e inter-relazionale (*life skills*) che devono essere esercitate trasversalmente e consapevolmente nelle attività linguistiche in classe.

Tali competenze relazionali possono certamente far parte dell'acquisizione basata sull'esperienza (apprendimento informale) ma non lo sono in modo esclusivo, poiché molte di esse richiedono di essere apprese anche attraverso specifici percorsi formativi (apprendimento formale e apprendimento non formale) soprattutto nel caso in cui si tratti di gruppi di formazione multiculturali per i quali è proprio attraverso un uso non adeguato sul piano pragmatico della lingua che si possono creare degli incidenti interculturali. La classe di lingua può essere il luogo privilegiato per la crescita personale sia dell'individuo all'interno del gruppo che del gruppo nel suo insieme e, in particolare, nei gruppi multiculturali e multilingue dove le differenze costituiscono uno dei tratti costitutivi principali dei gruppi stessi e dove l'apprendimento delle lingue richiede prima di tutto una comunicazione efficace tra i membri del gruppo classe.

Pertanto, a partire dall'analisi dei descrittori del QCER-Vc presentata nel volume *Dinamica di gruppo per lo sviluppo delle life skills* (Fratter et al., 2020), viene messa in evidenza la necessità che gli insegnanti approntino attività per lo sviluppo delle *life skills* integrate con l'insegnamento della lingua. Nel volume di Fratter et al. (2020) sono stati individuati dei possibili percorsi di formazione per insegnanti di lingue che, attraverso l'applicazione dei descrittori di *Mediazione* del QCER-Vc, permettono di sviluppare le *life skills* in modo integrato nei percorsi linguistici (Tabella 1).

Area e Life skills (WHO 1997)	Riferimenti presenti nel QCER Volume Complementare (2020)	Skills e strategie richieste
Area 1		
Decision making	Condurre il lavoro di gruppo > Gestire le interazioni - Liv. C2 (p. 122) "È in grado di <i>intervenire diplomaticamente per riorientare il dibattito</i> , evitando che una persona domini o affrontando un comportamento destabilizzante".	Leadership e dinamica di gruppo
Problem solving	Collaborare in un gruppo > Cooperare al processo di costruzione del significato - Liv. B2 (p. 120) "È in grado di contribuire al <i>processo decisionale</i> collaborativo e alla <i>risoluzione di problemi</i> , esprimendo e sviluppando collettivamente idee, spiegando dettagli e formulando suggerimenti per azioni future".	Risoluzione di problemi
Area 2		
Critical thinking Cognitive thinking	Condurre il lavoro di gruppo > Promuovere e sostenere lo sviluppo di concetti in un discorso - Liv. C2 (p. 122) "È in grado di <i>guidare con efficacia lo sviluppo delle idee</i> in una discussione su argomenti astratti e complessi, orientando il dibattito ponendo domande mirate e incoraggiando i partecipanti ad approfondire il loro ragionamento".	Prendere decisioni
Area 3		
Effective communication	Facilitare la comunicazione in situazioni delicate e conflittuali - Liv. B2+(p. 271) ⁹ "È in grado di ricorrere a <i>ripetizioni</i> o <i>parafrasi</i> per mostrare una comprensione completa delle posizioni di ciascuna parte per raggiungere un accordo".	Tecniche di comunicazione non direttiva
	Collaborare in un gruppo > facilitare l'interazione collaborativa tra pari - Liv. C1 (p. 119) "È in grado di sviluppare l'interazione e <i>aiutare a guidarla, con tatto</i> , verso una conclusione".	Assertività
Interpersonal relationship skills	Condurre il lavoro di gruppo > gestire le interazioni - Liv. B2 (p. 122) "È in grado di <i>organizzare</i> e <i>gestire</i> in modo efficace un <i>gruppo di lavoro collaborativo</i> ".	Gestire gruppi/dinamica di gruppo
	Condurre il lavoro di gruppo > gestire le interazioni - Liv. C2 (p. 122) "È in grado di <i>assumere diversi ruoli</i> in funzione dei bisogni dei partecipanti e dell'attività da svolgere (<i>consulente, mediatore, supervisore</i> ecc.) e di fornire un sostegno individualizzato appropriato".	Leadership situazionale e distribuita
Area 4		
Empathy	Mediare a livello comunicativo > facilitare la creazione di uno spazio pluriculturale - Liv. B1+ (243) "È in grado di far emergere soluzioni possibili dalle parti in disaccordo per aiutarle a raggiungere un consenso, <i>formulando domande aperte</i> e neutre per minimizzare imbarazzi o offese".	Ascolto empatico
Area 5		
Coping with emotion, coping with stress	Facilitare la comunicazione in situazioni delicate e conflittuali - Liv. C2 (p. 127) "È in grado di <i>gestire con tatto</i> un partecipante che interviene in modo polemico e distruttivo, inquadrando diplomaticamente ogni osservazione in relazione alla situazione e alle percezioni culturali".	Gestire conflitti

Tabella 2 - The *life skills* per l'insegnamento delle lingue (adattato e ampliato da Fratter et al., 2020, p. 16) (Fratter, 2021, pp. 164-165)

Nella prima colonna della tabella (Tabella 2) vengono evidenziate le competenze che emergono dai descrittori del QCER-Vc, nella seconda colonna si trova la corrispondenza con le *life skills* menzionate nel documento dell'OMS (WHO, 1997) e infine, nella terza colonna sono indicate le competenze, le abilità e le strategie corrispondenti che l'insegnante dovrebbe sviluppare nel gruppo classe. Tali abilità possono essere apprese non solo attraverso la pratica ma anche attraverso la formazione di tipo formale. Ne consegue che gli insegnanti debbano dapprima essere formati loro stessi nell'acquisizione personale delle *life skills* e nella gestione delle stesse nel gruppo classe. Infatti, dapprima gli insegnanti stessi devono essere in grado, per esempio, di comunicare in modo efficace, di mostrare empatia verso l'Altro, di utilizzare il pensiero critico per la risoluzione di problemi. Comunicare efficacemente è un prerequisito fondamentale per la professione docente, ma ci si deve chiedere che cosa significhi realmente comunicare efficacemente e in che modo ciò si realizza; da qui la necessità di avere dei modelli teorici di riferimento.

Tra le diverse teorie psicologiche relative alle personalità, l'Analisi Transazionale (d'ora in poi AT) (Berne, 1961) offre un interessante e utile modello di riferimento per lo sviluppo di una comunicazione efficace utilizzabile anche nei contesti educativi quali il gruppo classe.

3. Concetti base dell'Analisi Transazionale

Il particolare interesse per l'AT nel campo della formazione riguarda specificamente: a) il modello di personalità «Modello Genitore-Adulto-Figlio» (GAB) (Berne, 1961; Steward et al., 1987), b) la teoria degli Stati dell'Io, che descrivono i comportamenti, i pensieri e le emozioni delle persone; c) e la teoria delle transazioni secondo la quale la comunicazione avviene attraverso gli Stati dell'Io.

L'AT è una teoria della comunicazione che può aiutare insegnanti e studenti a condurre una comunicazione chiara, efficace e aiuta a prevenire scontri improduttivi, ma soprattutto è una teoria che può essere utilizzata se si ha necessità di capire le persone osservandole in modo più attento attraverso un modello di riferimento e di avere con esse una comunicazione efficace (Stewart & Joines, 1987). Particolarmente interessanti sono i seguenti assunti su cui si basa la teoria dell'AT:

- “Ogni persona è OK”: ciò significa che ogni persona ha valore e dignità (le persone sono intrinsecamente OK)
- “Tutti possono pensare”: tutti gli esseri umani hanno la capacità di pensare, sentire e agire
- “Ogni persona è in grado di decidere il proprio destino”: vale a dire che le decisioni prese possono essere cambiate e ogni persona è responsabile delle proprie emozioni e dei propri comportamenti

Prima di esaminare il modello di transazione secondo l'AT, si presenterà brevemente la Teoria degli Stati dell'Io necessaria a capire come le transazioni, vale a dire gli scambi comunicativi, tra due persone (tra studente e insegnante così come tra studenti) possano essere interpretate. Nel presente contributo, la descrizione del modello funzionale degli Stati dell'Io fornisce esclusivamente una parte semplificata della teoria, utile per capire sia il modello di riferimento e sia lo schema di analisi che può essere utilizzato anche dagli insegnanti per esaminare le interazioni tra le persone.

3.1. Gli Stati dell'Io

Secondo l'AT, ogni Persona ha tre Stati dell'Io: Stato dell'Io Genitore, Stato dell'Io Adulto, Stato dell'Io Bambino. Gli stati dell'Io vengono rappresentati attraverso tre cerchi (Figura 2):

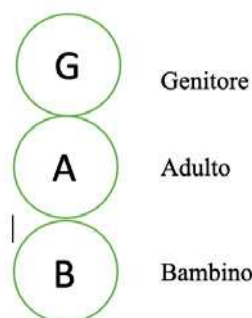


Figura 2 - Gli Stati dell'Io

Uno Stato dell'Io è visto come un insieme coerente di sentimenti ed esperienze legati a un insieme coerente di modelli comportamentali (Berne, 1961). Gli Stati dell'Io costituiscono la personalità di un individuo e sono osservabili attraverso determinati comportamenti, come le parole, la voce, i gesti, le posture e gli atteggiamenti. Nello specifico, quando una persona si trova, per esempio, nel suo Stato dell'Io Genitore (G), esso sarà riconoscibile poiché userà un linguaggio direttivo, mostrerà un'espressione accigliata, avrà un atteggiamento valutativo verso il suo interlocutore e avrà un tono di voce piuttosto critico. Quando una persona è nel suo Stato dell'Io Adulto (A), userà parole strettamente connesse agli elementi oggettivi dei fatti e della situazione, avrà un tono di voce neutro, avrà una postura eretta e un atteggiamento vigile. Infine, quando una persona è nel suo Stato dell'Io Bambino (B), userà parole vicine all'emotività, alle sensazioni e ai desideri, il tono di voce sarà energico, i gesti saranno spontanei, la postura sarà rilassata e mostrerà un atteggiamento curioso.

È proprio grazie all'osservazione dei comportamenti e delle azioni degli studenti che l'insegnante può riconoscere i diversi Stati dell'Io attraverso i quali uno studente interagisce con i compagni di classe o con l'insegnante stesso. L'allenamento alla consapevolezza degli Stati dell'Io può essere utile all'insegnante per fungere da *modeling* nella relazione con lo studente, ma al tempo stesso l'allenamento all'osservazione dei comportamenti permette all'insegnante di comprendere meglio i tipi di transazioni (comunicazioni) che avvengono tra i membri del gruppo classe e ad agire per intervenire in situazioni critiche, come verrà illustrato nelle pagine che seguono.

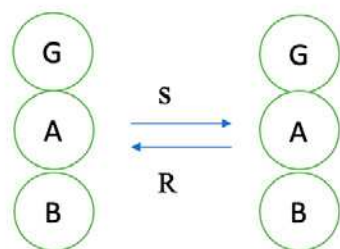
3.2. Le transazioni nell'AT

Una parte fondamentale del quadro teorico dell'AT riguarda proprio le transazioni tra persone. In qualsiasi tipo di relazione in cui avviene uno scambio comunicativo, vengono stabilite transazioni. Le transazioni sono uno scambio tra due persone che consiste in uno stimolo (S) e una risposta (R) tra Stati dell'Io. L'AT è un quadro teorico di riferimento prezioso, in quanto fornisce agli insegnanti strumenti per comprendere e intervenire sulla comunicazione disturbata (disfunzionale) fornendo loro l'opportunità di valutare e sperimentare nuove opzioni nel loro rapporto con i loro studenti. Infatti, analizzando le transazioni è possibile capire se qualcosa non funziona nella comunicazione tra un insegnante e uno studente e, di conseguenza, è possibile modificare la comunicazione in modo efficace.

Secondo il modello vi sono diversi tipi di transazione: 1) complementare, 2) incrociata, 3) aggiuntiva. In particolare, in questo articolo si focalizzerà l'attenzione sui primi due fornendo dei brevi esempi necessari a comprendere meglio le tipologie.

Le *transazioni complementari* corrispondono a un tipo di comunicazione positiva in quanto lo scambio di comunicazione tra i partecipanti può continuare all'infinito senza interruzioni o blocchi. Al contrario, le *transazioni incrociate* sono tipi di comunicazione che contengono messaggi nascosti e possono impedire una co-

municazione efficace. Nel primo caso (Figura 3) si immagina una conversazione tra uno studente e l'insegnante in cui lo studente non ha capito bene alcune informazioni e chiede spiegazioni/informazioni.



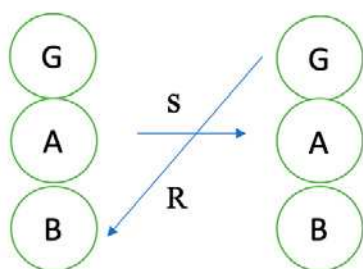
Esempio 1

Studente: *A che pagina è l'esercizio?*
Insegnante: *A pagina due*

Figura 3 - Transazioni complementari (Frattoni et al., 2020, p. 27)

Si noti che le frecce dello stimolo (S) e della risposta (R) sono parallele e coinvolgono lo stesso Stato dell'Io, ovvero lo Stato dell'Io Adulto. Lo studente invia un messaggio dal suo Stato dell'Io Adulto (A) e anche l'insegnante risponde allo Stato dell'Io Adulto (A). Questo è un esempio di buona comunicazione che può andare avanti all'infinito.

Ora si prenda in considerazione le *transazioni incrociate* (Figura 4), nella stessa situazione dell'esempio 1:



Esempio 2

Studente: *A che pagina è l'esercizio? (A-A)*
Insegnante: *Come sempre sei distratto (G-B)*

Figura 4 - Transazioni incrociate (Frattoni et al., 2020, p. 27)

Le *transazioni incrociate* avvengono quando una persona comunica qualcosa da uno Stato dell'Io, ma riceve una risposta diversa da quella che si aspetta. Nell'esempio 2 (Figura 4) lo studente invia un messaggio dallo Stato dell'Io Adulto (A), ma l'insegnante risponde dallo Stato dell'Io Genitore (G) verso lo Stato dell'Io Bambino (B) dello studente. In questo caso la conversazione si interrompe. Esempi simili possono talvolta verificarsi nella classe, tuttavia se si tratta di una normale modalità di comunicazione allora si tratta di un'interazione dannosa per la relazione tra le persone e l'insegnante che ha le competenze necessarie può intervenire modificando le modalità comunicative.

L'analisi delle transazioni rappresenta un valido strumento per gli insegnanti per comprendere e soprattutto per intervenire sulla comunicazione disfunzionale e favorire una comunicazione efficace e aperta alle altre persone, aiutando al contempo allo sviluppo delle *life skills* dell'area 3 (*effective communication, interpersonal relationship skills*) (Tabella 1).

4. Competenze e abilità dell'insegnante

Nella *Raccomandazione* (Unione Europea, 2018) in merito alle competenze dell'insegnante si può leggere quanto segue:

Lo sviluppo delle competenze chiave, la loro convalida e l'erogazione di istruzione, formazione e apprendimento orientati alle competenze dovrebbero essere promossi dalla definizione di buone pratiche per sostenere il personale didattico nella sua attività e migliorarne il livello, per aggiornare i metodi e gli strumenti di valutazione e convalida e per introdurre forme nuove e innovative di insegnamento e apprendimento. Pertanto, facendo tesoro delle esperienze dell'ultimo decennio, la presente raccomandazione dovrebbe trattare le sfide poste dall'attuazione dell'istruzione, della formazione e dell'apprendimento orientati alle competenze (Unione Europea, 2018, p. 2).

La didattica delle lingue è un settore disciplinare che si avvale di una vasta gamma di discipline (Chini & Bosisio, 2014) e come tale richiede che l'insegnante di lingue abbia competenze in diversi ambiti che non sono esclusivamente linguistici ma che riguardano anche l'area pedagogica e psicologica, ambiti entro cui, in parte, rientrano le *life skills*.

In questo paragrafo, si riflette sulla connessione tra l'insegnamento delle lingue e l'insegnamento delle *life skills*.

Nella classe di lingua, il codice linguistico non è solo oggetto di osservazione e di studio ma diventa lo strumento attraverso il quale si sviluppano le *life skills* (comunicazione efficace, capacità di relazione interpersonale, empatia). La gestione della classe, attraverso la conoscenza di principi che regolano le dinamiche di gruppo (Mucchielli, 1994; Dörnyei & Murphey, 2003; Fratter et al., 2020) adattati al contesto multiculturale e linguistico, diventa uno degli elementi fondamentali per il successo linguistico degli apprendenti ma allo stesso tempo per la crescita personale.

Per quanto riguarda la *comunicazione efficace* se l'insegnante dispone, come spiegato nel par. 3, delle competenze nonché degli strumenti adeguati ad evitare *transazioni incrociate*, facilitando invece *transazioni complementari*, la comunicazione rimane aperta sugli Stati dell'Io (da Adulto ad Adulto) e i conflitti possono essere evitati o adeguatamente risolti. Infatti, attraverso un uso consapevole delle transazioni, l'insegnante può valutare, scegliere nuove opzioni e sperimentare modi efficaci per comunicare con i propri studenti. In ambito educativo l'obiettivo è quello di sviluppare negli studenti l'autonomia e l'utilizzo degli Stati dell'Io attraverso il processo di *modeling* dell'insegnante, infatti, se da un lato l'insegnante deve fungere da modello, dall'altro però deve essere competente nell'insegnare come utilizzare tecniche di comunicazione efficaci.

In che modo il corso di lingua diventa un laboratorio ottimale per lo sviluppo delle abilità sociali, in particolare della cosiddetta "competenza personale, sociale e di apprendimento per imparare" come indicato nel volume *LifeComp* (2020)? Il corso di lingua può fornire un'opportunità di crescita personale sia degli individui all'interno del gruppo sia del gruppo nel suo complesso, e questo elemento è particolarmente realizzabile nei gruppi multiculturati e multilingue in cui le differenze stesse presentano interessanti punti di discussione. In particolare nelle classi di L2 ci sono dinamiche di gruppo diverse (Fratter & Fratter, 1999) tra persone di culture diverse, che parlano lingue diverse e hanno mentalità diverse, e per tali ragioni in ogni classe è presente a livello potenziale la possibilità che si generino conflitti che devono essere adeguatamente gestiti da parte dell'insegnante e dagli stessi studenti attraverso specifiche tecniche e strategie (*problem solving, decision making*). Oltre ad essere un esperto nell'insegnamento della materia, il ruolo di insegnante di lingue dovrebbe essere anche quello di mediatore e consulente soprattutto in contesti multiculturati. Infatti, una buona gestione della classe è favorita da un'adeguata gestione delle dinamiche di gruppo, nonché dalla capacità di monitorare le relazioni

interpersonali che, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, possono essere migliorate in particolare favorendo *transazioni complementari* e atteggiamenti assertivi in classe.

5. Lo sviluppo delle *life skills* attraverso il quadro di riferimento LifeComp

La classe di lingua seconda risulta essere uno tra i contesti più adatti ed efficaci per lo sviluppo delle *life skills*; infatti, essa può fornire un'ottima opportunità di crescita personale sia dei singoli all'interno del gruppo che del gruppo nel suo complesso e può offrire la possibilità di confronto con la diversità: diversità linguistica, culturale, valoriale ecc. La diversità, oltre ad essere una risorsa, può essere però anche motivo di conflitto tra le persone. Infatti i conflitti nelle classi multiculturali possono scaturire per diverse ragioni: un conflitto può sorgere per motivi legati ad aspetti culturali come per esempio la presenza di valori differenti e contrastanti tra loro, ma un conflitto può sorgere anche per motivi legati alla comunicazione inefficace, ad esempio l'incapacità di utilizzare la comunicazione assertiva. Come si afferma nel *Framework* delle *LifeComp* (2020) la comunicazione assertiva è uno strumento indispensabile per la collaborazione tra le persone e per la gestione dei conflitti.

Spesso le persone non sono in grado di comunicare ciò che pensano in modo assertivo e con «tatto» come richiesto dai descrittori del QCER-Vc, infatti - come sostengono Fensterheim e Baer nel loro libro ispiratore *Don't say yes when you want to say no* (1975) - le persone hanno bisogno di usare una comunicazione assertiva. Pertanto, è necessario che anche nella classe di lingua, e forse anche più che in altri contesti, venga esercitata tale capacità di comunicare, utilizzando *transazioni complementari* e utilizzando il proprio Stato dell'Io Adulto. Allo stesso tempo, è importante che le regole pragmatiche della lingua *target* vengano insegnate anche nella comunicazione, ad esempio è importante 'saper rifiutare' in modo adatto al contesto e agli interlocutori e 'con tatto' senza rischiare la chiusura del rapporto.

In tale contesto multifattoriale, affinché sia più facilmente possibile sviluppare le *life skills* si richiede che esse vengano specificate all'interno di un quadro di riferimento. Di particolare aiuto in tal senso risulta essere il *Framework* delle *LifeComp* (2020) nel quale ogni singola competenza è stata declinata in tre descrittori che corrispondono rispettivamente: alla consapevolezza (*awareness*), alla comprensione (*understanding*) e all'azione (*action*). Per esempio, nella declinazione della *life skills* 'empatia' per quanto riguarda la consapevolezza il descrittore S1.1 recita "Awareness of another person's emotions, experiences and values" (*LifeComp*, 2020, p. 20) e spiega l'importanza di acquisire le competenze necessarie per prendere consapevolezza degli elementi non verbali della comunicazione quali, per esempio, il tono di voce, la gestualità e le espressioni facciali e attraverso di essi essere capaci di identificare le emozioni che vengono comunicate. Il descrittore della comprensione S1.2 spiega "Understanding another person's emotions and experiences, and the ability to proactively take their perspective" e focalizza l'attenzione sull'addestramento della propria consapevolezza nonché sull'importanza di mantenere il giusto distacco dalle emozioni dell'Altro; infine il descrittore dell'azione S1.3 indica "Responsiveness to another person's emotions and experiences, being conscious that group belonging influences one's attitude" e sottolinea l'importanza esercitare la capacità di aumentare la consapevolezza di sé attraverso l'esperienza. Grazie alle specifiche fornite dal documento *LifeComp* gli insegnanti possono più facilmente applicare anche i descrittori di Mediazione del QCER-Vc nei quali è richiesto, non in modo esplicito, il possesso di specifiche *life skills*. Il *Framework* delle *LifeComp* può essere dunque visto come "una ideale cassetta degli attrezzi" (Boffo, Iavarone, Nosari & Nuzzaci, 2023, p. 3) capace di fornire precise piste di lavoro nei diversi contesti in cui può essere utilizzato.

5.1. Applicazioni pratiche: *life skills* nella classe di lingua

Nel presente paragrafo si illustreranno alcune piste di lavoro partendo dalle indicazioni fornite nella Tabella 2 (Fratte et al., 2020) in cui sono state listate le *life skills* contenute nei descrittori di Mediazione del QCER-Vc (2020) e verranno proposti alcuni esempi di possibili attività integrate con le indicazioni presenti nel *Framework* sulle *LifeComp* (2020).

Nel QCER-Vc all'interno del descrittore "Facilitare la creazione di uno spazio pluriculturale" (2020, p. 243) del *Mediare a livello comunicativo* si legge che l'apprendente di livello B1+ "È in grado di far emergere soluzioni possibili dalle parti in disaccordo per aiutarle a raggiungere un consenso, formulando domande aperte e neutre per minimizzare imbarazzi o offese". Tra le diverse *life skills* necessarie affinché si realizzi tale competenza descritta, l'empatia può essere considerata la primaria, diversamente denominata come *core element* ovvero prerequisito per lo sviluppo di altre competenze (Caena, 2019, p. 17). Nel descrittore vengono fornite alcune indicazioni che fanno parte delle metodologie utilizzate nell'ambito del *counselling* (Ivey & Ivey, 2004; Franta & Salonia, 1981) si tratta dell'ascolto attivo (Rogers, 1951; Gazda, 1991) che si realizza attraverso alcune tecniche quali l'utilizzo di domande aperte. Osservando i descrittori dell'empatia presenti nell'Area Sociale del *Framework* delle *LifeComp* si legge che "L'empatia è alla radice di tutti i comportamenti pro-sociali e fornisce una base per affrontare lo stress e risolvere i conflitti" (2020, p. 44).

L'empatia, nell'ambito delle professioni di aiuto quali il *counselling*, è alla base di ogni azione e può essere definita come "la percezione accurata di come l'altra persona valuta la situazione, di come essa coglie se stessa e la capacità di trasmettere tale percezione alla persona in modo aperto e caldo" (Scilligo, 1991, p. 14).

Partendo dalla presente definizione di empatia in cui si parla di "percezione accurata", nei descrittori del *LifeComp* può essere individuata nella Consapevolezza (*awareness*) la quale richiede che la persona "Acquiring abilities to read nonverbal cues like the tone of voice, gestures, and facial expressions is key for developing empathy" (2020, p. 44). Il descrittore fornisce dunque all'insegnante la traccia della prima attività da svolgere in classe per lo sviluppo della consapevolezza, per esempio attraverso l'osservazione mirata di esempi video in cui gli apprendenti si esercitano a descrivere e a riconoscere comportamenti non verbali, espressioni facciali che illustrano lo stato emotivo dei protagonisti dei video permettendo il confronto tra le diverse percezioni.

Nella seconda parte della definizione di empatia si parla di "capacità di trasmettere tale percezione alla persona" che nei descrittori del *LifeComp* può essere individuata nell'Azione (*action*) e si concentra su "the ability to offer an appropriate response to others emotions to alleviate their distress. Empathic concern, the capacity to feel congruent emotions (i.e. with the same positive or negative valence) and experiencing feelings of sympathy, compassion, tenderness, and sorrow, among others, while observing another person is a related concept" (2020, p. 47). La risposta adeguata alle emozioni dell'Altro può essere data attraverso l'ascolto attivo che prevede, tra le altre tecniche, la formulazione di domande aperte che permettono all'Altro l'esplorazione di sé. La formulazione di domande aperte e neutre viene indicata nel descrittore di Mediazione sopramenzionato. L'insegnante può predisporre un'attività in cui fa esercitare gli studenti nella formulazione di diversi tipi di domande (chiuso, aperte e retoriche) e procede in un confronto sugli esiti attesi e i risultati ottenuti in base alla tipologia utilizzata.

Come evidenziato con gli spunti proposti, l'insegnamento delle *life skills* deve essere integrato al syllabo della classe; infatti, la difficoltà principale riguarda proprio la predisposizione di percorsi che offrano attività semplici e spendibili nella realtà didattica. Per l'insegnamento linguistico, dunque, l'utilizzo dei descrittori di Mediazione del QCER-Vc (2020) deve essere "tradotto" in attività pratiche, concrete attraverso l'utilizzo dei descrittori del *LifeComp* (2020).

6. Conclusioni e nuove prospettive

Concludendo, lo sviluppo delle *life skills* negli apprendenti costituisce un aspetto fondamentale dell'insegnamento delle lingue ma più in generale è fondamentale in qualsiasi tipo di insegnamento. Imparare una lingua non significa solo saper gestire il codice linguistico, ma significa avere anche la capacità di gestire in modo adeguato le interazioni tra le persone, come evidenziato nei descrittori di Mediazione del QCER-Vc (2020). In accordo con quanto affermano Boffo et al. (2022, p. 3) "Sul piano della formazione, approcci educativi che sollecitano lo sviluppo delle *life skills* focalizzate sulla centralità dello studente, gradualmente inducono gli apprendenti ad assumersi la responsabilità del proprio apprendimento e del benessere degli altri, favorendo lo sviluppo affettivo e quello delle abilità personali, sociali ed emotive".

Per tali ragioni è necessario che gli insegnanti si dotino degli strumenti necessari per gestire la comunicazione nella classe di lingua; è necessario che essi promuovano lo sviluppo di una piattaforma di comunicazione in cui gli studenti possano sentirsi liberi di esprimersi e dove possano anche crescere nelle capacità interpersonali, grazie alle buone relazioni interpersonali che si sviluppano attraverso il lavoro di squadra, attraverso la capacità di risolvere i problemi in gruppo, attraverso la capacità di comunicare in modo assertivo e 'con tatto' le loro idee, le loro opinioni e possano esternare i propri bisogni utilizzando lo Stato dell'Io Adulto nella comunicazione con l'Altro. Per fare ciò è necessario che gli insegnanti, i formatori e gli educatori si "dotino" degli strumenti necessari ma *in primis* si richiede che essi sviluppino una precisa consapevolezza di se stessi (*Self-awareness*) e intraprendano un percorso di conoscenza del sé.

Note

* Il contributo è frutto della riflessione condivisa delle due autrici. In particolare appartengono a I. Fratter i §§. 1, 2, 4, 5, 6 e a N. Fratter il §. 3.

¹ Ivana Fratter è collaboratrice ed esperta Linguistica di Italiano come L2, Università di Padova. Counsellor in campo socio-educativo.

² Nadia Fratter è Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta e Supervisora TSTA-P dell'EATA (Associazione Europea per Analisti Transazionali), libera professionista.

³ Si veda: https://joint-research-centre.ec.europa.eu/lifecomp/lifecomp-conceptual-reference-model_en.

⁴ Si veda: <https://www.oxfordreference.com/>.

⁵ Per una dettagliata trattazione delle competenze chiave contenute nella Raccomandazione (Unione Europea, 2018) in relazione alle *life skills*, *soft skills*, alle competenze trasversali si veda (Caena 2019, p. 16, Tabella 3).

⁶ Il QCER del 2001 ha introdotto importanti cambiamenti nell'ambito della didattica delle lingue e più in generale dell'educazione linguistica, in particolare definendo in modo chiaro e trasparente i livelli di competenza comunicativa indicandone sei livelli (A1, A2, B1, B2, C1, C2).

⁷ "Vorremmo chiarire innanzitutto che non intendiamo dire a chi si occupa professionalmente delle lingue che cosa si debba fare e come lo si debba fare. Noi poniamo domande, non diamo risposte. La funzione del Quadro comune europeo non è di definire gli obiettivi che gli utenti dovrebbero perseguire e i metodi che dovrebbero utilizzare" (QCER 2001, Note per il lettore, p. XII).

⁸ Per comunicazione assertiva si intende la capacità di esprimersi in modo efficace e autentico, sapendo ascoltare e chiedendo chiarimenti (Giusti & Testi, 2020).

⁹ Questo descrittore è presente nell'Appendice del documento in quanto non presenta descrittori per tutti i livelli di competenza.

¹⁰ Empathy is at the root of all pro-social behaviours and provides a basis for coping with stress and resolving conflicts (*LifeComp*, 2020, 44).

Riferimenti bibliografici

- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press.
- Berne, E. (1964). *Games People play. The psychology of human relationships*. New York: Grove Press.
- Boffo, V., Iavarone, M. L., & Nuzzaci, A. (2022). *Life skills e transizioni umane. Form@re-Open Journal per la formazione in rete*, 22(3), 1-8.
- Boffo, V., Iavarone, M. L., Nosari, S., & Nuzzaci, A. (2023). The European LifeComp model between Embedded Learning and Adult Education. *Form@re-Open Journal per la formazione in rete*, 23(1), 1-4.
- Caena, F. (2019). Developing a European Framework for the Personal, Social & Learning to Learn Key Competence (LifeComp). *Literature Review & Analysis of Frameworks*. Luxembourg: European Union.
- Chini, M., & Bosisio, C. (2014). *Fondamenti di glottodidattica. Apprendere e insegnare le lingue oggi*. Roma: Carocci.
- Council of Europe. (2018). *Common European Framework of Reference for Languages: Learning, Teaching, Assessment. Companion Volume with new descriptors*. Strasbourg: Council for Cultural Co-Operation, Modern Languages Division.
- Dörnyei, Z., & Murphey, T. (2003). *Group Dynamics in the Language Classroom*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fensterheim, H., & Baer, J. B. (1975). *Don't say yes when you want to say no*. New York: Dell Publishing Company.
- Franta, H., & Salonia, G. (1981). *Comunicazione interpersonale*. Roma: LAS.
- Fratter, I. (2021). Le *life skills* nel Volume complementare del QCER. *Italiano LinguaDue*, 13(1), 157-168.
- Fratter, I., & Fratter, N. (1999). Aspetti di dinamica di gruppo nel rapporto educativo. *SeLM. Scuola e Lingue Moderne*, 2(1), 13-16.
- Fratter, I., & Fratter, N. (2020). *Dinamica di gruppo per lo sviluppo delle life Skills. Concetti base dell'Analisi Transazionale per lo sviluppo delle lingue*. Padova: Cleup.
- Gazda, G. M. (1991). *Sviluppo delle relazioni umane. Manuale per educatori*. Roma: IFREP.
- Giusti, E., & Testi, A. (2020). *L'assertività. Vincere quasi sempre con le 3 A*. Roma: Armando Editore.

- Ivey, A. E., & Ivey, M. B. (2004). *Il colloquio intenzionale e il counselling*. Roma: LAS
- Mucchielli, R. (1994). *La Dinamica di gruppo*. Torino: Elle Di Ci Editrice.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centred Terapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Sala, A., Punie, Y., Garkov, V., & Cabrera Giraldez, M. (2020). *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Scilligo, P. F. (1991). *Io e Tu: parlare, capire e farsi capire*. Roma: IFREP.
- Steward, I., & Jones, V. (1987). *TA Today: A New Introduction to Transactional Analysis*. London: Lifespace Publishing.
- Unione Europea. (2018). *Raccomandazione del consiglio del 22 maggio 2018 relativa alle competenze chiave per l'apprendimento permanente (2018/C 189/01)*. Disponibile in: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604\(01\)&from=IT](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604(01)&from=IT).
- World Health Organization - WHO. (1997). *Life Skills Education for children and adolescents in Schools. Introduction and Guidelines to Facilitate the Development and Implementation of Life Skills Program*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health.

Soft and life skills nelle professioni di salute e cura: uno studio esplorativo su studenti e studentesse universitari/e

Emanuela Ingusci¹, Elisa De Carlo², Alessia Catalano³, Fulvio Signore⁴, Luisa Siculella⁵, Fabio Pollice⁶

Keywords

Soft e life skills, Benessere, Job Demands-Resources Model

Abstract

Nel periodo pandemico e post pandemico, le soft e life skills hanno costituito una componente essenziale per i professionisti della salute e della cura. Il presente lavoro ha avuto la finalità di esplorare, attraverso una focus group discussion, le rappresentazioni circa le life e soft skills possedute e ritenute utili per la professione degli studenti e delle studentesse di medicina. Nonostante alcuni limiti metodologici, il contributo offre importanti spunti di riflessione per esplorare e definire nuovi percorsi di sviluppo e consapevolezza circa le competenze trasversali degli studenti universitari/e per il proprio futuro formativo e professionale.

1. Introduzione

Un'improvvisa, quanto imprevedibile, crisi mondiale della salute pubblica ha provocato, ad inizio 2020, livelli di allarme ed insicurezza sconosciuti. La società e le economie europee hanno subito un importante cambiamento, costringendo gli individui a modificare i propri stili di vita ed aumentando la consapevolezza sulla dimensione collettiva della salute umana (Pasquino, 2020).

Questo ha messo in evidenza la centralità delle risorse personali, sociali e di apprendimento e la necessità di supportare e implementare il loro sviluppo attraverso appositi programmi formativi (Marmocchi, Dall'Aglio & Zannini, 2004).

Le risorse personali fanno riferimento alle *Life and Soft Skills* (da ora in poi LS e SS). Alcuni autori hanno definito le LS come "quelle abilità che consentono agli individui di avere successo nei diversi ambienti in cui vivono. Queste abilità possono essere comportamentali (es. comunicare efficacemente), cognitive (prendere decisioni), interpersonali (essere assertivi) e intrapersonali (fissare obiettivi)" (Danish, Forneris, Hodge & Heke, 2004, p. 40).

Il costrutto delle LS viene spesso utilizzato insieme a quello delle SS (o competenze trasversali, SS). In realtà, si tratta di due costrutti distinti, seppur complementari tra loro. Le LS sono definite come competenze di cittadinanza, le SS si riferiscono a tutte quelle competenze che, al contrario delle competenze tecnico-specifiche legate ad una professione (etichettate come *hard skills*), risultano trasversali perché declinabili in qualsiasi contesto di vita (Matteson, Anderson & Boyden, 2016). Queste competenze sono solitamente orientate alle relazioni interpersonali, alla leadership, alla gestione del tempo, alla flessibilità, e così via (Iorio, Cilione, Martini, Tofani & Gazzaniga, 2022). Le SS riguardano quelle competenze che prescindono dal riferimento ad una specifica professione ma rientrano a vario titolo, in tutti i profili professionali. In ogni caso, entrambe sono importanti per il successo ed il benessere complessivo di una persona ed hanno carattere di trasversalità.

Nel 2018 è stato ridefinito il quadro relativo alle competenze chiave per l'apprendimento permanente, rimarcando la centralità e l'urgenza di identificare e promuovere un set di competenze trasferibili nei vari contesti di vita (Sala, Punie, Garkov & Cabrera, 2020). Le LS e SS rappresentano, dunque, competenze essenziali delle professioni di cura, poiché rivestono un ruolo cruciale per la salute fisica e psicologica del personale socio-sanitario.

Allenare, promuovere e coltivare le LS e SS del personale medico e sanitario, combinandole con le competenze tecniche, è diventato oggi un imperativo nella formazione sanitaria, per migliorare e soddisfare i bisogni della nostra società che è in continuo mutamento (Dube & Laari, 2017).

Potenziare le LS e SS vuol dire dotare il personale medico e sanitario della capacità di gestire emozioni e stress, della competenza comunicativa e relazionale, attivando empatia ed ascolto attivo nella relazione utente/paziente consentendo a chi opera in questo campo di implementare strumenti che sono già di cura (De Santi & Geiger, 2018). Sviluppare SS e LS permetterebbe, infine, di formare medici, infermieri e operatori sanitari resilienti, in grado di sostenere lo stress e gestire creativamente la realtà mutevole delle storie di malattia dei pazienti; questo include i loro vissuti psicologici, le relazioni con la propria équipe e la capacità di governare il contesto sociale in cui le richieste aumentano in modo esponenziale (Caruana & Damilakis, 2022).

2. Metodologia

Premessa teorica e obiettivo dello studio

Il periodo di emergenza sanitaria e le conseguenze che esso ha determinato, ha posto nuove sfide soprattutto nel settore sanitario con conseguenze importanti e a lungo termine sulla salute fisica e psicologica e sui livelli di benessere del personale sanitario. Diversi studi hanno evidenziato effetti a lungo termine della pandemia, come il *burnout* e il disturbo da stress post-traumatico tra gli operatori sanitari (Ferrari, Panari & Manna, 2022). Nella fase post-emergenza, in cui la complessità della gestione del cambiamento richiede alti livelli di adattamento, assumono ancora più importanza le competenze trasversali che diventano una risorsa personale e sociale, in grado di contenere e governare le richieste lavorative sempre più pressanti. La prospettiva teorica di riferimento rimane il modello richieste-risorse lavorative, chiamato *Job Demands-Resources (JDR) model* (Bakker & Demerouti, 2017). Il modello teorico JDR, utilizzato principalmente per i contesti lavorativi, negli ultimi anni, data la sua natura flessibile e allo stesso tempo robusta, è stato adattato al contesto accademico per definire le dinamiche di benessere negli studenti (Naylor, 2022; Ghislieri et al., 2022). Tale modello si compone di due elementi, ovvero di richieste e risorse, contestuali e personali, elementi fondamentali nel processo di degradazione della salute psicologica e nel processo motivazionale. Le richieste riguardano tutti quegli aspetti fisici, cognitivi, psicologici, sociali e/o organizzativi che hanno a che fare con azioni che richiedono impegno, sforzo ed investimento di energie. Le risorse rappresentano invece, strategie personali, sociali e di contesto, che gli individui implementano, attivano e sviluppano per far fronte alle richieste. Il bilanciamento di queste due aree porta allo sviluppo di un processo motivazionale con esiti positivi per l'individuo e per l'organizzazione, lo sbilanciamento verso le richieste, avendo risorse inadeguate, conduce al contrario, ad un indebolimento graduale della salute psicologica e fisica con esiti negativi come *burnout*, comportamenti controproduitivi e insoddisfazione lavorativa e di vita.

Partendo da tale premessa, l'obiettivo dello studio è quello di esplorare, in una fase preliminare, le rappresentazioni circa le LS e SS possedute e ritenute utili per la professione, negli studenti e studentesse di medicina, futuri professionisti della salute.

3. Procedure e partecipanti

Questo studio si pone, in un'ottica esplorativo-qualitativa, per cercare di individuare le rappresentazioni latenti connesse al concetto di LS e SS in ambito medico, in un gruppo di studenti/esse iscritti/e al secondo anno di medicina di un'università del Sud Italia.

Al fine di mappare, dunque, tali rappresentazioni è stata organizzata una *focus group discussion* (da ora in poi denominata *focus group*) con 13 studenti, 4 di genere femminile (31%) e 9 di genere maschile (69%). L'età media degli studenti coinvolti si aggira attorno ai 23 anni, in un *range* che va da 20 a 35 anni. L'età modale dei partecipanti è 20 anni.

Durante il *focus group* sono stati esplorati aspetti ritenuti rilevanti per mappare le rappresentazioni dei giovani medici in formazione: la concezione di LS e SS; le LS e SS padroneggiate, le LS e SS ritenute utili per la professione, le ragioni per le quali sono ritenute utili per la professione. La modalità con cui le risposte dei partecipanti sono state registrate ha previsto l'utilizzo delle applicazioni *mentimeter* e *google moduli*, ciò ha consentito un'interazione diretta ed in tempo reale tra partecipanti e conduttori del *focus group*.

Gli studenti e le studentesse che hanno preso parte alla *focus group* sono stati informati/e circa le modalità di partecipazione e le finalità dell'indagine ed hanno espresso il loro consenso. Ai soggetti coinvolti è stato garantito l'anonimato e la possibilità di ritirarsi in qualsiasi momento dal progetto. I dati sono stati analizzati in forma aggregata, senza la possibilità di risalire in alcun modo al singolo intervistato.

Di seguito sono riportate le principali domande di ricerca:

1. Cosa intendi per life and soft skills?
2. Quali life and soft skills pensi di possedere?
3. Quali life and soft skills pensi possano essere utili per la tua professione futura?
4. Per quale motivo ritieni che le competenze che hai elencato prima possano essere utili per la tua professione futura?

Al fine di consentire spontaneità nelle risposte dei partecipanti, le domande poste agli intervistati non sono state anticipate da alcuna introduzione teorica, spiegazioni, approfondimenti o delucidazioni sui concetti oggetto di studio. Tale scelta metodologica è stata condivisa dal gruppo di ricerca per favorire un confronto e un dibattito libero da ogni condizionamento.

L'indagine, pertanto, è stata organizzata in modo da esaminare in profondità entrambi i concetti, vale a dire: competenze *soft* (declinabili in ambito professionale) e *life* (più legate alla gestione di vita generale). Le domande sono state analizzate separatamente operando un'esplorazione delle parole maggiormente frequenti, eliminando le *stopwords* (cioè, le parole che non hanno significato e che non sono utili ai fini dell'analisi del testo) e le ripetizioni. L'analisi di frequenza delle parole utilizzate ha quindi consentito, infine, di elaborare delle *wordcloud* (cioè una "nuvola" di parole) (tramite il software online gratuito *wordclouds.com*) per rendere maggiormente evidenti le parole impiegate in maniera preponderante dagli studenti e, quindi, chiaramente associate con i nuclei tematici espressi dai quesiti. Pertanto, le *wordclouds* emergenti (rappresentate successivamente), mettono in rilievo, tramite una posizione centrale ed un carattere più ampio rispetto al resto, le parole maggiormente frequenti come risposta alle quattro riflessioni stimolo evocate. Infine, per l'ultima domanda, in virtù della maggiore presenza di dati testuali e di *corpus*, si è proceduto ad effettuare una *sentiment analysis*, per individuare quali sono le polarità emotive maggiormente veicolate nella risposta.

4. Risultati



Fig. 1 - Wordcloud delle parole più utilizzate in merito alla prima domanda del focus group: Cosa intendi per life and soft skills?

Le risposte fornite dai partecipanti alla prima domanda di ricerca, seppur variegata, appaiono in linea con la definizione del costrutto stesso che le identifica come la combinazione di abilità cognitive e metacognitive, interpersonali, valori intellettuali e pratici, abilità associate alle molteplici esperienze personali e sociali (Kallauz, Hudec & Kirinic, 2015). In particolare, soffermandosi su frasi quali *competenze che valgono sempre*, che *non si apprendono sui libri, da più campi*. Appare interessante, inoltre, come le parole più frequentemente utilizzate, e quindi in posizione centrale e con grandezza maggiore nella wordcloud, siano connesse con *l'imparare a vivere*. Pertanto, gli studenti e le studentesse di medicina intercettati hanno posto enfasi sulla trasversalità delle competenze, sul ruolo dell'esperienza e sull'importanza che esse rivestono per la vita oltre che per la professione. Le risposte sono state in tutto 12, con 35 parole totali indicate dai soggetti intervistati.



Fig. 2 - Quali life and soft skills pensi di possedere?

La Fig. 2 mostra la nuvola di parole emersa dalla seconda domanda posta agli studenti di medicina. Le risposte a questa domanda sono state 13, con 32 parole fornite dai partecipanti. Da quanto è emerso dalla discussione e dalla frequenza di parole identificata e visibile nella Fig. 2, sembrerebbe che gli studenti e le studentesse di medicina ritengono di possedere SS riconducibili all'area di competenze di efficacia personale (come ad esempio *autocontrollo*, *pazienza*, *capacità di adattamento*), all'area di competenza di assistenza/servizio e dei rapporti

interpersonali (come ad esempio *altruismo*, *capire cosa dice l'altro*, *apertura al dialogo*, *capacità relazionale*, *socialità*) ed ancora competenze riconducibili all'area organizzativa (come ad esempio *time management*, *organizzazione*, *gestione del tempo*).



Fig. 3 - Wordcloud delle parole maggiormente utilizzate in risposta alla domanda: *Quali life and soft skills pensi possono essere utili per la tua professione futura?*

La terza domanda di ricerca ha avuto la finalità di identificare le LS e SS ritenute le utili per la futura professione di medici. Le risposte valide ai fini delle analisi sono state 13, con 41 parole indicate. Come è possibile notare dalla Fig. 3, numerose sono le LS e SS ritenute utili per la professione riconducibili a diverse aree da quelle cognitive a quelle relazionali/interpersonali a quelle organizzative. Le competenze più frequenti risultano essere la capacità di ascolto, di osservazione, di gestione del tempo (o *time management*), di *problem solving* e di comprensione dell'altro (Fig. 3).



Fig. 4 - Wordcloud riferita alle risposte fornite alla domanda: *Per quale motivo ritieni che le competenze che hai elencato prima possano essere utili per la tua professione futura?*

L'ultimo spunto di riflessione fornito ai partecipanti ha cercato di approfondire la motivazione del perché le competenze trasversali precedentemente citate siano utili per la professione futura di medico (Fig. 4). In questo caso le 13 risposte hanno permesso di estrapolare un corpus testuale composto da 401 parole. All'interno

della *wordcloud*, oltre alle parole medico e paziente (termini maggiormente frequenti ed utilizzati nelle risposte fornite), emergono spunti di riflessione molto interessanti, in quanto legati a parole connesse all'aspetto umano (relazione, alleanza, persona, comunità, psicologia, alleanza).

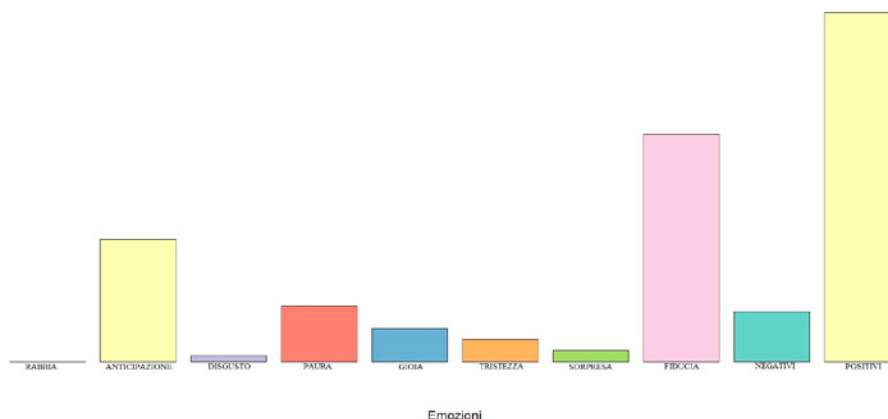


Fig. 5 - *Sentiment analysis* sul corpus testuale evinto dalla domanda: *Per quale motivo ritieni che le competenze che hai elencato prima possano essere utili per la tua professione futura?*

La *sentiment analysis* effettuata sul *corpus* testuale (Fig. 5) ha consentito di evidenziare la presenza prevalente di due emozioni nelle risposte fornite dagli studenti: fiducia e anticipazione. Sebbene l'anticipazione possa essere considerata un'emozione normale, in questo caso, in virtù del fatto che la domanda rimanda effettivamente a qualcosa di potenzialmente futuro, l'associazione tra *life, soft skills* e professione medica futura rimanda ad un sentimento di fiducia e di speranza nel futuro. L'integrazione di alcune competenze trasversali alla professione medica, quindi, sembra creare un'aspettativa di fiducia e di speranza.

5. Conclusioni

La crisi sanitaria e sociale, esacerbata dalla pandemia da Covid 19, ha messo in rilievo l'importanza di promuovere e coltivare le LS e SS nel personale sociosanitario. Numerose ricerche evidenziano (Delle Fave & Negri, 2022) infatti, come medici, personale infermieristico e sociosanitario, abbiano riportato, nel periodo di pandemia e nelle fasi successive di ricostruzione e riorganizzazione, livelli più alti di ansia e di depressione rispetto alla popolazione generale, determinando comportamenti e prese di decisione (pre-pensionamento, licenziamento, mobilità) che impattano negativamente sulle organizzazioni e sulla sostenibilità dei servizi fino a quel momento erogati. Inoltre, la gestione delle problematiche psicosociali, inizialmente focalizzata sulla prevenzione dello stress lavoro correlato e sull'implementazione di interventi correttivi, è stata successivamente diretta, nella prospettiva della psicologia positiva, a considerare la salute mentale non come assenza di malattia, ma come presenza di indicatori positivi di benessere psicologico, come ad esempio l'utilizzo e lo sviluppo di risorse personali per favorire comportamenti adattivi.

Alcuni studi di settore hanno messo in evidenza, infine, l'efficacia di specifici progetti di intervento e formazione volti alla promozione di un atteggiamento resiliente nel contesto lavorativo e di vita quotidiana del personale sanitario, al fine di affrontare lo stress derivante dalla complessa gestione sanitaria delle epidemie (Preti et al., 2020).

A fronte di tali considerazioni appare evidente la necessità di implementare politiche sanitarie non semplicemente mirate a ridurre l'esposizione degli operatori sanitari al rischio di stress e disturbi affettivi, ma volte a promuovere la loro salute mentale tramite la mobilitazione ed il rafforzamento di risorse sia psicologiche

che sociali, con interventi sia diretti al singolo lavoratore, che all'équipe e all'organizzazione dei servizi. Oltre a mitigare gli effetti negativi della pandemia sul vissuto lavorativo dagli operatori sanitari, infatti, tali interventi offrirebbero ai professionisti della cura la possibilità di trasformare le enormi risorse investite in questo periodo in un'occasione di crescita individuale e collettiva. Come emerge dalla letteratura di settore, migliorare le competenze trasversali nei medici e negli operatori sanitari, è una priorità strategica in ambito sanitario su cui le istituzioni a livello internazionale stanno lavorando (Laari, Anim-Boamah & Boso, 2021).

Poiché le competenze trasversali non sono abilità innate ma, al contrario, possono essere sviluppate attraverso l'esperienza, è opportuno porre attenzione al tema della formazione delle competenze trasversali per la vita e per la futura professione dei giovani studenti e delle giovani studentesse dei corsi di laurea in medicina. Questo studio preliminare ha avuto la finalità principale di mappare le rappresentazioni circa il tema delle LS e SS ed esplorare, appunto, quelle competenze ritenute fondamentali. Dall'analisi qualitativa delle risposte date alle domande oggetto di indagine e dalla frequenza delle parole utilizzate dagli studenti e dalle studentesse, emerge direttamente ed indirettamente l'importanza che le LS e SS rivestono per gli studenti e le studentesse universitari di medicina. Il riconoscimento, da parte degli studenti e delle studentesse, della centralità che alcune competenze trasversali hanno per la professione futura, porta ad una riflessione sui temi che riguardano la formazione continua dei professionisti della salute e della cura, anche in termini di attenzione verso la strutturazione e/o il rafforzamento di percorsi formativi e laboratoriali volti ad implementare tali competenze, riconoscendone il loro impatto per la promozione del benessere dei giovani professionisti del futuro.

Sebbene gli studenti iscritti al secondo anno di medicina, come emerso dal *focus group* realizzato, abbiano riconosciuto la centralità di alcune competenze per la vita e per professione, è evidente la presenza di approfondimenti e di competenze su cui sentono l'esigenza, in modo più o meno esplicito, di essere formati, come ad esempio la capacità di sviluppare un maggiore autocontrollo, di gestire lo stress, di sviluppare competenze per gestire le implicazioni pratiche ed emotive che dipendono dalla costante interazione con i pazienti. In effetti, secondo i giovani medici in formazione, le competenze trasversali possono avere un impatto positivo per incrementare le proprie competenze di autoefficacia personale. Questo dato è in linea con studi precedenti che hanno sottolineato tra i vantaggi dei programmi formativi accademici, volti a potenziare le competenze trasversali degli studenti iscritti a percorsi di studio in ambito sanitario, un incremento della fiducia in sé stessi e nelle proprie capacità di risposta e gestione delle relazioni tra paziente e medico (Laari et al., 2021). Ciò ha delle ricadute positive non solo per le prestazioni lavorative dei professionisti sanitari ma anche per il loro benessere e per il benessere dei propri pazienti.

Nonostante i limiti di questo studio dettati dal disegno di ricerca esplorativo e *cross-sectional*, dal campione ristretto e di convenienza nonché dalla sua eterogeneità, lo studio offre utili suggestioni su cui lavorare, utili per definire percorsi di sviluppo e consapevolezza, all'interno delle università, circa le competenze trasversali necessarie per la vita e per la professione di futuri medici. Oltre a quelle tecniche, competenze come la comunicazione empatica, la resilienza, l'autoefficacia, il *problem-solving* (per citarne alcune) sono cruciali per fornire un'eccellente assistenza ai pazienti. La capacità di lavorare in *team*, gestire lo stress e prendere decisioni rapide in situazioni critiche contribuiscono a migliorare l'efficienza e la sicurezza nei servizi sanitari. Inoltre, tali competenze aiutano a sviluppare relazioni positive con i pazienti e con le loro famiglie, favorendo un ambiente di cura più umano e compassionevole. Investire, infine, nella promozione di programmi universitari sullo sviluppo delle competenze trasversali significa arricchire la didattica disciplinare attraverso metodologie innovative, promuovere azioni di benessere per gli studenti universitari e garantire una formazione superiore di qualità delle future generazioni dei professionisti sanitari.

Note

- ¹ Emanuela Ingusci è Professore Associato di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni (M-PSI/06), delegata del rettore all'orientamento ed al Counseling, referente scientifico progetto *Soft and Life skills*.
- ² Elisa De Carlo è Psicologa del Lavoro e delle Organizzazioni, esperto orientamento nell'ambito del progetto *Soft and Life Skills*.
- ³ Alessia Anna Catalano è Assegnista di ricerca presso l'Università del Salento, Dipartimento di Ingegneria.
- ⁴ Fulvio Signore, Assegnista di ricerca presso l'Università di Foggia, Studi Umanistici, Lettere, Beni Culturali, Scienze della Formazione.
- ⁵ Luisa Siculella, Professore Ordinario/Straordinario, Settore Scientifico Disciplinare Bio/11: Biologia Molecolare. Dal 2021 è presidente del corso di studio in Medicina e Chirurgia Medtec.
- ⁶ Fabio Pollice, Professore Ordinario di Geografia Economico-Politica (SSD: M-GGR/02), Magnifico rettore Università del Salento.

Riferimenti bibliografici

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology, 22*(3), 273-285.
- Caruana, C. J., & Damilakis, J. (2022). Being an excellent scientist is not enough to succeed! Soft skills for medical physicists. *European Journal of Radiology, 155*, 1-3.
- Danish, S., Forneris, T., Hodge, K., & Heke, I. (2004). Enhancing youth development through sport. *World Leisure Journal, 46*(3), 38-49.
- Delle Fave, A., & Negri, L. (2022). Resilienza e salute mentale degli operatori sanitari durante la pandemia da Covid-19. *Counseling, 15*(1), 116-120.
- De Santi, A. M., & Geiger, G. (2018). *100 domande sul Coaching in sanità*. Torino: SEEd.
- Dube, B., & Laari, L. (2017). Nursing students' perceptions of soft skills training in Ghana. *Curationis, 40*(1), 1-5.
- Ferrari, L., Panari, C., & Manna, E. (2022). L'impatto dell'empowering leadership infermieristica sulla soddisfazione dell'équipe dei professionisti. Uno studio in due organizzazioni ospedaliere. *COUNSELING, 15*(2), 14-36.
- Ghislieri, C., Sanseverino, D., Addabbo, T., Bochicchio, V., Musumeci, R., Picardi, I. et al. (2022). The show must go on: a snapshot of Italian academic working life during mandatory work from home through the results of a national survey. *Social Sciences, 11*(3), 111.
- Iorio, S., Cilione, M., Martini, M., Tofani, M., & Gazzaniga, V. (2022). Soft Skills Are Hard Skills-A Historical Perspective. *Medicina, 58*(8), 1-8.
- Kalauz, M. S., Hudec, G., & Kirinic, V. (2015). Soft skills perception among students: importance and performance. In *Central European Conference on Information and Intelligent Systems* (p. 89). Faculty of Organization and Informatics Varazdin.
- Laari, L., Anim-Boamah, O., & Boso, C. M. (2021). Integrative review of soft skills the desirable traits and skills in nursing practise.
- Marmocchi, P., Dall'Aglio, C., & Zannini, M. (2004). *Educare le life skills: come promuovere le abilità psicosociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità*. Trento: Erickson.
- Matteson, M. L., Anderson, L., & Boyden, C. (2016). "Soft skills": A phrase in search of meaning. *Portal: Libraries and the Academy, 16*(1), 71-88.
- Naylor, R. (2022). Key factors influencing psychological distress in university students: the effects of tertiary entrance scores. *Studies in Higher Education, 47*(3), 630-642.
- Pasquino, T. (2020). Il principio di precauzione ai tempi del COVID-19 tra "rischio" ed "emergenza". *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto, 15*(5), 597-601.
- Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., et al. (2020). The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. *Current psychiatry reports, 22*(43), 1-22.
- Sala, A., Punie, Y., Garkov, V., & Cabrera Giraldez, M. (2020). *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Life Skills nei sistemi di salute e di cura: logiche, esperienze e valori nella Formazione in Sanità

Carmelo Salvatore Benfante Picogna¹, Eleonora Indorato², Ilenia Parenti³

Keywords

Empowerment, ICF, Life Course, Arteterapia

Abstract

L'articolo ha come tema le Life Skills (LS) nei sistemi di salute/cura e come logiche, esperienze e valori nella formazione in Sanità degli operatori e, a cascata, dei presidi della comunità fra cui, principalmente, la scuola e il sistema di istruzione e formazione in generale. Dopo avere introdotto il concetto e l'importanza delle LS per lo sviluppo di competenze funzionali alla promozione della salute in tutti i contesti di vita delle persone si concentra su alcune significative esperienze del Cefpas (Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario) vero fiore all'occhiello della Regione Siciliana, con sede a Caltanissetta, evidenziando i risultati ottenuti sia nel campo della formazione che in quello della divulgazione nell'ottica sistemica di una sinergia costante con le comunità del territorio.

1. Introduzione

Qualsiasi lavoro intenda affrontare, oggi, il tema delle *Life Skills* (LS) in qualsivoglia campo (salute, lavoro, educazione, svago ecc.) non può non considerare la linea di demarcazione, di un prima e un dopo, segnati dalla pandemia da Sars Cov-2.

Tutto quello che è accaduto nella fase acuta, tra il mese di febbraio 2020 e l'autunno del 2022, ha radicalmente modificato molti aspetti della vita di ciascuno di noi a livello planetario incidendo, soprattutto, sulla sfera psichica, emotiva, relazionale e nell'approccio all'universo della salute, tanto nel senso della cura di sé quanto delle politiche sanitarie dei paesi.

Le dieci LS definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)⁴ negli anni '90 del secolo scorso vengono, oggi, ad assumere un significato ancora più ampio e dal valore orientante per ridefinire la responsabilità individuale e collettiva nei confronti della propria e dell'altrui salute.

In questo, un'ancora più grande responsabilità hanno le diverse agenzie che, a vario titolo e con differenti livelli di implicazione, si occupano di educazione e formazione dei professionisti della salute e della cura per i quali le LS, dunque, si pongono come denominatore comune della loro costituzione professionale.

Questo lavoro intende mettere a fuoco il valore costitutivo delle LS nel Piano Nazionale Prevenzione (PNP) del Ministero della Salute con particolare riferimento agli obiettivi educativi e formativi della popolazione adulta più difficilmente raggiungibile perché al di fuori dei circuiti formali del sistema nazionale di istruzione e formazione; la formazione continua dei professionisti della salute e della cura a cui è demandato il compito, fra gli altri, di promuovere le LS nella popolazione adulta attraverso l'assistenza, la cura e l'educazione alla salute. Saranno, inoltre, presi in considerazione alcuni approcci ritenuti fra i più efficaci nell'apprendimento degli adulti tra cui quello esperienziale, l'attività di *coaching* e *tutorship*, la *peer education*, il *self-empowerment* e l'*empowerment*, la *self-leadership* e *leadership*, secondo una visione olistica orientata al *problem solving* e al *decision making*.

Alcune tra le più significative esperienze del Cefpas, infine, offriranno un contributo concreto alla comprensione di come l'educazione e la formazione *long, deep and wide life* siano fondamentali per la consapevolezza,

la promozione e la conservazione della salute delle persone nonché verso quali obiettivi le politiche sanitarie dei paesi dovrebbero orientarsi.

2. La formazione del personale sanitario per la promozione della salute attraverso le Life Skills

Il PNP 2020-2025⁵, strumento di pianificazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute, ha definito un sistema di azioni finalizzato a favorire la salute e la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, rivolto ai cittadini in tutte le fasi della vita (approccio *life course*) e per setting, promuovendo il coinvolgimento di molteplici attori e delle comunità.

Il PNP, nell'ambito del Programma Predefinito PP1 "Scuole che promuovono Salute", sostiene un approccio educativo orientato alle LS per facilitare l'adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani. Nella Carta di Ottawa⁶ (1986), dedicata alla Promozione della Salute, venivano indicate le LS tra gli strumenti per favorire lo sviluppo della salute e consentire alle persone di raggiungere il loro massimo potenziale di salute in quanto bene personale e sociale. Oggi, sulla scorta dell'impegno sancito ad Ottawa, la Carta di Ginevra⁷ (2021) evolve ulteriormente l'impegno per le società chiamate ad agire un ruolo di "promotrici di ben-essere". La proposta educativa lungo tutto il percorso di istruzione e formazione consente di intervenire precocemente con un approccio globale nella promozione della salute negli studenti e raggiungere i target secondari e i moltiplicatori dell'azione preventiva o di promozione: famiglie, insegnanti, figure professionali di servizi diversi, comunità e reti sinergiche.

In quest'ottica l'efficacia dello sviluppo della promozione della salute negli ambienti di apprendimento formali e non formali pone le basi per un'alleanza tra scuola e sistema sanitario, orientata alla proficua interazione assicurata da momenti di co-progettazione e co-costruzione degli ambienti educativi favorevoli all'adozione di comportamenti salutari. Ciò viene fissato nel documento di intesa tra Ministero della Salute e MIUR "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute"⁸ che inquadra le modalità di "condivisione di obiettivi tra il livello centrale e quello Regionale, al fine di garantire un impegno attivo in favore dell'implementazione, del monitoraggio e della valutazione di efficaci strategie di promozione della salute"⁹. In questa cornice metodologica si riconosce l'importanza dell'efficacia dei programmi incentrati sulle LS che utilizzano approcci partecipativi (cooperative e collaborative learning, co-design ecc.) e misure basate sulle buone pratiche.

Queste premesse sollecitano una profonda riflessione anche in considerazione dei significativi cambiamenti che l'esperienza pandemica ha segnato in tutti gli ambienti di vita quotidiani. Ripensare la formazione, prendendo le distanze da modelli *one size fits all*, rimanda l'attenzione all'importanza del processo di analisi del bisogno, ai fattori di contesto, alle premesse per le scelte metodologiche e alle pratiche di intervento con approcci *life course*, strutturati e sistematici, volti a potenziarne impatto e ricaduta per favorire comportamenti salutari, ma anche il ben-essere e la motivazione all'impegno.

3. Le Life Skills come base per l'educazione alla salute della popolazione adulta

Dall'analisi delle dieci competenze identificate dall'OMS, dalla *Consapevolezza di sé*, *Gestione delle emozioni*, *Gestione dello stress*, *Comunicazione efficace*, *Relazioni efficaci*, *Empatia*, *Pensiero Creativo*, *Pensiero Critico*, *capacità di Prendere decisioni* fino alla competenza di *Risolvere i problemi*, emerge che il processo educativo di promozione e prevenzione necessita di strategie efficaci per il potenziamento di abilità di base pre-esistenti nella persona. L'apprendimento esperienziale e partecipato (Lewin, 1946) è una delle principali metodologie che favorisce il processo di consapevolezza e consente alle persone di affrontare situazioni di incertezza svi-

luppando comportamenti adattivi, migliorando, nel contempo, la capacità di gestire la propria emotività nei momenti di maggiore stress psicologico.

Anche secondo David A. Kolb (1984) l'apprendimento efficace si sviluppa attraverso un processo ciclico fondato sull'esperienza: apprendere dall'esperienza concreta, proseguire attraverso l'osservazione riflessiva, sviluppare la concettualizzazione astratta e, infine, sperimentare attivamente ciò che si è appreso. Lo stesso pattern è stato condiviso da John Dewey (1938) per il quale l'esperienza pratica è un metodo educativo; Kurt Lewin (1946) precisa che l'apporto dell'esperienza è fondamentale nella formazione dei concetti e, infine, anche Jean Piaget (1936) sottolinea il valore della sequenza azione-rappresentazione nel processo di apprendimento. Questo approccio, dal concreto all'astratto, dall'esperienza alla concettualizzazione, consente alla persona di sviluppare e potenziare le proprie abilità di *problem solving* nella gestione della quotidianità, anche attraverso strategie creative acquisendo l'autoconsapevolezza mediante un processo di auto-osservazione (metacognizione) ed etero-osservazione che consente di ridefinire eventuali comportamenti inadeguati e di valorizzare quelli costruttivi e funzionali. L'esperienza così acquisita diviene patrimonio di conoscenza del soggetto e costituirà il nuovo punto di partenza di ulteriori evoluzioni.

Il processo di apprendimento nella sua dinamicità favorisce una continua evoluzione soggettiva e consente la sedimentazione di conoscenze che si traducono in competenze fino a diventare comportamenti funzionali e adeguati ad uno scopo preciso. Bloom (1956), nella tassonomia dell'apprendimento, sottolinea come alcune abilità cognitive favoriscano l'apprendimento grazie a una coniugazione continua e costante fra Sapere (conoscenza), Saper fare (abilità) e Saper Essere (competenza).

Ricordare, comprendere, applicare, analizzare, valutare e creare sono alcune abilità cognitive che favoriscono il potenziamento delle LS fondamentali per il *self-empowerment* e l'*empowerment* e, dunque, bisogna sviluppare percorsi formativi personalizzati secondo un approccio sartoriale, a misura di cittadino, di educazione alla salute che siano rispondenti ai bisogni effettivi della persona. Lavorare sulla motivazione personale attraverso attività di *coaching*, *tutorship* (Zannini, 2005), utilizzare strategie di comunicazione efficace e ascolto attivo attraverso la creazione di laboratori formativi in cui sperimentare le principali tecniche di *problem solving* e *decision making* (Pilati, 2023), gestire la *leadership* e favorire la relazione di aiuto (Albarea, 2013) attraverso la presa in carico della persona in senso olistico in modo da analizzare i punti di forza e di debolezza potenziando le abilità già presenti e riducendo le criticità che potrebbero ostacolare l'evoluzione personale e professionale dell'altro.

La formazione dei formatori e le modalità di apprendimento-insegnamento a cascata rappresentano (Bruscazioni, 2007; Caltabiano & Sassu, 2006) un'altra metodologia efficace nel potenziamento delle LS e nella messa in atto delle *Soft Skills*, competenze trasversali che influenzano la nostra performance lavorativa, alla pari, se non in modo addirittura superiore, delle competenze tecnico-teoriche (*Hard Skills*).

Lavorare apprendendo e apprendere lavorando consente di sviluppare le *Soft Skills* (capacità comunicative, collaborative e di gestione dello stress) potenziando contemporaneamente le capacità di adattamento, la resilienza, l'abilità di mantenere il focus sugli obiettivi, l'attenzione ai dettagli, la gestione delle risorse e delle informazioni. Tali capacità sono indici e criteri essenziali per il benessere psico-sociale della persona poiché potenziano le aree emotive, cognitive e relazionali che orientano i comportamenti. In particolare:

- L'Area emotiva in cui rientra la consapevolezza di sé, la gestione delle emozioni e la gestione dello stress
- L'Area cognitiva che favorisce le capacità di *problem solving*, *decision making*, lo sviluppo del pensiero creativo e critico

- L'Area relazionale che si potenzia attraverso l'apprendimento della comunicazione efficace, lo sviluppo di relazioni interpersonali, la gestione dell'empatia.

Come si può intuire, tutte queste "competenze di vita" sono fattore di successo, non solo nell'ambiente lavorativo, ma anche in tutti gli altri contesti di vita quotidiana.

Valorizzare l'intelligenza emotiva (Goleman, 1995) favorisce la capacità di riconoscere le nostre emozioni e quelle degli altri, utilizzando queste informazioni per guidare pensieri e comportamenti orientati alla gestione di una comunicazione e relazione collaborativa e a una *leadership* efficace. L'auto-consapevolezza e l'autogestione nei processi di promozione, prevenzione ed educazione alla salute¹⁰, consentono di condurre un'autovalutazione realistica di obiettivi, emozioni, motivazioni, punti di forza e debolezza. L'autogestione, in particolare, è anche la capacità di saper pensare prima di agire sospendendo giudizi affrettati e decisioni impulsive. Abbiamo, oggi, l'esigenza di potenziare e amplificare negli operatori socio-sanitari i valori che afferiscono alla consapevolezza sociale (empatia, comprensione e considerazione dei sentimenti delle altre persone, capacità di leggere i segnali non verbali) e alla competenza sociale, culmine dell'intelligenza emotiva, in cui le persone, le reti sociali, i team multiprofessionali e multidisciplinari favoriscono l'applicazione concreta delle LS.

Ecco perché le istituzioni, a tutti i livelli e in tutti i contesti, sono chiamate, come ci ricorda Morin (2015), ad assumere un'importante funzione orientante nei confronti di ogni persona che, a prescindere dall'età, si trovi a dover fare delle scelte in maniera consapevole e quanto più se quest'ultima attiene alla sfera della salute psicofisica. Fra le istituzioni quelle educative hanno, in questo *path*, una responsabilità maggiore in quanto gli operatori del settore (psicopedagogisti, educatori, insegnanti ecc.), svolgendo anche una funzione di mediazione con le altre strutture sociali, divengono costruttori e facilitatori di relazioni interistituzionali anche in ambito sanitario e del benessere. Si comprende, dunque, come sia necessario superare la concezione squisitamente istituzionale-amministrativo-burocratica per fare spazio all'idea nussbaumiana di accedere ad un sostrato culturale che guardi soprattutto alla persona e quindi all'umanità, vale a dire ai suoi valori impliciti e antropologicamente costitutivi (Nussbaum, 2006). Questa prospettiva aderisce perfettamente alla teoria economica di Amartya Kumar Sen (1999/2020) che introduce il concetto di libertà come base per lo sviluppo e l'espansione di una crescita armonica - sociale, professionale, economica - in cui deve necessariamente trovare spazio anche la promozione, la tutela e l'accrescimento del benessere e della salute.

4. Esperienze e progetti del CEFPAS

Il Cefpas, Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del personale del Servizio Sanitario - Ente strumentale per la Formazione dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, ha maturato delle esperienze rilevanti in tema di LS, coniugando metodologie e strumenti che si connotano come buone pratiche. Già nel 2017, nell'ambito del Salus Festival¹¹, kermesse di rilevanza nazionale sulla promozione a 360° gradi della salute, svoltosi dal 29 novembre al 3 dicembre, è stato possibile, grazie alla collaborazione con Epale, organizzare una sessione sull'alfabetizzazione sanitaria in età adulta rivolta principalmente a quelle fasce deboli di cittadini (locali, migranti, detenuti ecc.) le quali, per le difficoltà di accesso alle informazioni riguardanti la tutela della propria salute, a causa della loro condizione di marginalità, necessitano di un'attenzione particolare e di un accompagnamento continuo.

A partire dal 2018, poi, su commessa dell'ASP di Palermo, ha realizzato i progetti "*Life Skills e Resilienza*" (Cefpas, 2020) con l'obiettivo di fornire agli insegnanti e ai formatori metodologie e strumenti per sviluppare le LS nella scuola, da utilizzarle attraverso la didattica quotidiana e attività finalizzate a favorire comportamenti intenzionali per migliorare la salute, il ben-essere e il successo formativo.

L'esperienza, costruita per il setting scolastico, ha consentito di formare, dal 2019 ad oggi, più di 340 docenti e operatori sanitari dei servizi dedicati alla prevenzione e promozione della salute. La prima peculiarità dei progetti "Life Skills e Resilienza" è la prospettiva metodologica della progettazione partecipata o partecipativa (Brunod, 2007) a cui, oltre al Cefpas hanno contribuito: UOC Dipendenze Patologiche e Distretto 34 ASP Palermo, ISS, Istituto di Psicologia Funzionale Corporea, USR - ambito territoriale di Palermo, Dirigenti Scolastici, Docenti e Associazioni del Terzo Settore.

Il percorso formativo, variabile nelle diverse edizioni da 73 a 80 ore, è stato articolato in 5 moduli dedicati all'approfondimento delle 10 LS raccomandate dall'OMS, strutturati in sessioni plenarie e attività laboratoriali, condotte con una metodologia di tipo partecipativo ed esperienziale. L'apprendimento situato nei piccoli gruppi è stato incentrato sul potenziamento delle risorse e competenze personali e professionali dei partecipanti e sugli approfondimenti di metodi applicabili a scuola. Entrambe le azioni hanno contribuito al potenziamento funzionale delle LS, posizionandosi nella dinamica delle relazioni.

L'avvento del COVID-19, durante la realizzazione della I edizione dei corsi, ha costretto il gruppo di lavoro al riadattamento rapido del progetto all'evoluzione del contesto pandemico, mantenendo la formazione dei partecipanti in costruiti spazi laboratoriali a distanza dedicati al confronto e al supporto alla decodifica del cambiamento e alla sperimentazione delle LS individuali dei partecipanti, favorendo la promozione a cascata delle stesse abilità degli studenti. In virtù di un accordo fra Cefpas, ASP di Palermo e Istituto Superiore di Sanità la strutturazione condivisa del percorso formativo ha previsto quattro livelli di valutazione: gradimento, apprendimento, monitoraggio attraverso il diario delle attività, atteggiamenti e comportamenti. La valutazione degli atteggiamenti e comportamenti è stata realizzata con l'uso di questionari e scale auto-riferite validate. I risultati attualmente disponibili per la I edizione del corso hanno documentato un miglioramento significativo del senso di autoefficacia personale e collettivo nel contesto scolastico e della relazione degli insegnanti con gli studenti e i genitori (Cefpas, 2020).

La forma di partecipazione della progettazione promossa dal gruppo di lavoro è stata orientata al coinvolgimento con un potere decisionario condiviso fra tutti gli attori del processo, con l'obiettivo di valorizzare il *know-how*, gli apprendimenti e le pratiche di ciascun rappresentante presente il che ha consentito agli *stakeholders* di agire un ruolo attivo soprattutto nella definizione dei termini di riferimento fondati sulla continuità e sostenibilità degli interventi.

L'esperienza sopracitata è diventata l'azione 6 *Life Skills e Resilienza* del PP01 *Scuole che promuovono Salute* nel Piano Regionale Prevenzione 2020-2025 della Regione Sicilia (Suppl. ord. n. 2 alla Gurs n. 2 del 14 gennaio 2022). Il progetto adotta il Modello di Scuole che Promuovono Salute e i quattro ambiti di intervento a cui il modello fa riferimento: sviluppo delle competenze individuali, qualifica dell'ambiente sociale, miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo e rafforzamento della collaborazione comunitaria.

Ampliare e supportare la cultura della Promozione della Salute nella comunità scolastica, secondo l'approccio *globale* raccomandato dall'OMS, si declina nella pratica con le metodologie attive, volte allo sviluppo del senso critico e al rinforzo dell'identità personale. Il Cefpas ha formato un primo nucleo di 30 operatori socio-sanitari, al metodo delle Arti terapie insieme ad Artedo nazionale, un network di arti terapeuti qualificati, con l'obiettivo di sviluppare competenze specifiche negli operatori socio-sanitari per la promozione della salute e del benessere degli studenti.

Il programma "Master Formazione al Metodo delle Arti Terapie" nell'ambito del PO PSN 2017 Officine - Laboratorio permanente di ArteTerapia per lo sviluppo delle LS e la Promozione della Salute, si è realizzato in modalità *blended* per complessive 250 ore, di cui 108 in laboratori residenziali. La formazione si è posta due importanti obiettivi: lo sviluppo di specifiche competenze negli operatori socio-sanitari per l'utilizzo e l'applicazione dei

metodi delle Arti terapie per la promozione della salute e del benessere tra i giovani; la costruzione di una rete regionale impegnata nello sviluppo delle abilità di vita (LS). La prima parte del percorso formativo si è conclusa con l'elaborazione di un *project work*, finalizzato alla sperimentazione delle competenze sviluppate durante il percorso e al potenziamento delle capacità di lavoro di rete. Ancora in fieri la progettazione "Laboratorio Permanente di Artiterapie" che il Cefpas sta portando avanti e che non appena definito sarà fruibile da tutti gli operatori della regione. Uno spazio aperto a progettualità di sperimentazione di modelli, tecniche e strumenti innovativi per lo sviluppo delle Artiterapie.

Il ricorso strumentale alle arti e alla cultura si sta diffondendo sempre di più nei contesti di cura confermando il loro benefico impatto sia sulla salute mentale che su quella fisica. Lo dimostra il Rapporto OMS (Fancourt & Finn, 2019), che raccoglie la revisione di più di 3000 studi in 20 anni di pubblicazioni (*scoping review*). Strumenti utili che, al di là della scelta e della preferenza individuale, possono far parte della cassetta degli attrezzi dei formatori, da applicare in maniera integrata ai metodi raccomandati per promuovere le competenze LS attraverso la partecipazione attiva, le assunzioni di responsabilità, il *cooperative learning*, l'educazione tra pari, i laboratori.

5. Conclusioni

Diversi fattori, ormai da tempo, impongono un'attenta e non più rimandabile, riflessione sul presente e futuro dei sistemi atti a presidiare la salute dei cittadini. Fra questi, l'innalzamento dell'aspettativa di vita, da un lato e la denatalità, dall'altro, sono fondamentali per comprendere che la salute, nella sua classica paradigmatica declinazione prevenzione–diagnosi–cura non è più praticabile, nel senso che non è più, da sola, sufficiente, ad assicurare a tutti un adeguato stato di salute, basandosi sul vecchio modello medico.

La filosofia che sottende alla concezione del modello ICF (*International Classification of Functioning, Health and Disease*) dell'OMS, del resto, si basa sui tre pilastri bio-psico-sociale significando che lo stato di salute (e non di malattia) di una persona non riguarda soltanto questa e non dipende soltanto da questa ma, piuttosto, da altri fattori co-agenti quali, appunto quello fisico, psichico e sociale. Si comprende, dunque, come l'interazione fra struttura fisica, atteggiamenti personali, sistemi valoriali e relazioni sociali siano determinanti per la vita intrapersonale e interpersonale di ogni soggetto.

Le LS, pertanto, in questa prospettiva, rivestono un'importanza fondamentale perché aiutano la persona a regolare il rapporto con se stessa e con gli altri e, nel nostro caso, nell'approccio "adulto", consapevole e responsabile, verso il proprio e l'altrui stato di salute o, per dirlo, secondo l'approccio ICF, verso il proprio e l'altrui funzionamento.

Investire su itinerari educativi che intendano sviluppare le LS nella popolazione adulta, fuori dai circuiti educativi e formativi regolari e/o comunque raggiungibili, rappresenta, senz'altro, non solo un dovere etico-sociale, ma anche un modo per ri-costruire un sistema di valori attorno alla questione *salute* e non ultimo, un modo per non disperdere le risorse, professionali e economiche, rendendole più efficaci ed efficienti.

Note

- ¹ Carmelo Salvatore Benfante Picogna è Dirigente scolastico, Pedagogista, abilitato alla professione di Psicologo, Ambasciatore EDA/Erasmus+/Epale, Giornalista pubblicitaria, Giudice onorario presso il Tribunale per i Minorenni di Caltanissetta.
- ² Eleonora Indorato, Dirigente della Scuola per Medici di Medicina Generale Cefpas, esperta in metodologia e progettazione della Formazione in Sanità, area top e middle management. Pedagogista clinico, Counsellor, Giudice onorario presso il Tribunale per i minorenni di Caltanissetta.
- ³ Ilenia Parenti è Pedagogista, Referente attività formative e formazione manageriale, Esperta in metodologia e progettazione della Formazione in Sanità presso il Cefpas. Svolge attività di studio e ricerca sull'innovazione metodologica nelle materie della formazione e dell'educazione e promozione della salute.
- ⁴ Si veda: Associazione Life Skills Italia. Cosa sono le Life Skills. Disponibile in: <https://www.lifeskills.it/le-10-lifeskills/> [4 giugno 2023].
- ⁵ Cfr. Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*. Disponibile in: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf [7 giugno 2023].
- ⁶ Durante la prima Conferenza internazionale OMS per la promozione della salute, realizzata ad Ottawa nel 1986, è stata presentata la Carta per stimolare la costruzione di una politica di tutela della salute per tutti, entro il 2000 e oltre. L'impegno a favore della Salute è concepito non più di competenza esclusiva delle istituzioni sanitarie, né del singolo individuo, ma un impegno sociale che coinvolge tutti, in tutti i settori e a tutti i livelli. Disponibile in: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349652> [4 giugno 2023].
- ⁷ La Carta di Ginevra è stata adottata per la X Conferenza Mondiale sulla Promozione della Salute (2021).
- ⁸ Gli Indirizzi di Policy integrate per la Scuola che promuove Salute, documento del 2019 presentato dal Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e dal Ministro della Salute, a cui fanno riferimento il P.N.P 2020-2025 e il P.R.P. 2020-2025, promuovono la scuola come un «ambiente favorevole alla salute» utilizzando metodologie partecipative attraverso azioni di natura educativo/formativa come le LS, trasversali alla didattica. Disponibile in: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3607_listaFile_itemName_0_file.pdf [4 giugno 2023].
- ⁹ Conferenza Stato-Regioni del 17.01.2019: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento concernente *Indirizzi di "policy" integrate per la Scuola che Promuove Salute*. Disponibile in: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3607_listaFile_itemName_0_file.pdf [4 giugno 2023].
- ¹⁰ AA. VV. (2016) *Programma di autogestione della salute "Paziente esperto: un viaggio nello star bene". Il ruolo attivo del cittadino e della comunità. L'esperienza dell'AUSL Toscana Centro di Prato negli anni 2013-14*. Disponibile in: <https://www.epicentro.iss.it/ben/2016/marzo/1> [6 giugno 2023].
- ¹¹ Salus Festival 2017. Disponibile in: <https://www.cefpas.it/salus-festival-2017/> [6 giugno 2023].

Riferimenti bibliografici

- AA. VV. (2012). *Promuovere la Salute a Scuola. Dall'evidenza all'azione* (B. Baggio, Trans). Disponibile in: <https://www.scuolapromuovesalute.it/wp-content/uploads/2020/09/IUHPE-2010-Evidenza-azione-ITA.pdf>.
- Albarea, R. (2013). Saperi esperienziali e leadership sostenibile nell'educazione degli adulti. Riflessioni pedagogiche. *Journal of Educational, Cultural and Psychological Studies (ECPS Journal)*, 4(7), 161-186.
- Benfante Picogna, C. S. (2017). *Alfabetizzazione sanitaria in età adulta*. Disponibile in: epale.ec.europa.eu/en/content/alfabetizzazione-sanitaria-eta-adulta [6 giugno 2023].
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of education objectives. Vol. 1: cognitive domain*. New York: David McKay.
- Brunod, M. (2007). Aspetti metodologici nella progettazione partecipata. *Spunti*, 9(2007), 127-134. Disponibile in: https://studioaps.it/wp-content/uploads/2023/02/Spunti-n.9_pp.-127-134_M.-Brunod.pdf [10 giugno 2023].
- Brusciaglioni, M. (2007). *Persona empowerment: poter aprire nuove possibilità nel lavoro e nella vita*. Milano: Franco Angeli.
- Caltabiano, P. S., & Sassu F. (Eds.). (2006). *Il valore della competenza. Logiche ed esperienze a confronto*. Milano: Franco Angeli.

- Cammara, G. N., Fulco, E., Montalbano, M., Picone, F., & Serio, G. (2023). *Esplorare l'efficacia dell'Arte contemporanea per prevenire il burnout e promuovere il benessere degli operatori socio sanitari. Mission - Open Access*, (59).
- Cefpas. (2020). Life Skills e resilienza: strategie efficaci per promuovere la salute a scuola. Disponibile in: <https://www.cefpas.it/poster/> [10 giugno 2023].
- Cultural Welfare Center - CCW. *Ente promotore di welfare culturale con la finalità di generare Cultura per la Cura e il Benessere delle persone, delle organizzazioni, delle comunità e dei territori*. Disponibile in: <https://culturalwelfare.center/> [6 giugno 2023].
- Dewey, J. (1938). *Experience and education*. New York: Macmillan Company.
- Fancourt, D., & Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponibile in: https://www.dors.it/documentazione/testo/202108/reportOMS2019artisalute_20210727.pdf.
- Goleman, D. (1995). *Intelligenza emotiva*. Milano: Rizzoli.
- Goleman, D. (2005). *Lavorare con intelligenza emotiva. Come inventare un nuovo rapporto con il lavoro*. Milano: Rizzoli.
- Goleman, D. (2013). *Leadership emotiva. Una nuova intelligenza per guidarci oltre la crisi* (F. Peri, Trans). Milano: BUR Rizzoli.
- Guilbert, J. J. (2002). *Guida pedagogica per il personale sanitario* (G. Palasciano, A. Lotti Modugno, Trans). Bari: Edizioni dal Sud. (Original work published 1969).
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34-46.
- Lombardia Regione, & Ufficio Scolastico Regione per la Lombardia. *Il Modello delle Scuole che Promuovono Salute*. Regione Lombardia. Disponibile in: <https://www.scuolapromuovesalute.it/> [6 giugno 2023].
- Morin, E. (2015). *Insegnare a vivere. Manifesto per cambiare l'educazione* (S. Lazzari, Trans). Milano: Raffaello Cortina. (Original work published 2014).
- Nussbaum, M. C. (2006). *Coltivare l'umanità. I classici, il multiculturalismo e l'educazione contemporanea* (S. Paderni, Trans). Roma: Carocci. (Original work published 1997).
- Piaget, J. (1976). *La nascita dell'intelligenza nel fanciullo*. Firenze: Giunti-Marzocco.
- Pilati, M. (2023). *Problem solving e decision making. Individui, gruppi, culture e soft skill*. Milano: Guerini Next.
- Sen, A. K. (2020). *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia* (G. Rigamonti, Trans). Milano: Mondadori. (Original work published 1999).
- Zannini, L. (2005). *La tutorship nella formazione degli adulti: uno sguardo pedagogico*. Milano: Guerini Scientifica.

Digital Health literacy: necessità o requisito per la salute oggi?

Sabrina Grigolo¹, Giancarlo De Leo², Fulvio Ananasso³, Giuseppe Recchia⁴,
Sebastiano Filetti⁵

Keywords

Digital Health Literacy, Digital
Medicine, Digital for Health

Abstract

Le basi della "trasformazione digitale" nel settore della salute e sanità coinvolgono tutti i protagonisti inclusi pazienti, caregiver, famiglie, cittadini in senso più ampio, professionisti sanitari, organizzazioni, istituzioni, aziende e politica. Le competenze digitali per la salute non sono più un'opzione, ma sono requisito necessario per sviluppare e migliorare la qualità della vita. Dopo il successo delle All Digital Weeks 2023, coordinate in Italia da Stati Generali dell'Innovazione, in particolare nel settore Salute, Sanità e Accessibilità, si auspica la creazione di un centro di eccellenza e coordinamento delle competenze e progettualità nella e-health/Digital Health Literacy (DHL) e nei settori correlati, inclusi soluzioni e processi organizzativi ICT-based per sostenere tali tematiche.

1. Introduzione

Le tecnologie digitali hanno avuto un profondo impatto sulla società, trasformando molti aspetti della nostra vita. L'uso diffuso dei dispositivi e di Internet ha rivoluzionato la comunicazione, il lavoro, lo studio, l'intrattenimento e persino il modo di viaggiare. Questa trasformazione ha aperto nuove possibilità anche nel settore della salute e della medicina, consentendo l'accesso a informazioni e conoscenze in modo rapido e diffuso. L'utilizzo di strumenti digitali per interventi sanitari sta migliorando la salute delle persone, consentendo la prevenzione, diagnosi, monitoraggio e trattamento delle malattie.

In Italia siamo ancora solo all'inizio di una rivoluzione tecnologica che potrebbe trasformare il modo in cui la medicina viene praticata e i servizi sanitari vengono offerti. La medicina digitale o Digital Medicine definita come l'uso di tecnologie software e hardware basati su evidenze cliniche per misurare e/o intervenire a beneficio della salute umana (Recchia, 2021), rappresenta un sotto-insieme della Digital Health, che comprende tutte le tecnologie digitali legate alla salute (Coravos et al., 2019).

La Digital Medicine è emersa come una importante opportunità durante la pandemia da COVID-19, consentendo ai pazienti e ai professionisti sanitari di comunicare, interagire e prendere decisioni. Grazie a queste tecnologie, vengono erogati ogni giorno numerosi servizi ai cittadini e vengono raccolte grandi quantità di dati, che tracciano i nostri consumi e le nostre abitudini. Questo solleva la domanda se l'alfabetizzazione digitale per la salute sia ancora un'opzione o sia diventata un requisito essenziale.

A livello europeo, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è stato introdotto come risposta alla grave crisi economica derivante dall'emergenza COVID. È naturale, pertanto, che una parte di investimenti del PNRR sia destinata al potenziamento del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Nel campo sanitario, le applicazioni come la telemedicina, la tele-assistenza, l'aderenza terapeutica, il monitoraggio dei parametri vitali e dello stile di vita sono ormai realtà concrete grazie ai progressi della sensoristica e all'Internet delle Cose (IoT) e alla diffusione estesa della connettività. Questo permette uno scenario "always-on" in cui siamo connessi in ogni momento e ovunque (Marino, Miceli, Naccari Carlizzi & Quattrone, 2023).

La grande quantità di dati generata dal SSN può essere gestita in modo più efficiente ed efficace utilizzando in modo intelligente le informazioni per lo sviluppo di nuovi prodotti e servizi.

I dati prodotti direttamente dal sistema sanitario si uniscono a quelli originati dai pazienti stessi attraverso le applicazioni di monitoraggio e informazione, sempre più diffuse sugli smartphone, così come i social network dedicati alla salute. Questi dati rappresentano un prezioso patrimonio da cui le istituzioni possono attingere per migliorare i percorsi di cura e la qualità dei servizi sanitari.

Ciò consente di adottare un approccio più coeso ed efficace nel sistema sanitario per rispondere meglio alle esigenze dei pazienti, dei *caregiver* e dei cittadini in generale. Inoltre, l'applicazione di un modello di innovazione basato sulla partecipazione proattiva dei diversi componenti della società come il mondo accademico, delle imprese, della pubblica amministrazione e della società civile, permette di trarre maggiori vantaggi da queste tecnologie.

L'utilizzo delle nuove tecnologie digitali delle ICT diventa inevitabile per promuovere un migliore coordinamento della cura tra i fornitori e il settore socio-sanitario. Questo si ottiene attraverso un utilizzo più efficace ed etico dei dati, al fine di fornire una visione completa del percorso di cura e di sviluppare tecnologie e prodotti che offrano servizi e prestazioni sanitarie di alto valore per tutti i cittadini (De Leo, 2021).

Per comprendere le implicazioni di tutto ciò, è necessario considerare il contesto in cui si inserisce la medicina digitale, che comprende l'ambiente di vita del paziente, del *caregiver* e delle famiglie, da un lato, e l'ambiente della professione medica e sanitaria dall'altro. Di seguito proponiamo una rappresentazione del modello di relazione di cura che, come potete vedere, è formato dal "mondo" delle famiglie, dei pazienti e dei *caregiver*, caratterizzato da un sapere esperienziale che deriva dalla convivenza con la malattia nelle sue dimensioni della quotidianità, e dal "mondo" dei sanitari, dei professionisti, degli scienziati e dei ricercatori il cui sapere scientifico, acquisito sui libri e nella formazione sul campo, individua e propone trattamenti, terapie, percorsi di cura al fine di garantire la piena autonomia ed espressione delle persone malate e dei loro *caregiver*. Come si può osservare, il punto di incontro è la relazione tra le parti che rappresenta il centro dell'ecosistema (Fig. 1).



Fig. 1 - Schema rappresentativo del modello di relazione di cura in Tendenze Nuove, 2021

Oggi il paziente e il *caregiver* non sono più relegati a un ruolo passivo nelle cure ma richiedono sempre più un coinvolgimento attivo nelle decisioni terapeutiche e nel percorso di cura. Questo segna un cambiamento epocale nell'affermazione dei loro diritti fondamentali, trattandoli come agenti del cambiamento e responsabili della propria cura, piuttosto che soggetti fragili da proteggere. Questa evoluzione richiede l'acquisizione di nuove competenze per la salute, comprese le competenze digitali, non solo per le professioni sanitarie e mediche ma anche per i pazienti, *caregiver* e i cittadini in generale (Grigolo, Agresta, Mazzariol & Van Doorne, 2021).

2. La digital literacy nella salute: necessità di un momento o requisito permanente?

La dimensione della salute digitale manca attualmente di un lessico standard e le diverse discipline coinvolte spesso utilizzano linguaggi differenti. In questa vasta e complessa categoria delle tecnologie digitali per la salute (*Digital Health Technologies*) troviamo numerose applicazioni e strumenti con diverse finalità, come la diagnosi, il monitoraggio delle condizioni cliniche, il supporto alle decisioni mediche e l'intervento nella gestione della malattia (Gussoni, 2021). Tra i principali fattori critici di successo delle *Digital Technologies* possiamo identificare:

- la *centralità della relazione di cura*, come nuovo paradigma nell'interazione tra gli attori del sistema
- la *cultura del dato e del suo valore*, come concetto chiaro, condiviso e trasparente tra tutti gli attori e in tutti i livelli di gestione
- le *competenze digitali*, come percorso continuo di formazione e sviluppo di nuove conoscenze e competenze di tutti i protagonisti del cambiamento
- gli *investimenti finanziari*, come strategia integrata e convergente per la trasformazione *concettuale e tecnologica* di un nuovo sistema interoperabile che promuova l'ampia diffusione, l'accessibilità e l'equità
- la *Governance*, attraverso una visione olistica e sistemica di implementazione e gestione dell'*e-Health*, integrando le enormi potenzialità delle nuove tecnologie in un nuovo *Disegno dei processi*.

La *trasformazione digitale* si basa principalmente su cambiamenti culturali che coinvolgono tutti i protagonisti: tra cui i pazienti, i *caregiver*, le famiglie, i cittadini in generale, i professionisti sanitari, le organizzazioni, le istituzioni, le aziende e la politica. Nell'ambito della salute e della cura è necessaria una profonda interconnessione tra conoscenze scientifiche ed esperienziali, creando un sistema digitale per la salute che ponga la relazione tra le parti come elemento coesivo, con il paziente come protagonista. La tecnologia offre una prospettiva di cura che valorizza la storia autobiografica dei pazienti superando così il paradigma biomedico ancora oggi presente nelle realtà sanitarie. Pertanto, è necessario garantire una sanità digitale guidata da un umanesimo tecnologico della cura, con una multidisciplinarietà che generi valore. I sistemi digitali applicati alla salute devono facilitare la comunicazione interoperabile dei dati, consentendo lo scambio di informazioni senza dover necessariamente spostare i pazienti e i loro familiari (De Leo, 2021).

La cultura del dato *Digital oriented*, gli investimenti nelle infrastrutture e nei processi di interoperabilità di sistema e la formazione del personale sanitario e dei pazienti rappresentano pilastri fondamentali per l'implementazione del sistema di digital medicine includendo i test di usabilità, la riduzione del divario digitale e l'offerta di opportunità concrete per una gestione sanitaria più inclusiva.

Nel processo di definizione delle politiche nel campo della salute digitale, è importante considerare alcuni aspetti imprescindibili tra cui: a) garantire l'efficacia, la sicurezza e l'appropriato utilizzo dei prodotti, oltre all'approvazione specifica da parte delle agenzie regolatorie per indicazioni terapeutiche specifiche, b) tutelare l'equità e l'universalismo eliminando i fattori di discriminazione e di disuguaglianza, c) promuovere il coinvolgimento dei pazienti esperti nei gruppi di ricerca e sviluppo di nuove tecnologie sin dal momento del co-design al fine di ridurre il divario tra ricerca e utilizzo pratico. Oltre alla salute digitale come requisito strutturale, è indispensabile associare la *Digital Health Literacy* (DHL) come requisito permanente per una migliore democrazia sanitaria applicata: senza la giusta competenza, il sistema può fallire⁶.

3. Competenze digitali per i pazienti e per i caregiver

Secondo l'*American Library Association*, l'alfabetizzazione digitale è "la capacità di utilizzare le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) per trovare, valutare, creare e comunicare informazioni. Ciò

richiede abilità sia cognitive che tecniche” (Bua, 2021). Nell’ambito della medicina, la *Digital literacy*, viene definita come *Health literacy* ovvero la “capacità di ottenere, elaborare e capire informazioni sanitarie di base e accedere ai servizi di salute in modo da effettuare scelte consapevoli” (ISS, 1998) e, quindi, “la capacità di cercare, trovare, comprendere e valutare informazioni sulla salute ottenute attraverso l’uso delle tecnologie dell’informazione e l’applicazione delle conoscenze acquisite per affrontare o risolvere problemi di salute”. L’alfabetizzazione digitale e, conseguentemente, la *e-Health Literacy*, sono strumenti fondamentali per consentire ai cittadini in generale e, a pazienti e *caregiver* in particolare, di beneficiare dei vantaggi della medicina digitale e di accedere ai servizi sanitari nel contesto dell’assistenza sanitaria digitale moderna. Il *DigComp 2.1* (Carretero, Vuorikari & Punie, 2017), quadro di riferimento designato dalla Commissione Europea, stabilisce le competenze digitali che i cittadini devono possedere per contribuire attivamente ai cambiamenti in corso dentro e fuori l’EU; ovvero:

- conoscere e comprendere l’uso dell’attrezzatura digitale (PC, *mouse*, tastiera, *tablet* o *smartphone*, *touchscreen*, fotocamera, memorie, ecc.), inclusi i sistemi operativi e i software;
- saper navigare in internet e ricercare e filtrare le informazioni attraverso l’uso dei principali *browser web* e dei motori di ricerca;
- sapere cosa sono i dati digitali, quali formati esistono, come visionare i contenuti per accedere alle informazioni;
- saper gestire l’identità digitale (creazione e memorizzazione delle *password*);
- saper valutare termini, condizioni e regole della *privacy* dichiarate dal fornitore di servizi informatici.

Un paziente con competenze e abilità nell’uso delle risorse digitali è in grado di prendere decisioni, soddisfare i suoi bisogni e risolvere problemi, avendo un pensiero critico e un maggior controllo sulla sua salute.

Tuttavia l’analisi dell’indice dell’economia e della società digitale (DESI) del 2022 evidenzia che l’Italia è ancora indietro nello sviluppo delle competenze digitali, risultando sotto la media europea ed al 25-esimo posto su 27 nazioni esaminate⁷.

Il Decreto del Ministero della Salute del 2.11.2023 “Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio” descrive, per la prima volta in una norma, le competenze necessarie per utilizzare la Telemedicina da parte dei pazienti. Il decreto afferma che l’utilizzo dei servizi di telemedicina richiede l’acquisizione di competenze e la presenza di determinati requisiti anche per coloro che utilizzano il servizio come destinatari della prestazione sanitaria (paziente e/o il *caregiver*); pertanto le soluzioni di telemedicina devono fornire strumenti di informazione/formazione per l’utenza, semplici e facilmente accessibili, quali ad esempio. video tutorial, infografiche, *dépliant* cartacei nonché possibile attività di *coaching* sia in presenza che a distanza per garantire un uso appropriato, in sicurezza e in autonomia da parte del paziente e/o *caregiver*, di tutte le tecnologie fornite al paziente, inclusi i dispositivi medici. La Piattaforma Nazionale per la Diffusione della Telemedicina (PN-DT) mette a disposizione anche strumenti informativi e formativi per i pazienti, al fine di favorire un uso adeguato e consapevole della telemedicina. Inoltre, se il paziente fruisce della prestazione dal proprio domicilio è necessario disporre di una connessione Internet che garantisca una connessione stabile alle piattaforme digitali.

Diventa prioritaria la realizzazione, nell’ambito dell’Agenzia di Sanità Digitale dell’Agenas, del “Piano Nazionale di Formazione in *Digital Health ed e-Leadership*” che preveda l’*assessment*, la formazione e la certificazione delle competenze digitali di tutto il personale che opera nel settore della sanità (manageriale, clinico, sanitario, tecnico ed amministrativo) nonché corsi di *e-Health Literacy* per i pazienti e i *caregiver* (De Leo, 2020).

4. Verso il paziente *partner*: il Corso di Formazione per Paziente e caregiver Esperti in Tecnologie Digitali per la Salute di UnitelmaSapienza di Roma, Fondazione Smith Kline e Accademia del Paziente esperto EUPATI

Progettare e sviluppare Tecnologie Digitali per la Salute e, in particolare, Terapie Digitali che rispondano pienamente ai bisogni e alle esigenze del paziente, è fondamentale per coinvolgere attivamente i pazienti stessi nelle fasi di progettazione e sviluppo. Affinché tale partecipazione sia ottimale, i pazienti devono acquisire competenze e conoscenze specialistiche diventando veri esperti nel settore. Purtroppo, gran parte delle tecnologie per la salute vengono ancora sviluppate senza coinvolgere attivamente, seguendo approcci *top-down* che privilegiano la tecnologia stessa. Il paziente viene considerato come un *fattore umano*, al massimo un informatore e non tanto un vero e proprio partner nel processo di progettazione. In questo modello, i pazienti non svolgono un ruolo uguale a quello degli altri membri della squadra di progetto (sviluppatori di *software*, ingegneri, operatori sanitari) che prendono le decisioni sulla forma e contenuto delle tecnologie.

Di conseguenza, i pazienti vengono consultati dagli sviluppatori solo per esprimere opinioni su una tecnologia già progettata. In alcuni casi migliori, i pazienti più esperti possono essere coinvolti come *tester* di prototipi in fase avanzata di sviluppo. Tuttavia, è sempre più riconosciuto che il coinvolgimento attivo dei pazienti nella progettazione delle terapie digitali e degli strumenti di *m-Health* sia un fattore critico di successo per migliorare la qualità e l'applicazione delle tecnologie digitali.

A tale fine, un approccio partecipativo che includa i pazienti nel processo di progettazione è considerato il modo più efficace per ottenere il loro contributo nello sviluppo del prodotto. In questo modello, i pazienti sono regolarmente invitati a condividere idee, opinioni e punti di vista sul disegno della nuova tecnologia, partecipando ad incontri periodici con tutti gli altri membri della squadra (medici, ingegneri, esperti *software*, ecc.).

Tuttavia, in Italia questo tipo di coinvolgimento dei pazienti è ancora raro, poiché non viene riconosciuta loro la capacità di apportare un reale contributo di conoscenza ed esperienza nello sviluppo delle tecnologie digitali per la salute. Attualmente, non esistono pazienti esperti in terapie digitali o tecnologie digitali per la salute, principalmente a causa della mancanza di consapevolezza e di un percorso formativo adeguato. Il Corso di Formazione "Paziente Esperto in Tecnologie Digitali per la Salute", realizzato da UnitelmaSapienza in collaborazione con l'Accademia del Paziente Esperto EUPATI e la Fondazione Smith Kline, si propone di colmare questa lacuna. L'obiettivo finale del corso è migliorare la qualità delle tecnologie offerte ai pazienti per consentire loro di condurre una vita nel miglior stato di salute possibile, grazie al contributo dei pazienti esperti in terapie digitali.

In Italia sono presenti i primi 53 pazienti esperti, che hanno concluso il Corso di Formazione "Paziente Esperto in Tecnologie Digitali per la Salute" realizzato da UnitelmaSapienza in collaborazione con Accademia del Paziente esperto Eupati e Fondazione Smith Kline, grazie al contributo di Polifarma spa.

Il corso, iniziato ad aprile 2022, erogato *online* tramite la piattaforma *e-learning* di UnitelmaSapienza, si è articolato attraverso 12 moduli e 2 *workshop* interattivi, per un totale di 19 ore di lezione. Il corso permetterà a Commissioni regionali di valutazione di dispositivi medici digitali, Comitati Etici, *Steering Committee* di progetti di ricerca e sviluppo di nuovi *Digital Therapeutics* e altri dispositivi medici, di avvalersi del contributo di un nuovo attore primario della Salute e Sanità Digitali, il *paziente esperto*.

5. Il nuovo ruolo del Paziente nel processo di innovazione: dal paziente esperto "IN" al paziente *partner*.

Un paziente consapevole e informato comprende meglio la malattia e segue la cura, con benefici sull'assistenza, i costi e il benessere emotivo. Nel 2012 è stata avviata la formazione europea per pazienti esperti in Ricerca e Sviluppo di nuovi farmaci grazie al progetto EUPATI finanziato dal Programma IMI. Successivamente, nel 2014, è stata creata in Italia la piattaforma nazionale con il nome di Accademia dei pazienti poi trasformata in Accademia del Paziente esperto EUPATI.

Questo risultato ha alle spalle diversi anni di gestazione, a partire dal primo concetto di paziente esperto che venne espresso dal prof. David Tuckett, dell'Università di Cambridge. Tuckett (1985) affermò che le cure mediche sarebbero state più efficaci se i medici avessero considerato i pazienti come esperti delle proprie patologie. Il paziente, infatti, porta con sé l'esperienza diretta della propria malattia, dei cambiamenti che si verificano durante le terapie e interagisce strettamente con il proprio medico e con gli altri professionisti sanitari coinvolti. Il concetto di Paziente Esperto deriva, quindi, dall'applicazione di modelli innovativi basati sul coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* (attori interessati), in cui la società civile svolge un ruolo fondamentale superando la logica del semplice utilizzatore o consumatore diventando un vero e proprio partner del processo di co-produzione e di *co-design*.

La definizione di Paziente, secondo la *Food and Drug Administration* è "ogni persona con, o a rischio di una specifica condizione di salute, che riceva o meno una terapia per prevenire o trattare quella condizione". I pazienti sono altresì le persone che sperimentano direttamente i benefici e i danni associati ai prodotti medicinali⁸. Inoltre, il termine *patient partner* si riferisce a un paziente singolo, a un *caregiver* o gruppo di pazienti *advocacy* che coinvolgono altri *stakeholder* per garantire che i desideri, i bisogni e le preferenze dei pazienti siano rappresentati nelle attività correlate allo sviluppo e alle valutazioni dei prodotti medici (Wilson et al., 2018).

6. All Digital Weeks 2023 in Italia (17 Aprile 2023 - 7 Maggio 2023)

Gli Stati Generali dell'Innovazione (SGI) hanno coordinato *All Digital Weeks 2023* in Italia promuovendo ben 66 eventi incentrati sulle competenze digitali per la vita, con una particolare attenzione alla sostenibilità, all'equità, alla diversità, all'inclusione, alla sanità e alla salute pubblica. Le DHL sono essenziali per tutti, dai professionisti della salute ai pazienti, *caregiver* e cittadini, con un focus sull'inclusione e l'equità.

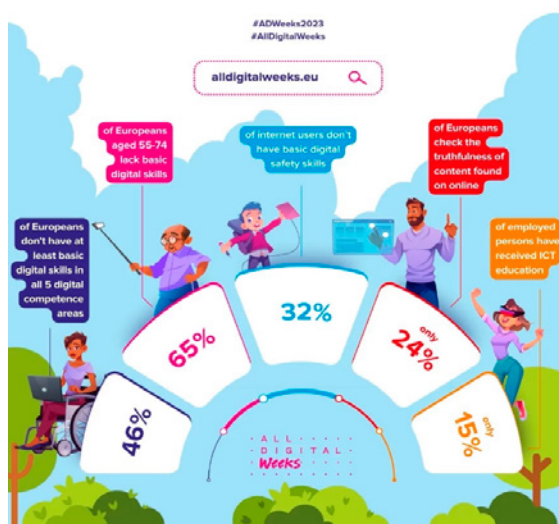


Figura 2 - Why do we need All Digital Weeks?
Fonte <https://alldigitalweeks.eu/>

- Le *All Digital Weeks* rappresentano una campagna informativa a cadenza annuale supportata dalla Commissione Europea, che coinvolge centri formativi, biblioteche, comunità, scuole e altre organizzazioni europee.
- Sono promosse diverse attività per sostenere azioni di cittadinanza europea per beneficiare, così, della trasformazione digitale
- Il titolo delle *All Digital Weeks 2023* è stato “*Enhance your digital skills*” e si sono svolte dal 17 aprile al 7 maggio con i diversi focus tra cui *digital skill* per l’inclusione e la coesione sociale, la migrazione, i processi di democratizzazione, la certificazione delle competenze digitali, la *cybersecurity* e la sicurezza su internet, la formazione dei pazienti e dei *caregiver* esperti in tecnologie digitali, la cultura digitali in sanità, ecc.
- Sono stati coinvolte molte organizzazioni, istituzioni e università nella progettazione del programma degli eventi rappresentando i diversi settori della formazione e dell’educazione degli adulti (EPALE, educazione formale, informale e non formale).
- Complessivamente le *All Digital weeks* hanno coinvolto più di 90.000 persone grazie ai 965 eventi organizzati in 31 stati contribuendo alla promozione dell’Anno delle competenze della Commissione Europea.



Una grande attenzione è stata data alle competenze digitali per la salute come elemento fondamentale per l’esercizio dei diritti alla salute e di cittadinanza. Questo significa che le politiche nazionali ed europee e i rispettivi programmi di lavoro dovranno essere capaci di offrire formazione a ciascuno di noi corretto delle tecnologie digitali per la salute. Diversi esperti del settore della medicina, della disabilità, delle malattie rare coinvolti nelle *All Digital Weeks* contribuiscono ad orientare lo sviluppo di infrastrutture, piattaforme, soluzioni, applicazioni e servizi per la salute digitale.

7. Conclusioni

Il primo Corso di Formazione “Paziente Esperto in Tecnologie Digitali per la Salute” realizzato da UnitelmaSapienza in Italia ha messo a disposizione i primi 53 pazienti esperti in Tecnologie Digitali per la Salute. Inoltre, il successo delle *All Digital Weeks 2023*, soprattutto nel settore Salute e Sanità e Accessibilità, rende oggi auspicabile la creazione di un centro di eccellenza e coordinamento per le competenze e le progettualità legate alla DHL e ai settori correlati, compresi soluzioni e processi organizzativi *ICT-based* a supporto di tali tematiche. Sarebbe auspicabile che il governo centrale proponesse un piano di formazione nazionale a supporto dei professionisti e dei cittadini al fine di acquisire competenze digitali coerenti con quanto è previsto dalle *Linee guida nazionali per i servizi di telemedicina*⁹.

La DHL non è solo una necessità ma oggi rappresenta un requisito fondamentale per una democrazia sanitaria partecipata, incluso l'accesso ai servizi per la salute. Urgono azioni per la cittadinanza al fine di raggiungere un livello di competenze digitali acquisite che consenta all'Italia di passare da una posizione di fanalino di coda (DESI Index, 2022) a protagonista della trasformazione digitale in atto. Per l'Italia le tecnologie digitali per la salute possono rappresentare non solo un'opportunità di sviluppo ma una necessità, oggi imprescindibile, di esercizio del diritto alla salute.

Note

¹ Sabrina Grigolo è Dottoranda di ricerca, Università degli Studi di Torino e paziente esperta EUPATI.

² Giancarlo De Leo è Consigliere, Club Dirigenti Tecnologie dell'Informazione di Roma (CDTI).

³ Fulvio Ananasso è Presidente, Stati Generali dell'Innovazione e consigliere CDTI, Roma.

⁴ Giuseppe Recchia è CEO, daVi DigitalMedicine srl, Verona.

⁵ Sebastiano Filetti è Professore Emerito Medicina Interna, Sapienza, Università di Roma.

⁶ DM 21 settembre 2022, Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio.

⁷ Cfr. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi-human-capital>.

⁸ *Patient-Focused Drug Development Glossary*. Disponibile in: <https://www.fda.gov/drugs/development-approval-process-drugs/patient-focused-drug-development-glossary#:~:text=Patient%3A%20Any%20individual%20with%20or,harm%20associated%20with%20medical%20products>.

⁹ Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio. GU Serie Generale n. 256 del 02-11-2022.

Riferimenti bibliografici

- Article 29 Working Party. (2018). *Guidelines on Automated individual decision-making and Profiling for the purposes of Regulation 2016/679*. Disponibile in: <https://ec.europa.eu/newsroom/article29/items/612053>.
- Bonaccorsi, G., & Lorini, C. (2021). *L'evoluzione della Health Literacy*. Disponibile in: <https://www.saluteinternazionale.info/2021/03/evoluzione-health-literacy/?pdf=18404>.
- Brach, C., & Harris, L. M. (2021). Healthy People 2030 Health Literacy Definition Tells Organizations: Make Information and Services Easy to Find, Understand, and Use. *Journal of general internal medicine*, 36(4), 1084-1085.
- Bua, C. (2021). *Digital Literacy: la ricerca online come competenza digitale*. Disponibile in: <https://www.digitaldictionary.it/blog/la-ricerca-delle-informazioni-online-questione-di-competenze-digitali-o-di-digital-literacy>.
- Carretero, S., Vuorikari, R., & Punie, Y. (2017). *DigComp 2.1: The Digital Competence Framework for Citizens with eight proficiency levels and examples of use*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Coravos, A., Goldsack, J. C., Karlin, D. R., Nebeker, C., Perakslis, E., Zimmerman, N. et al. (2019). Digital medicine: a primer on measurement. *Digital Biomarkers*, 3(2), 31-71.
- De Leo, G. (2020). *Sanità: dalla Leadership all'e-Leadership*. Disponibile in: <https://www.sanita-digitale.com/tendenze/sanita-dalla-leadership-alle-leadership/>.
- De Leo, G. (2021). La trasformazione digitale della salute ai tempi della Covid-19: l'urgenza di una nuova formazione. *Tendenze nuove*, 3, 3-12.
- Grigolo, S., Agresta, I., Mazzariol, S., & Van Doorne, D. (2021). Il paziente, la sanità digitale e le terapie digitali. *Tendenze Nuove S, 1*, 159-176.
- Gussoni, G. (2021). Terapie digitali, una opportunità per l'Italia. *Tendenze nuove S, 1*, 3-7.
- High-Level Expert Group on Artificial Intelligence. (2019). *Ethics Guidelines for Trustworthy Artificial Intelligence*. Disponibile in: <https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-09/ai-definition.pdf>.

- Istituto Superiore di Sanità - ISS. (1998). *Health literacy*. Disponibile in: <https://www.cuore.iss.it/progetti/health-literacy/>.
- Marino, D., Miceli, A., Naccari Carlizzi, D., & Quattrone, G. (2023). *Telemedicina, cos'è e come farla in Italia: tecnologie e finalità, un modello possibile*. Disponibile in: <https://www.agendadigitale.eu/sanita/telemedicina-come-farla-in-italia-le-tecnologie-le-finalita-un-modello-possibile/>.
- Martini, N. (2020). L'engagement dei cittadini nella sanità. *Recenti Prog Med*, 111(11), 673-674.
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica. (2020). *COVID-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*.
- Recchia, G. (2021). Terapie Digitali, una Opportunità per l'Italia. Una Call to Action per l'adozione nella pratica medica, *Tendenze nuove*, 1, 13-20.
- Tuckett, D. (1985). *Meetings Between Experts: an Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations*, London: Tavistock.
- Wilson, H., Dashiell-Aje, E., Anatchkova, M., Coyne, K., Hareendran, A., Leidy, N. K. et al. (2018). Beyond study participants: a framework for engaging patients in the selection or development of clinical outcome assessments for evaluating the benefits of treatment in medical product development. *Qual Life Res*, 27, 5-16.

Un approccio plurale alla tutela della salute e dei diritti delle donne migranti: il contrasto alle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)

Laura Gentile¹, Ada Maurizio², Giancarlo Santone³

Keywords

Donne migranti, MGF, Reti, Territori, Violenza di genere

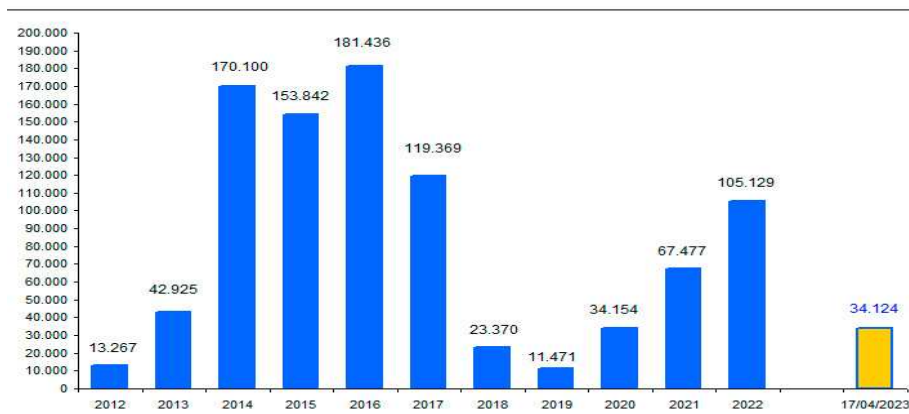
Abstract

La violazione dei diritti umani, in particolare quella subita dalle donne e dalle bambine vittime di mutilazioni genitali, è un fenomeno che riguarda anche l'Italia. Sulla base dei dati emersi dallo studio realizzato nel 2019 dall'Università Bicocca di Milano, è nato il Progetto P-ACT: percorsi di attivazione contro il taglio dei diritti, attivato nei comuni di Milano, Torino, Padova e Roma dal 2021 al 2023. In Lombardia, Piemonte, Veneto e Lazio le comunità femminili più numerose di migranti provengono dai 30 Paesi dove tuttora si praticano le MGF (Istat 2020). Il progetto è stato realizzato con il Fondo Asilo Migrazione e Integrazione del Ministero dell'Interno e ha avuto tra i suoi obiettivi quello di rafforzare le competenze, il dialogo e il lavoro di rete tra operatori e servizi di diversi settori per prevenire e contrastare le MGF.

1. Introduzione

I flussi migratori di uomini e donne in fuga da guerre e povertà sono una realtà presente e significativa in Italia già dagli anni sessanta e settanta del Novecento, con un picco nel 2011, anno delle primavere arabe, e tra il 2014 e il 2017 con la cosiddetta crisi dei rifugiati che interessò l'Europa e in particolare i Paesi del Mediterraneo.

Graf. 1 – Migranti giunti via mare in Italia. Anni 2012-2022 e al 17/04/2023



Fonte: Elaborazioni Fondazione ISMU su dati Ministero dell'Interno

Secondo i dati del Ministero dell'Interno relativi al primo semestre del 2023, sono arrivate in Italia via mare circa 65000 persone. La complessità e il permanente stato emergenziale della gestione degli ingressi di migranti nel nostro Paese, può essere visto come uno stimolo e una sfida costante a far sì che nel sistema sanitario e sociale, così come in quello educativo, siano offerte attivamente risposte e percorsi che facilitino l'ascolto, l'incontro, l'intreccio e la costruzione di modelli virtuosi di inclusione.

È con questo approccio che soggetti diversi hanno deciso di affrontare un particolare e delicatissimo fenomeno che l'arrivo in Italia di donne migranti ha portato con sé.

Ci riferiamo alle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF), vera e propria violenza di genere e violazione dei diritti umani.

Il Progetto P-ACT, finanziato dal Ministero dell'Interno, ha consentito di monitorare specifici territori e di avviare e/o rafforzare reti tra servizi pubblici e della società civile.

Grazie al continuo lavoro di attivazione e rafforzamento delle reti territoriali si è arrivati con successo alla stipula di due Protocolli d'Intesa nelle città di Roma e Padova e alla raccolta di Lettere di Intenti nelle città di Torino, Padova e Roma, attraverso i quali si intende dare continuità al lavoro intrapreso nel 2021/23. L'approccio multidisciplinare e multiprofessionale si è rivelato una risposta efficace non solo in ottica di assistenza e supporto alle donne ma anche di prevenzione e intercettazione del rischio, attraverso i percorsi educativi del sistema scolastico e formativo, in dialogo con gli altri servizi territoriali.

2. Servizi e decisori per prevenire e contrastare le MGF in Italia: dall'esperienza di Amref Health Africa al progetto P-ACT. Percorso per la costruzione di reti territoriali

Le MGF sono pratiche tradizionali che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o altre lesioni agli organi genitali femminili per ragioni non terapeutiche (WHO, UNICEF, UNFPA, 1997) e che anzi comportano complesse conseguenze sul piano fisico, sessuale, psichico e sociale.

Nel mondo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima siano circa 200 milioni le vittime di MGF, di queste 44 milioni sono bambine fino a 14 anni, 3 milioni sono a rischio ogni anno. Oggi sono documentate MGF in 30 Paesi dell'Africa sub-sahariana, in Medio Oriente (Iraq, Kurdistan, Yemen) e in Asia (Indonesia), la maggioranza delle bambine esposte a MGF le subisce prima dei 5 anni e la prevalenza del fenomeno varia di molto tra i diversi Paesi (UNICEF, 2016).

Le MGF sono condannate dalla comunità internazionale, in quanto forme di violenza di genere e di violazione dei diritti umani: nel 2012, l'Assemblea Generale dell'ONU ha approvato la Risoluzione 67/146 "Intensificare l'azione globale per eliminare le MGF", seguita dalle Risoluzioni 69/150, 2014 e 71/168, 2016.

Con il fenomeno migratorio, le MGF hanno assunto una dimensione globale e oggi sono una pratica non più distante ma rilevante anche per le politiche pertinenti dell'UE. La lotta alle MGF viene inserita come priorità dell'*European Plan on Human Rights and Democracy* e del *Gender Action Plan*. L'Agenda 2030 nell'*SDG - Sustainable Development Goals 5* riconosce come target l'eliminazione delle MGF. Le stime a livello europeo parlano di 500.000 donne che hanno subito le MGF e 180.000 a rischio ogni anno.

European Institute for Gender Equality (2018) stima che in Italia le ragazze a rischio di MGF su una popolazione totale di 76.040 ragazze tra gli 0 e i 18 anni provenienti da Paesi i cui si praticano, siano tra il 15 e il 24%.

L'indagine realizzata dall'Università Bicocca di Milano per il Dipartimento Pari Opportunità nel 2019, rivela che in Italia ci sono 87.600 donne che vivono con le conseguenze delle MGF, di cui 7600 minorenni (Farina, Ortensi & Pettinato, 2020). In Italia è stata emanata la Legge n.7/2006 - *Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile*, a cui hanno fatto seguito le "Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche" (Ministero della Salute, 2007).

Alla luce della rilevanza del fenomeno e della necessità di dare seguito alla Legge n. 7/2006, è stato attivato nei territori di Roma, Milano, Torino e Padova (2021/2023) il Progetto "*P-ACT: percorsi di attivazione contro il taglio dei diritti*", finanziato dal Ministero dell'Interno (FAMI) e coordinato da *Amref Health Africa Italia*, in

partenariato con Società Italiana Medicina delle Migrazioni (SIMM), Associazione Non c'è Pace senza Giustizia, Università degli Studi di Milano Bicocca e Coordinamento Nuove Generazioni Italiane (CoNNGI).

Come emerso dalla prima fase di rilevazione dei bisogni formativi, la conoscenza del tema era spesso limitata. Si è quindi ritenuto necessario, in ottica preventiva, lavorare non solo per aumentare la conoscenza del fenomeno, dei fattori e dei possibili indicatori di rischio, coinvolgendo tutte le figure professionali e i servizi a contatto con famiglie e minori, ma anche per agevolare interventi coordinati e multidisciplinari di tutti i soggetti coinvolti, dall'area sanitaria a quella sociale, dall'area educativa a quella scolastica, dall'area legale a quella della pubblica sicurezza.

Il Progetto ha dunque agito attraverso appropriate azioni di sistema:

- Formazione e *capacity building*, guardando al fenomeno in maniera complessa e coinvolgendo operatori e servizi in un approccio multidisciplinare, con interventi formativi in presenza, gruppi di formazione sul campo e formazione a distanza, raggiungendo più di 600 operatori. Nel dettaglio, si è lavorato coinvolgendo operatori sanitari (specializzazione in pediatria, ginecologia, ostetricia, psicologia, psichiatria, infermieristica), operatori sociali (assistenti sociali, operatori di centri di accoglienza e di realtà associative e della società civile, mediatori interculturali), operatori del settore istruzione/educazione (educatori, docenti scolastici di ogni ordine e grado), operatori legali
- Incontri di *advocacy* sui decisori locali per portare e co-costruire raccomandazioni e azioni efficaci sui territori (70 dirigenti e funzionari degli enti e dei servizi incontrati)
- Sensibilizzazione dei Responsabili di 27 Ordini professionali e delle Società Scientifiche, attraverso iniziative di diffusione, incontri e dialoghi
- Interventi sperimentali di mediazione etno-culturale, coinvolgendo 9 mediatori, per arrivare a proporre linee guida specifiche
- Attivazione di reti territoriali interistituzionali e multiservizio, che hanno condotto, in particolare nella città di Roma e in quella di Padova, alla stipula di protocolli d'intesa e, in quella di Torino, alla raccolta di lettere di intenti da parte di diversi Enti e Istituzioni.

Per promuovere non solo il necessario e competente sostegno alle donne portatrici di MGF ma anche l'intercettazione delle situazioni a rischio e la prevenzione del fenomeno, è necessario il lavoro insieme e nelle comunità, attraverso un approccio che vede il processo educativo come centrale.

L'esperienza diretta di *Amref Health Africa*, principale organizzazione sanitaria africana che nasce e opera in 30 Paesi africani e che agisce in particolare in Tanzania, Kenya ed Etiopia per promuovere l'abbandono della pratica delle MGF, trasmette proprio questa centralità e passa attraverso l'intervento su alcuni pilastri fondamentali:

- il contesto giuridico (leggi, politiche e loro attuazione)
- i sistemi comunitari
- l'educazione
- i sistemi sanitari
- i dati e la ricerca (Magni, 2016)

Comprendere il valore tradizionale e le ragioni che le comunità attribuiscono alle pratiche è il primo passo per poi lavorare perché un cambiamento duraturo nasca e sia guidato dalle comunità stesse. Amref in Africa lavora, dunque, collocando il tema delle MGF nella cornice più ampia della salute sessuale e riproduttiva, costruendo insieme alle comunità dei rituali di passaggio alternativi (*ARP-Alternative Rites of Passage*) (Magni, 2016).

Le MGF spesso sono sostenute da un importante significato di passaggio all'età adulta e sono un atto di costruzione dell'identità sociale delle donne (Alhassan, Barrett, Brown & Kwah, 2016). Tale pratica espone però le

ragazze, oltre che alle conseguenze di tipo sanitario e psicologico, spesso anche all'abbandono del percorso scolastico, a matrimoni precoci e alla perdita della possibilità di autodeterminarsi (Buggio, Facchin, Chiappa, Barbara, Brambilla, & Vercellini, 2019).

Tramite la sensibilizzazione e la formazione delle figure chiave nelle comunità, Amref in Africa crede che sia possibile aumentare la consapevolezza dei rischi derivanti dalla pratica, promuovere la salute delle bambine e delle ragazze e incoraggiare la loro istruzione. I rituali di passaggio alternativi diventano una modalità innovativa con cui è possibile celebrare comunque il passaggio, senza però procedere con la mutilazione, ma anzi valorizzando il percorso educativo svolto e la promozione dell'istruzione (Magni, 2016).

Il Progetto P-ACT, che in Italia si è concentrato sul lavoro con gli operatori e i servizi, ha voluto dunque formare e sensibilizzare a partire anche da queste esperienze innovative di modelli di intervento efficaci che mettono in dialogo il concetto di salute e benessere con quello di educazione e quello di diritti, per attivare percorsi possibili anche nei nostri territori, di prevenzione e sostegno.

Formazione e rete risultano essere le parole chiave per partire e favorire quell'approccio plurale alla tutela delle bambine e delle donne che hanno subito o sono a rischio di MGF.

Il percorso multisettoriale ha condotto in particolare, alla stipula a Roma (aprile 2023) del Protocollo di Intesa "Rete territoriale di prevenzione e contrasto delle MGF sulle minori straniere", stipulato nel mese di aprile 2023 a Roma tra *Amref Health Africa Onlus*, *Asl Roma 1*, *Assessorato alle Politiche Sociali e alla Salute di Roma Capitale*, *Assessorato alle Politiche della Sicurezza, Attività Produttive e Pari Opportunità di Roma Capitale*, *Assessorato alla Scuola, Formazione e Lavoro di Roma Capitale*, *Cooperativa Roma Solidarietà* (Ente promosso dalla *Caritas Diocesana di Roma*), *CPIA 3*, *Focus Casa dei Diritti Sociali*, *Società Italiana di Pediatria Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante*, *CIES Centro Informazione e Educazione allo Sviluppo Onlus*.

L'accordo indica la direzione da perseguire: l'approccio integrato tra i servizi e aperto al dialogo con le comunità.

3. Il punto di vista clinico. L'esperienza del SaMiFo

L'esperienza della *Asl Roma 1*, partner della rete territoriale del progetto P-ACT, è particolarmente significativa. Sin dal 2006 presso l'azienda sanitaria è stato attivato il Centro SaMiFo - Salute Migranti Forzati, una struttura sanitaria regionale, che costituisce un presidio per il diritto alla salute dei migranti, grazie alla collaborazione tra medici e operatori sanitari del servizio pubblico e i mediatori del privato sociale.

Il Centro SaMiFo, sin dalla sua costituzione, è un centro dedicato alla tutela dei diritti delle donne vittime di mutilazioni genitali, nell'assistenza, prevenzione e contrasto del fenomeno anche attraverso iniziative di formazione e informazione rivolte agli operatori sanitari del servizio pubblico.

Nel 2021 il Centro SaMiFo ha assistito 64 donne - di cui 21 in gravidanza - vittime di MGF. Il dato è leggermente inferiore a quello dell'anno 2020 in cui le donne con MGF erano state 83. Sono al contrario aumentate le donne vittime di MGF con un maggiore livello di gravità nell'anno di riferimento. In totale sono state effettuate 155 visite nell'ambulatorio ostetrico ginecologico, tutte provenienti da paesi africani.

Il lavoro di oltre quindici anni a contatto con le donne che si sono rivolte al Centro SaMiFo, conferma che la mutilazione è un trauma molto grave che lede sia la salute che la vita sessuale e riproduttiva.

Le conseguenze per la salute fisica e psichica delle donne escisse sono di vario grado e sono strettamente correlate al tipo di mutilazione. Tuttavia, gli operatori sanitari del centro sanitario hanno riscontrato numerosi casi di donne che ignoravano la loro condizione.

Per intercettare sul territorio la presenza delle donne migranti vittime delle mutilazioni genitali, l'équipe del Centro SaMiFo sin dalle sue origini si sposta nei luoghi abitualmente frequentati dalle varie comunità a pratica escissoria presenti sul territorio romano. Sono stati realizzati incontri divulgativi sulla salute della donna e sulle

MGF. Gli interventi di educazione sanitaria, diretta e informale, hanno consolidato la conoscenza e la fiducia delle donne escisse nei confronti del servizio.

Prima della creazione del Centro SaMiFo, le donne che esprimevano il bisogno di riparazione dei danni subiti erano indirizzate a strutture regionali (Ospedale San Camillo), interregionali (Ospedale Careggi di Firenze) ed europee (Università di Ginevra). In molti casi gli operatori della struttura sanitaria, però, hanno riscontrato l'impossibilità delle pazienti di sostenere i costi di viaggio e alloggio per recarsi in tali presidi sanitari.

Si è quindi palesata la necessità di una collaborazione tra territorio e strutture ospedaliere afferenti alla Asl Roma 1, nel tentativo di creare un percorso più agevole e per garantire una continuità assistenziale per le pazienti. È iniziato, quindi, un percorso di formazione riservato agli operatori del Centro SaMiFo (ginecologa, ostetrica, psichiatra, psicologa, medico legale e mediatrici culturali) e dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma (ginecologi, anestesista, pediatra, ostetrica) per la presa in carico e la gestione integrata territorio-ospedale delle pazienti con MGF.

Al termine del periodo di formazione è stato possibile elaborare un protocollo di presa in carico.

Nell'ambito delle azioni integrate tra servizi sanitari territoriali e ospedalieri, per affrontare i possibili risvolti psicologici e psicosessuali, è stata prevista l'attività di *counselling* e *follow up* psicologico, effettuata di norma congiuntamente dalla psichiatra e psicologa del Centro SaMiFo.

Tale attività comprende anche riunioni di collegamento con tutta l'équipe coinvolta per garantire una più efficace presa in carico delle pazienti.

Alle pazienti si offre quindi un'assistenza di tipo chirurgico-riparativo grazie alla collaborazione con la struttura ospedaliera in un'ottica di prossimità territoriale tra l'ambulatorio ostetrico-ginecologico del Centro SaMiFo e il reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale romano San Filippo Neri.

Il *counselling* psicologico prevede un colloquio clinico di orientamento e valutazione della situazione psicologica della donna specificamente legata alla MGF e alle sue conseguenze. Si analizza in particolar modo la motivazione personale a eseguire l'intervento riparativo e le aspettative future ad esso relative, valutando anche l'accettazione della decisione da parte del contesto sociale e familiare della donna. Dopo l'intervento sono previsti altri due colloqui di accompagnamento e sostegno che si focalizzano sulla realizzazione/delusione delle aspettative e sulla capacità di sostenere il cambiamento sia dal punto di vista personale che sociale.

Il protocollo di *counselling* psicologico può variare a seconda delle condizioni psichiche della donna, prevedendo un numero maggiore di colloqui o eventuali invii secondo le necessità.

La presenza di un servizio di mediazione linguistica multilingua stabile, *gender and cultural oriented*, favorisce la fruibilità del servizio e accompagna la relazione tra le donne vittime di MGF ed operatori sanitari nei vari contesti di riferimento (ginecologico, ostetrico, psicologico, medico-legale, chirurgico), favorendo la rimozione delle barriere linguistico-culturali, la conoscenza e la valorizzazione delle culture d'appartenenza nonché l'accessibilità e la qualità delle cure, e promuovendo, al contempo, la piena inclusione nei circuiti ordinari dell'utilizzo dei servizi non offerti dal Centro SaMiFo.

4. Il ruolo della scuola degli adulti nella prevenzione delle MGF

Si può affidare alla scuola la responsabilità educativa di sviluppare le Life skills attraverso l'educazione alla salute di una categoria particolarmente fragile come le donne vittime di MGF?

La scuola degli adulti, dal 2015 denominata Centro provinciale per l'istruzione degli adulti (Cpia), può essere un luogo dove farsi carico efficacemente di prevenire e contrastare il fenomeno delle MGF?

A prima vista potrebbe sembrare 'fuori luogo' affrontare la questione a scuola. Tuttavia, un approccio esclusivamente sanitario al problema è non solo riduttivo ma miope e inefficace. Di contro, la pluralità degli approcci

e degli interventi garantisce una presa in carico reale, capace di affrontare il complesso insieme delle questioni che le MGF portano con sé, a cominciare da quella culturale.

Le MGF, infatti, sono innanzitutto l'espressione di tradizioni che definiscono l'identità femminile. Il fattore culturale è stato riconosciuto anche dal Ministero della Salute (2007) italiano che ha emanato le citate Linee guida, secondo cui la pratica:

rafforza la connotazione negativa legata alla violazione dei diritti delle donne e delle giovani, un termine per questo accettato dalla comunità internazionale e dalle associazioni di donne africane, un termine che però crea disagio in chi profondamente crede nella bontà di queste pratiche che ascrive tra gli atti di genitorialità patriarcale finalizzati alla crescita e all'accettazione sociale delle proprie figlie e ai meccanismi matrimoniali cui rimandano.

L'azione educativa e formativa è evidentemente essenziale, al pari di quella clinica e psicologica, per incidere sui modelli culturali che sostengono la pratica delle MGF e per contrastarla efficacemente. La conoscenza delle gravi conseguenze che tali pratiche hanno sulla salute delle bambine e sugli effetti psicologici che ne derivano nel corso dello sviluppo fisico ed emotivo, è il primo passo per farsi carico del problema in un contesto educativo e formativo.

Ma non solo. La scuola degli adulti è un luogo, a volte il primo, dove le donne vittime di mutilazioni genitali al quale possono aprirsi e parlare della violenza subita. Quasi sempre il senso di vergogna e la delicatezza del problema impediscono loro di affrontare il trauma e di raccontare la propria esperienza anche se non si può escludere che ciò avvenga spontaneamente, laddove si instauri un rapporto di fiducia tra insegnante e allieva. La sensibilizzazione degli insegnanti e una formazione specifica sulle MGF potrebbe permettere agli insegnanti di riconoscere il disagio e di poter dare risposte adeguate anche in termini scientifici.

Infatti, nel curriculum dell'asse scientifico tecnologico del primo livello primo periodo, al termine del quale si consegue il titolo di studio conclusivo del primo ciclo di istruzione (ex licenza media), gli studenti acquisiscono competenze nei quattro assi culturali, articolate in conoscenze e abilità.

Nello specifico, per l'asse scientifico tecnologico lo studente al termine del percorso dovrà essere in grado, tra le altre competenze, di "analizzare la rete di relazioni tra esseri viventi e tra viventi e ambiente, individuando anche le interazioni ai vari livelli e negli specifici contesti ambientali dell'organizzazione biologica". (Decreto Interministeriale 12 marzo 2015 - Linee guida per il passaggio al nuovo ordinamento a sostegno dell'autonomia organizzativa e didattica dei Centri provinciali per l'istruzione degli adulti).

Le conoscenze necessarie per lo sviluppo della competenza descritta riguardano i livelli dell'organizzazione biologica, le strutture e funzioni biologiche - la riproduzione -, la biologia umana. Le abilità che si acquisiscono sono alla base di una corretta gestione del proprio corpo, interpretando lo stato di benessere e di malessere che può derivare dalle proprie alterazioni.

La conoscenza adeguata di un problema permette di "collocare l'esperienza personale in un sistema di regole fondato sul reciproco riconoscimento dei diritti garantiti dalla Costituzione, a tutela della persona, della collettività e dell'ambiente" (Decreto interministeriale 12 marzo 2015).

In sostanza, attraverso percorsi didattici previsti dall'ordinamento del Cpia è possibile acquisire le competenze specifiche di tipo scientifico e trasversali quali le *life skills* che possono aiutare le donne a sviluppare la consapevolezza del danno subito.

La presenza del Cpia 3 di Roma nel Protocollo d'Intesa prima ricordato, pertanto, è determinante per il raggiungimento dell'obiettivo di *Prevenire e contrastare la pratica delle MGF, in particolare sulle minori straniere, attraverso una strategia operativa condivisa con gli attori della Rete* e dell'obiettivo specifico: *aumentare le conoscenze e competenze tra gli operatori coinvolti nei diversi servizi sociali, sanitari (in particolare pediatri,*

ostetriche, ginecologi, psicologi), nelle Scuole, nei contesti educativi e a favore delle comunità dei paesi a rischio MGF, coinvolgendo associazioni, rappresentanti di comunità e delle comunità di origine, mediatori interculturali.

La Rete si propone di attivare “l’organizzazione o promozione di percorsi formativi multidisciplinari e multi-servizio rivolti agli operatori, coinvolgendo anche mediatori e leader di comunità, sugli sviluppi normativi, sui fattori antropologici e culturali, sulle competenze comunicative e di approccio relazionale, sulle best practices africane a contrasto della pratica, prevedendo spazi di supervisione e audit, iniziative di sensibilizzazione e manifestazioni pubbliche con le comunità dei paesi a rischio MGF, coinvolgendo associazioni e rappresentanti di comunità, giornate informative e percorsi formativi dedicati al personale scolastico ed educativo del territorio, valorizzando il ruolo della scuola e dei contesti educativi e rendendo i dirigenti, i docenti e il personale educativo informati sul fenomeno MGF, sui fattori di rischio, sulla presenza della rete e sui percorsi di prevenzione e contrasto della pratica”.

Soltanto attraverso la partecipazione attiva nei processi di istruzione e formazione si può arrivare alla consapevolezza dello stato di vittime di violenza di genere.

5. Conclusioni

P-ACT mostra con chiarezza una strada percorribile per il miglioramento della qualità della vita delle portatrici di MGF, ovvero il lavoro in rete multidisciplinare, che coinvolge il settore sanitario, quello educativo, sociale e del terzo settore, prendendo a modello quelle esperienze africane innovative ed efficaci già in atto. Il dialogo e l’impegno intrapreso concretamente attraverso la stipula di Protocolli d’intesa sancisce l’avvio formale di reti territoriali multisettoriali, supportate dalla forte convinzione che sia possibile intraprendere percorsi mirati non solo a supportare le donne che hanno subito tali pratiche ma anche a prevenire e intercettare le situazioni di rischio, proprio attraverso esperienze e percorsi di educazione alla salute.

Note

¹ Laura Gentile è Psicologa Psicoterapeuta, Focal Point a Roma del Progetto P-ACT, Amref Health Africa Onlus.

² Ada Maurizio è Dirigente del Centro provinciale per l'Istruzione degli adulti n. 3 di Roma.

³ Giancarlo Santone è Medico Psichiatra, Direttore della UOSD Centro Salute Migranti Forzati e del Centro Sa.Mi.Fo. della ASL Roma.

Riferimenti bibliografici

- Alhassan, Y. N., Barrett, H., Brown, K.E., & Kwah, K. (2016). Belief systems enforcing female genital mutilation in Europe. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 9(1), 29-40.
- Buggio, L., Facchin, F., Chiappa, L., Barbara, G., Brambilla, M., & Vercellini, P. (2019). Psychosexual Consequences of Female Genital Mutilation and the Impact of Reconstructive Surgery: A Narrative Review. *Health Equity*, 3(1), 36-46.
- Caldera, C. (2019). Riflessione su alcuni pregiudizi intorno alle mutilazioni genitali femminili, *Quaderni del SaMiFo* 2. Disponibile in: https://www.aslroma1.it/uploads/files/46_34_Quaderni-Del-Samifo-2.DEF.Tipografia.27.11.DEF-98-122.pdf.
- European Institute for Gender Equality. (2018). *Female genital mutilation: How many girls are at risk in Italy?* Disponibile in: https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/20182881_mh0218658enn_pdf.pdf.
- Farina, P., Ortensi, L. E., & Menonna, A. (2016). Estimating the number of foreign women with female genital mutilation/cutting in Italy. *European Journal of Public Health*, 26 (4), 656-661.
- Farina, P., Ortensi, L., & Pettinato, T. (2020). *Le mutilazioni genitali femminili in Italia: un aggiornamento*. Disponibile in: <https://www.neodemos.info/2020/07/03/le-mutilazioni-genitali-femminili-in-italia-un-aggiornamento/>.
- Fondazione ISMU. (2023). *Sbarchi e accoglienza: 10 anni tra alti e bassi*. Disponibile in: <https://www.ismu.org/sbarchi-e-accoglienza-i-dati-degli-ultimi-10-anni-tra-alti-e-bassi/>.
- Magni, P. (2016). Stop Female Genital Cutting. *Quaderni del SaMiFo*, 39-49.
- Mereu, A., Sotgiu, A., Buja, A., & the Health Promotion Working Group of the Italian Society of Hygiene. (2015). *Preventive Medicine and Public Health (SItI)*. Professional competencies in health promotion and public health: what is common and what is specific? Review of the European debate and perspectives for professional development. *Epidemiologia e Prevenzione*, 39(4), 33-38.
- Ortensi, L. E., Farina, P., & Leye, E. (2018). Female genital mutilation/cutting in Italy: an enhanced estimation for first generation migrant women based on 2016 survey data. *BMC Public Health*, 18(1), 129-139.
- Pizzolato, G., & Pongiluppi, F. (2023). Migrazioni femminili, maternità e isolamento sociale: il ruolo della scuola. In Centro Studi e Ricerche IDOS, *Le Migrazioni femminili in Italia. Percorsi di affermazione oltre le vulnerabilità*. Roma: Edizioni IDOS.
- Santone, G. (Ed.). (2016). *Donne migranti. Quaderni del SaMiFo 1*. Roma: Associazione Centro Astalli. Disponibile in: https://www.aslroma1.it/uploads/files/48_50_Quaderni_del_Samifo_Nr.1_Donne_Migranti_COMPLETO.pdf.
- UNICEF. (2016). *Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern*. Disponibile in: <https://www.datocms-assets.com/30196/1607937009-fmgcglobalconcern2016.pdf>.
- WHO, UNICEF, UNFPA. (1997). *Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*. Geneva: World Health Organization.

Le life skills nella formazione di base dei professionisti della salute mentale. L'esperienza dell'Università di Milano

Katia Daniele¹

Keywords

Didattica collaborativa e interattiva, Formazione universitaria, Insegnamento di Pedagogia, Life Skills, Tecnica della riabilitazione psichiatrica

Abstract

Le life skills sono competenze fondamentali per tutti i professionisti della cura e alcune di queste sono specificamente qualificanti per i terapisti della riabilitazione che lavorano nell'ambito della salute mentale. Nella formazione universitaria, molto spesso si tende a ricondurre lo sviluppo di queste abilità al tirocinio professionalizzante e a trascurare la potenzialità che la formazione in aula avrebbe in questo processo. In questo contributo, si presenterà un'esperienza di insegnamento di Pedagogia nel Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica, dell'Università di Milano, nel quale vengono utilizzate delle metodologie didattiche narrative, collaborative e interattive, per promuovere la sperimentazione e l'apprendimento delle life skills, a partire dall'aula.

1. Promuovere le life skills come mission formativa, per orientare e orientarsi nel presente e nel futuro

In una società contemporanea soggetta a continui mutamenti, le persone che la abitano sono chiamate a confrontarsi costantemente con situazioni molteplici, inaspettate e complesse. Se nel mondo di ieri, più lento, con un futuro più prevedibile, anche le competenze da acquisire per il proprio progetto di vita - dunque, a cui formare e formarsi - apparivano certe e ben definite, in quello di oggi, tale chiarezza svanisce. Basti pensare che, in riferimento a un report redatto dall'*Institute For The Future*, nel 2030 i giovani di oggi svolgeranno un lavoro che ancora non esiste (Dell Technologies, 2019). Appare, dunque, sempre più attuale "un'educazione che renda l'uomo capace di resistere e di svolgere a suo pro la mutevolezza e le influenze dell'ambiente" (Capitini, 1959, cit. in Formenti, 2021, p. 31).

In questa prospettiva, le *life skills* (WHO, 1993) possono rappresentare quelle "abilità [che] consentono agli individui di *navigare orientati* all'interno di una miriade di cambiamenti complessi" (Boffo, Iavarone & Nuzzaci, 2022, p. 3). Tali competenze non possano più essere considerate secondarie alle cosiddette *hard skills*, ma sono ugualmente, se non maggiormente, indispensabili all'esistenza delle persone e, dunque, da coltivare in tutto l'arco della vita.

Già da tempo in Europa è stato rimarcato il ruolo anche dei sistemi universitari nel supportare, grazie alle attività formative, "l'acquisizione di quelle competenze considerate strategiche per potenziare l'*employability* degli studenti e per sviluppare le competenze di cittadinanza attiva dei giovani adulti" (Zannini, Gambacorti-Passerini, Battezzati, Lipari & Frison, 2016, p. 6). Nel 2018, il Consiglio europeo ha aggiornato le Raccomandazioni del 2006 sulle otto competenze chiave che tutti i cittadini del 21° secolo dovrebbero apprendere durante tutta la vita per poter vivere, lavorare, prosperare (Unione Europea, 2018). Il *Joint Research Centre* (JRC) ha approfondito alcune di queste competenze, sviluppando delle cornici di riferimento, tra cui il *LifeComp - European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*; successivamente, sulla base di questo framework, il JRC ha stilato il *LifeComp into Action*, un documento di riferimento per supportare gli insegnanti nella promozione delle *LifeComp* degli studenti (Sala & Herrero-Ramila, 2020).

Considerando una prospettiva pedagogica, sappiamo che le raccomandazioni e le linee guida contenute in tale report non possono esaurire il potenziale formativo ed educativo dei docenti nel promuovere le *life skills* degli studenti; né possono essere considerate una cassetta degli attrezzi per questi professionisti, da utilizzare meccanicamente e indifferentemente in ogni contesto e situazione - come, d'altronde, è specificato dagli stessi Autori. Quello che però ci sentiamo di dire è che tale documento evidenzia e avvalorata la centralità dei sistemi formativi - come ormai da anni indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1993, 2003, 2020) -, anche universitari, nella promozione delle competenze di/per la vita dei formandi.

2. Le life skills: competenze necessarie per i futuri professionisti sanitari della salute mentale

Finora, abbiamo definito le *life skills* delle competenze fondamentali, che soprattutto le nuove generazioni dovrebbero sviluppare anche per poter far parte, come cittadini attivi ed *empowered*, di un mercato del lavoro in rapida evoluzione.

Esistono, tuttavia, alcuni lavori per i quali, già oggi, soprattutto alcune *life skills* non possono essere considerate semplicemente delle competenze trasversali o accessorie, poiché sono competenze *caratterizzanti* tali professioni. È il caso del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP), ossia l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, interventi riabilitativi e educativi con soggetti con disagio psichico (D.M., 2001).

Di recente, in un testo di Famulari, Fierro, Parigi, Rovito e Ussorio (2019), riguardante il *core competence* del TeRP, le capacità specifiche di questa figura professionale sono state raggruppate in tre aree principali, ossia quella *intellettuale*, quella *gestuale* e quella *comunicativa*. Per competenze intellettuali non si intendono esclusivamente le nozioni teoriche, ma anche, per esempio, lo sviluppo del pensiero critico e riflessivo per poter pianificare, gestire e valutare un intervento riabilitativo. Le competenze gestuali, invece, non si riferiscono all'applicazione di una specifica tecnica, bensì all'abilità di riconvertire il sapere teorico in operatività, tenendo conto delle molteplici variabili e del contesto. Infine, le competenze comunicative sono esplicitamente e necessariamente connesse alle capacità relazionali ed empatiche. Esse, infatti, non possono prescindere dall'assunzione da parte di questi professionisti di una postura relazionale basata sulla comprensione. Per cui, comunicare con l'utente non può essere inteso come un semplice sentire e dire parole, poiché significa, innanzitutto, "comprendere il suo essere nel mondo, cioè come la malattia dispone la sua esistenza rispetto al possibile" (Costa & Cesana, 2019, p. 122). Inoltre, tali competenze comunicativo-relazionali sono indispensabili al TeRP per poter predisporre e attuare degli interventi di prevenzione ed educazione alla salute anche con le famiglie degli utenti e con la cittadinanza, nonché per poter svolgere il proprio ruolo in un'équipe multiprofessionale - affinché il percorso terapeutico dell'utente sia considerato nella sua globalità -, così come previsto dal sopraccitato decreto.

Da questa breve disamina sulle competenze del TeRP, appare chiaro che le suddette tre aree sono imprescindibilmente interconnesse e, dunque, tutte necessarie allo svolgimento di questa professione. Di conseguenza, i docenti dei Corsi di Laurea (CdL) in TeRP, ovviamente considerando le specificità della propria disciplina, dovrebbero tener conto che l'apprendere da adulti per questi futuri professionisti non può esclusivamente essere ricondotto all'acquisizione di saperi o di tecniche; apprendere per loro significa soprattutto imparare a pensare, imparare a riflettere, imparare a entrare in contatto con l'altro e con se stessi; tutte competenze necessarie "per trasformare le conoscenze teoriche, le abilità e le metacompetenze in potenzialità operativa" (Ba & Viganò, 2003, p. 131). Promuovere lo sviluppo di questi apprendimenti è possibile, riprendendo Demetrio (1997), anche grazie alla predisposizione degli ambienti formativi attenti a tre momenti distinti e,

allo stesso tempo, tra loro integrati, ossia: un momento *retrospettivo*, “concernente la storia dei soggetti che accedono alla formazione” (Demetrio, 1997, p. 85); un momento *situazionale*, che riguarda l’atto di “occuparsi di una storia apprenditiva in divenire, nel suo farsi, in un contesto organizzativo particolare” (Demetrio, 1997, p. 85); infine, un momento *prospettico*, riguardante “la futurazione, la necessità intrinsecamente cognitiva di prefigurare scenari, di intravedere scopi, modalità di incontro con la realtà o con le situazioni nelle quali si è immersi” (Demetrio, 1997, p. 85).

Ovviamente, affinché le suddette conoscenze e competenze vengano trasformate in gesti di cura è fondamentale l’esperienza diretta, ossia l’esperienza di tirocinio, basilare per questi studenti. Tuttavia, anche se alcune di queste abilità, soprattutto relative alla dimensione pratico-organizzativa, possono maggiormente essere apprese e sperimentate durante il tirocinio, altre, a nostro avviso, possono e devono essere sviluppate e incrementate fin dall’inizio di questo percorso formativo. Ciò in accordo col modello *Work-Related Learning*, per cui

il lavoro in termini di esperienza o pratica non [costituisce] l’unica base per l’apprendimento [...], si dovrebbe andare verso curricula e programmi capaci di integrare strettamente l’esperienza di lavoro pratica con la conoscenza teorica e con la ricerca “in, per e sul luogo di lavoro” al fine di introdurre la ricerca nell’esperienza lavorativa, formulare ipotesi e prefigurare scenari, problemi e ipotizzare soluzioni [...] (Del Gobbo & Boffo, 2021, p. 23).

3. Scrivere, leggere, guardare per sperimentare le life skills: l’esperienza del CdL in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica dell’Università di Milano

Le riflessioni fin qui delineate rappresentano alcune delle premesse sulle quali chi scrive (in qualità di tutor dall’a.a. 2019/20) e la docente del corso (Lucia Zannini) progettano l’insegnamento di Pedagogia nel CdL in TeRP dell’Università di Milano (di circa 25 studenti per anno). Tale insegnamento si svolge nel I semestre del I anno, quindi, prima che gli studenti inizino il tirocinio nei servizi per la salute mentale. L’obiettivo generale è far comprendere le dimensioni educative della riabilitazione psichiatrica e di condurre un’attenta riflessione sul significato dell’educare alla salute mentale. Al contempo, il corso si propone di approfondire il significato passato e attuale del lavoro educativo e riabilitativo in ambito psichiatrico (Daniele, 2023). Uno dei principi che guidano la progettazione di tale insegnamento è “creare esperienze di apprendimento significative, coinvolgenti e calibrate sui bisogni e sulle caratteristiche dei destinatari, al fine di delinearne profili culturali e sociali più forti ed emergenti” (Boffo, Iavarone, Nosari & Nuzzaci, 2023, pp. 2-3).

A partire da queste considerazioni, ciascuna lezione di Pedagogia è progettata affinché abbia un carattere interattivo, come andremo di seguito a descrivere sinteticamente, proponendo delle riflessioni a riguardo. Nella prima lezione, dopo aver esposto alcuni dei concetti chiave della pedagogia, discutiamo del potenziale della narrazione nel costruire sapere dall’esperienza. A questo punto, proponiamo agli studenti la scrittura di una storia relativa a un episodio della propria vita in cui, a parer loro, c’è stata “educazione”. Dopo questa fase di lavoro individuale, proponiamo all’aula di creare delle coppie e invitiamo tutti gli studenti a leggere l’episodio al compagno; a ciascuno studente viene chiesto di porsi in ascolto della storia che gli verrà narrata, cercando di coglierne gli elementi significativi e/o comuni alla propria narrazione. Successivamente, chiediamo a qualche volontario di leggere la propria storia all’aula; dopodiché, avviamo una discussione in plenaria sul perché l’episodio letto può definirsi educativo, con l’intento di far emergere, man mano, le caratteristiche intrinseche dell’educazione.

Le motivazioni dietro queste scelte metodologiche sono molteplici. Uno degli obiettivi è attuare una situazione di *discomfort* nei formandi (Foucault, 2000), uscendo dalla *comfort zone* della didattica trasmissiva (molto diffusa nelle facoltà di medicina), che richiede loro di dover pensare alla propria storia per discernere ciò che

è stato educativo da ciò che non lo è stato; di riflettere e rielaborare la propria esperienza per generare conoscenza (Bruner, 1986/1988; Formenti, 1998; Mortari, 2003). La scrittura presuppone, infatti, il dover mettere in discussione delle certezze, il fare spazio al dubbio e alla curiosità, nonché il dar voce a se stessi e alle proprie emozioni. Fondamentale per questa pratica riflessiva è, tuttavia, la *condivisione*, con i pari e con il docente, al fine di moltiplicare gli sguardi che possono derivare dal “pensare insieme” (Zannini, 2008; Formenti, 2017, p. 34); al contempo, però, è indispensabile garantire che tale condivisione - nonostante la necessaria messa in gioco da parte del narratore che essa presuppone - non sia troppo imbarazzante e dolorosa (Zannini, 2008). In riferimento a tutto ciò, il lavoro a coppie ci pare un'attività interessante, da un lato, per far sì che gli studenti pratichino un ascolto rispettoso, non giudicante ed empatico (fondamentale per i professionisti del *caring*) (Boffo, 2020), dall'altro, per far sì che gli stessi sperimentino e attraversino il disagio del “sentirsi vulnerabili” (sensazione molto comune nella pratica lavorativa di questi professionisti della salute mentale), ma in un setting protetto. Questo lavoro a coppie, infatti, oltre a garantire che tutti gli studenti abbiano la possibilità di narrare la propria storia a un pari, è fondamentale per predisporre un clima di ascolto facilitante nel contesto-classe (ricordiamo che stiamo facendo riferimento a degli studenti proprio all'inizio del loro percorso universitario); un clima necessario per il racconto e la discussione in plenaria dell'esperienza.

In un'altra lezione, prima di esporre le nuove argomentazioni sopra sintetizzate, riprendiamo dei concetti dell'incontro precedente, grazie a una strategia di *gamification*. Nello specifico, utilizzando la piattaforma *Wooclap* o *Kahoot!*, proponiamo un quiz con alcune domande a risposta singola (visualizzate sullo schermo dell'aula), a cui gli studenti partecipano con i loro Smartphone (anonimamente e individualmente, ma sempre in un setting grupppale). Oltre che per creare un legame con la lezione precedente, adoperiamo la *gamification* per motivare e coinvolgere gli studenti nel loro processo di apprendimento (Bozkurt & Durak, 2018; Ab-Rahman, Ahmad & Hashim, 2019), nonché per promuovere la valutazione formativa e l'autovalutazione degli studenti, in una prospettiva di *Assessment for Learning* e *Sustainable Assessment* (Grion, Serbati, Tino & Nicol, 2018).

Dopodiché, proponiamo agli studenti un'altra attività, ossia la lettura individuale di una narrazione di un'educatrice relativa alla sua esperienza professionale in salute mentale (Pozzo, 2019). L'educatrice, per dare concretezza ad alcuni aspetti del lavoro educativo, racconta di un progetto che ha previsto la costituzione di una redazione di utenti e professionisti della salute mentale che produce alcune trasmissioni radiofoniche, fruibili su una web radio milanese. Dopo la lettura individuale del racconto, come per la prima attività, distribuiamo agli studenti delle schede di lavoro con delle domande aperte a cui rispondere individualmente, che fungono da chiavi di ri-lettura del racconto. Le domande, infatti, cercano di stimolare alcune riflessioni circa il ruolo dei professionisti educativi, del gruppo e del perché tale progetto sia connesso alla promozione della cittadinanza attiva delle persone con disagio psichico. Successivamente, chiediamo agli studenti di confrontarsi a coppie sulle risposte date. Dopo questa attività, viene proposta una discussione in plenaria, per esplorare i significati di *soggettività*, *gruppo* e *territorio* nel lavoro educativo in salute mentale e come tale lavoro possa essere predisposto in diversi luoghi, anche e soprattutto non istituzionali.

Anche in questo caso, la narrazione di una storia diviene centrale. Questa volta, però, il racconto non è dello studente o quello di un suo pari, bensì di una professionista dell'educazione. Le parole dell'educatrice permettono in qualche modo agli studenti (prima individualmente e poi in gruppo) di iniziare a prefigurare che cosa vuol dire lavorare con “intenzionalità educativa” (Palmieri, 2018) in uno dei potenziali contesti in cui andranno a lavorare. L'obiettivo della lettura e condivisione di questo racconto non è, ovviamente, quello “d'indicare piste d'azione”, sconfinando in tal modo “nel campo dei discorsi regolativi” (Mortari, 2003, p. 80); né, tantomeno, di trasmettere dei significati, bensì di promuovere lo *scambio* di significati, e, quindi, il processo di co-costruzione di significati (Bruner, 1986/1988).

Un'altra attività che proponiamo è la visione in aula del docufilm *L'orizzonte del mare. Un viaggio nelle buone e nelle cattive prassi in psichiatria* di Maurizio Salvetti (2011, regia di Fabrizio Zanotti)². Questo docufilm riporta alcune immagini e storie estremamente significative, a partire dall'esperienza di Salvetti; questi, nel 1997, durante il servizio civile presso un centro per persone con disabilità, situato di fronte all'ex Ospedale Psichiatrico Nazionale (OPN) di Bergamo, filmò le costrizioni e le privazioni a cui erano sottoposti alcuni pazienti del reparto Isola dell'OPN. A conclusione del docufilm, consegniamo a ciascuno studente una scheda con alcune domande aperte (a cui rispondere individualmente a casa e da riportare alla lezione successiva), a supporto della riflessione su alcuni passaggi del filmato.

La scelta di utilizzare il docufilm è stata compiuta perché il testo filmico è un potente strumento formativo. "Esso permette di fare esperienza di una realtà che non appartiene direttamente allo spettatore, ma che, ciononostante, può risultare estremamente significativa" (Zannini, 2008, p. 175). La nostra intenzione è quella di stimolare un coinvolgimento emotivo degli studenti, ma anche di aiutarli a fissare e ripensare ad alcuni concetti già esplorati nelle lezioni, grazie a uno strumento che permette anche di mantenere viva l'attenzione. Alla visione del docufilm, ovviamente, è associata un'analisi, che inizia già durante la stessa visione del filmato e che si basa su una scheda di lavoro.

La lezione successiva inizia con il confronto in piccoli gruppi sulle schede di lavoro del docufilm. Successivamente ai lavori di gruppo, le domande della scheda vengono proposte in plenaria, per riflettere, discutere e sintetizzare le varie risposte, al fine di far emergere le dimensioni educative dell'abitare, della materialità, della rete familiare e sociale, dell'occupazione, della cittadinanza; concetti connessi, infine, a dei riferimenti teorici. Lo stile con cui utilizziamo il docufilm è, infatti, quello strumentale-analogico; per cui il lavoro di analisi è orientato non a "scoprire verità, ma [a] riconoscere tematiche, preventivamente selezionate dal formatore" (Zannini, 2008, p. 178). Tale scelta deriva, da un lato, dall'esigenza di fare memoria di una realtà complessa, quindi, di portare una testimonianza a chi tra qualche anno diventerà un professionista sanitario proprio nell'ambito della salute mentale - e a cui forse sembra ormai lontana l'idea di manicomio (è invece importante fare memoria); dall'altro, per promuovere il pensiero critico di questi studenti, affinché, da professionisti, si avvicinino al proprio lavoro costantemente con una postura riflessiva (Schön, 1987/2006) sulle pratiche e sui dispositivi che reggono l'esperienza di cura e riabilitazione nei loro contesti lavorativi.

Ci pare, dunque, di poter affermare che la progettazione del nostro insegnamento di Pedagogia sia orientata allo sviluppo di alcune importanti *life skills* di questi studenti (per esempio, il pensiero critico, la comunicazione efficace, la capacità di relazioni interpersonali, l'autoconsapevolezza, l'empatia) (WHO, 1993), grazie all'utilizzo di alcune metodologie che promuovono un apprendimento trasformativo; un apprendimento, riprendendo Mezirow (1991/2003), inteso come "un processo consapevole, critico e riflessivo attraverso il quale l'adulto costruisce interpretazioni nuove o aggiornate dei significati attribuiti a esperienze o pensieri del passato, al fine di guidare il presente e orientare l'azione futura" (Mezirow, 1991/2003, p. 19).

4. Conclusioni

Le metodologie e gli strumenti descritti, che ben si prestano all'insegnamento di Pedagogia nel CdL in TeRP, probabilmente sono meno adatti ad altri insegnamenti e/o CdL. La nostra intenzione non è, infatti, quella di proporre un'esperienza formativa da replicare, ma di sottolineare che è possibile promuovere lo sviluppo di alcune *life skills* (soprattutto quelle riguardanti le aree: *pensiero creativo e senso critico, comunicazione e relazioni interpersonali, autocoscienza ed empatia*) (WHO, 1993) nella formazione universitaria, anche in una tradizionale aula didattica. Quello che, tuttavia, rende concreta tale esperienza è, innanzitutto, una certa intenzionalità educativa - che guarda alla dimensione autoriflessiva e critica come parte imprescindibile di un

programma formativo (Formenti, 2017, 2021) -, oltre che un'attenta progettazione didattica, che tiene conto degli obiettivi del corso di laurea, degli obiettivi dell'insegnamento, delle ore di lezione, della tipologia di studenti, delle risorse a disposizione.

Note

¹ Katia Daniele è Dottore di ricerca in Educazione nella Società Contemporanea, Università di Milano Bicocca.

² Ringraziamo Sonia Visioli, Dottore di ricerca in Educazione nella Società Contemporanea, per aver introdotto, negli anni accademici precedenti, questo potente stimolo formativo.

Riferimenti bibliografici

- Ab-Rahman, R., Ahmad, S., & Hashim, U. R. (2019). A study on gamification for Higher Education students' engagement towards education 4.0. In V. Piuri, V. Balas, S. Borah, & S.S. Ahmad (Eds.), *Intelligent and Interactive Computing. Lecture Notes in Networks and Systems*, 67. Singapore: Springer.
- Ba, G., & Viganò, A. (2003). I percorsi formativi. In G. Ba (Ed.), *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale* (pp. 123-144). Milano: FrancoAngeli.
- Boffo, V. (2020). La relazione educativa e le competenze dell'educatore. Una riflessione per la famiglia professionale. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 17(2), 27-51.
- Boffo, V., Iavarone, M. L., & Nuzzaci, A. (2022). Life skills e transizioni umane. *Form@re-Open Journal per la formazione in rete*, 22(3), 1-8.
- Boffo, V., Iavarone, M. L., Nosari, S., & Nuzzaci, A. (2023). The European LifeComp model between Embedded Learning and Adult Education. *Form@re-Open Journal per la formazione in rete*, 23(1), 1-4.
- Bozkurt, A., & Durak, G. (2018). A systematic review of gamification research: In pursuit of homo ludens. *IJGBL*, 8(3), 15-33.
- Bruner, J. S. (1988). *La mente a più dimensioni* (R. Rini, Trans). Roma, Bari: Laterza. (Original work published 1986).
- Costa, V., & Cesana, L. (2019). *Fenomenologia della cura medica*. Brescia: Scholé.
- Daniele, K. (2023). Il significato dell'educazione nella cura e nella riabilitazione del paziente con disagio psichico: tra "fare" e "stare". In L. Zannini, *L'educazione del paziente* (pp. 164-179). Milano: Cortina.
- D.M. 29 marzo 2001, n. 182. *Regolamento concernente la individuazione della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica*. Disponibile in: <https://www.tsrp-pstrp-toaalat.org/wp-content/uploads/2021/01/D.M.-29-marzo-2001-n.-182.pdf>.
- Del Gobbo, G., & Boffo, V. (2021). Formazione universitaria work-related per futuri professionisti dell'educazione degli adulti. *Epale Journal*, 9, 20-30.
- Dell Technologies. (2019). *Realizing 2030: A Divided Vision of the Future*. Disponibile in: <https://www.delltechnologies.com/content/dam/delltechnologies/assets/perspectives/2030/pdf/Realizing-2030-A-Divided-Vision-of-the-Future-Summary.pdf>.
- Demetrio, D. (1997). Il tirocinio come luogo di apprendimento degli adulti. In A. Castellucci, L. Marletta, L. Saiani, & G. Sarchielli (A cura di), *Viaggi guidati. Il tirocinio e il processo tutoriale nelle professioni sociali e sanitarie*. Milano: FrancoAngeli.
- Famulari, R., Fierro, L., Parigi, D., Rovito, E., & Ussorio, D. (2019). *Il core competence del Tecnico della Riabilitazione psichiatrica*. Roma: Alpes.
- Foucault, M. (2000). For an Ethics of Discomfort. In J. D. Faubion (Ed.), *Power: Essential Works of Foucault, 1954-1984* (pp. 443-448). NY: The New Press.
- Formenti, L. (1998). *La formazione autobiografica*. Milano: Guerini.
- Formenti, L. (2017). *Formazione e trasformazione*. Milano: Cortina.
- Formenti, L. (2021). L'educazione degli adulti in Italia: una sfida sistemica. *Epale Journal*, 9, 31-38.
- Grion, V., Serbati, A., Tino, C., & Nicol, D. (2018). Ripensare la teoria della valutazione e dell'apprendimento all'università: un modello per implementare pratiche di peer review. *Italian journal of educational research*, 19, 209-226.
- Mezirow, J. (2003). *Apprendimento e trasformazione* (R. Merlini, Trans). Milano: Raffaello Cortina. (Original work published 1991).
- Mortari, L. (2003). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Carocci.

- Palmieri, C. (2018). *Dentro il lavoro educativo*. Milano: FrancoAngeli.
- Pozzo, M. (2019). La parola a un'educatrice. In C. Palmieri, & M. B. Gambacorti-Passerini, *Il lavoro educativo in salute mentale* (pp. 138-153). Milano: Guerini.
- Sala, A., & Herrero-Ramila, C. (2022). *LifeComp into Action*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Schön, D. A. (2006). *Formare il professionista riflessivo: per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni* (D. Capperucci, Trans). Milano: FrancoAngeli. (Original work published 1987).
- Unione Europea. (2018). *Raccomandazione del consiglio del 22 maggio 2018 relativa alle competenze chiave per l'apprendimento permanente*. (2018/C 189/01). Disponibile in: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604\(01\)&from=IT](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018H0604(01)&from=IT).
- World Health Organization - WHO. (1993). *Life Skills Education in Children and adolescents in school. Introduction and Guidelines to facilitate the development and implementation of like skills programmes*. World Health Organization.
- World Health Organization - WHO. (2003). *Skills for Health Skills-Based Health Education Including Life Skills: An Important Component of a Child-Friendly/Health-Promoting School*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization - WHO. (2020). *Life skills education school handbook: prevention of noncommunicable diseases: introduction*. World Health Organization. Disponibile in: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331948>.
- Zannini, L. (2001). *Salute, malattia e cura*. Milano: FrancoAngeli.
- Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa*. Milano: Cortina.
- Zannini, L., Gambacorti-Passerini, M. B., Battezzati, P. M., Lipari, D., & Frison, D. (2016). Introduzione. Le ragioni di questo numero di ERP: l'università in transizione. *Educational reflective practices*, 2, 5-8.

Promuovere le competenze educative nei contesti di cura della terza età: un percorso di formazione interprofessionale*

Elena Luppi¹, Aurora Ricci², Elisa Bruni³, Maria Grazia D'Alessandro⁴

Keywords

Demenze, Metodologie educativo-animative, Approcci non farmacologici, Life Skills, Formazione

Abstract

La spinta verso pratiche di cura orientate da modelli bio-psico-sociali ha richiesto un ripensamento della formazione dei profili professionali impiegati. A tal proposito, il contributo presenta gli esiti di un progetto Europeo Erasmus + dedicato all'innovazione nella formazione dei professionisti della cura della terza età: il progetto SALTO - Social Action for Life Quality Training and Tools, avente la finalità di innovare la formazione di chi opera in questi servizi, innalzandone le life skills per affrontare i bisogni complessi delle persone con demenze. I risultati mostrano l'efficacia del modello formativo messo a punto, sia per il superamento delle prospettive adultocentriche alla cura e l'adozione di approcci centrati sulla persona, sia nell'acquisizione di competenze per l'innovazione delle pratiche quotidiane verso una maggiore integrazione fra le componenti biologiche e psicosociali.

1. Introduzione

I cambiamenti demografici hanno reso necessaria una transizione delle pratiche e dei modelli di intervento dei servizi per la terza età, da una centratura sugli aspetti sanitari verso direzioni maggiormente orientate da modelli bio-psico-sociali (Brune, 1995; Coons, Mace, Whyte, Boling, Rapelje & Senders, 1996; Kitwood, 1997), in grado, cioè, di integrare e sviluppare la presa in carico dell'anziano in una prospettiva multidimensionale, rispondente ai bisogni sanitari, assistenziali e psicosociali (Palestini, Anzivino & Nicoli, 2012).

Davanti a tale scenario emerge l'esigenza di rendere i profili professionali della cura capaci da un lato, di adeguarsi ai continui cambiamenti globali e politici che impattano sulla gestione della cura e, dall'altro, di garantirsi delle traiettorie formative tanto permanenti quanto flessibili, favorendone così l'occupabilità, intesa come processo di adattamento lavorativo attivo attraverso cui i lavoratori identificano e realizzano opportunità di carriera, facilitandone la probabilità di ottenere un'occupazione nonché di ottenere rioccupazione (Fugate, Kinicki & Ashforth, 2004). A tal proposito, le ricerche hanno osservato come l'occupabilità abbia come antecedenti competenze trasversali quali ad esempio la flessibilità, la resilienza, l'apertura al cambiamento, la capacità di anticipare e ottimizzare, la creazione di significato, il senso di autoefficacia nella carriera (Fugate & Kinicki, 2008; Griffin & Annulis, 2013).

Sul fronte della valorizzazione delle competenze trasversali l'impegno della Commissione Europea è stato costante: dallo *European Reference Framework of Key Competences for Lifelong Learning* del 2006 si è infatti approdati al *Framework LifeComp* (Sala, Punie, Garkov & Cabrera, 2020), inteso a valorizzare la resilienza e la capacità di fronteggiare i cambiamenti focalizzandosi su tre aree di competenza: 1) una *personale*, declinata in autoregolazione, flessibilità e benessere; 2) una *sociale*, declinata in empatia, comunicazione e collaborazione; e infine 3) una relativa all' *imparare ad imparare*, declinata in *growth mindset*, pensiero critico e gestione dell'apprendimento.

Alla luce di tali premesse, davanti alla molteplicità di approcci introdotti per far fronte agli specifici bisogni della persona con demenze, si rende necessario riconsiderare la formazione del personale assistenziale, ponendo

le basi, da un lato, per un cambiamento nel modo di pensare e di lavorare che rispecchi una prospettiva di cura più integrata, che combini i progetti di vita con i progetti di cura all'interno delle strutture residenziali assistite (Luppi, 2018); dall'altro lato, per un potenziamento del sistema di formazione in ottica di occupabilità con un focus su *life skills*, *coping* e resilienza (Boffo, Iavarone, Nosari & Nuzzaci, 2023). Il presente contributo intende presentare un'esperienza progettuale Erasmus Plus riconosciuta come buona pratica dalla Commissione Europea che ha cercato di tenere fede a tali premesse, seppur in una fase precedente alla diffusione di *LifeComp*.

2. Il progetto e il percorso formativo

Il Progetto Erasmus Plus "SALTO, *Social Action for Life Quality Training and Tools*"⁵ prende avvio a Settembre 2016 con la finalità di promuovere la formazione dei lavoratori della cura agli approcci educativo-animativi, anche definiti come non farmacologici, per integrarli all'interno della cura quotidiana.

Il modello pedagogico tiene conto della necessità di promuovere il cambiamento di paradigma e l'acquisizione delle metodologie educativo-animative applicate alla pratica professionale e finalizzate al mantenimento e alla riabilitazione psicosociale della persona anziana (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, Reese & Lipsitt, 1980; Feil, 1991; Jones, 1999; Kitwood, 1997; Koren, 2010): orientate, da un lato, all'utilizzo di approcci ludici, basati su linguaggi e strumenti artistici; dall'altro, alla stimolazione cognitiva, sensoriale, motoria e all'espressione del sé (Taddia, 2012), contribuendo nella gestione delle manifestazioni comportamentali collegate alla malattia, quali ad esempio l'agitazione, insieme alla depressione e all'aggressività (Givens, Jones, Mazor, Prigerson & Mitchell, 2015). Il Progetto ha previsto la costruzione di strumenti educativi, integrati con la pratica sul campo e lo sviluppo di iniziative e buone pratiche basate sulla cura come leva per il miglioramento della qualità della vita delle persone anziane: in particolare, un modello formativo per la formazione dei professionisti della cura di persone con demenze in ambito residenziale e semi-residenziale.

Il programma formativo prodotto si compone di 8 moduli (150 ore) ed è destinato sia ai programmi di formazione iniziale delle università e dei centri di formazione, sia alla formazione continua per i professionisti del lavoro:

- Modulo 1 - *Cambiare i paradigmi sull'invecchiamento*; finalizzato a superare le rappresentazioni, i paradigmi e gli stereotipi legati alle persone con demenze e/o disabilità, dalla prospettiva adultocentrica al modello centrato sulla persona, dall'approccio sanitario a quello bio-psico-sociale [potenziamento dell'area imparare ad imparare di *LifeComp*, competenze: *growth mindset* e *pensiero critico*].
- Modulo 2 - *Terapie non farmacologiche: una leva per la qualità della vita*; concentra il proprio focus: sull'organizzazione degli spazi e del *setting* per il benessere, sull'adozione di stili comunicativi che siano relazionali ed empatici, sullo sviluppo di attività basate sull'animazione sociale, al fine di promuovere il benessere e il mantenimento delle risorse personali [potenziamento dell'area personale di *LifeComp*, competenza: *wellbeing*].
- Modulo 3 - *La relazione e la comunicazione con i beneficiari*. Al fine di fornire competenze per migliorare la comunicazione con gli utenti e la gestione dei momenti critici, il modulo si concentra: sull'ascolto, sulla comunicazione verbale/non-verbale e sulla comunicazione empatica [potenziamento dell'area sociale di *LifeComp*, competenze: empatia e comunicazione].
- Modulo 4 - *La comunicazione in team per la qualità della vita dei professionisti*. Per facilitare le dinamiche relazionali all'interno delle équipes e ridurre il *burnout*, il modulo formativo pone il focus sulla comunicazione e l'ascolto fra colleghi; sulle dinamiche di gruppo, sulla capacità di gestire i contesti e i flussi di comunicazione e di prevenire e gestire i conflitti [potenziamento dell'area sociale di *LifeComp*, competenze: comunicazione e collaborazione].

- Modulo 5 - *Il coinvolgimento della famiglia e dei parenti*. Il modulo mira a promuovere l'empowerment e la comunicazione tra équipe e familiari: comunicare con le famiglie in modo empatico; promuovere la formazione dei familiari e dei volontari; coinvolgere la famiglia nella vita quotidiana della struttura, con particolare riferimento alle attività di animazione sociale; integrare la dimensione del volontariato nella vita quotidiana della struttura [potenziamento dell'area personale di *LifeComp*, competenza: *wellbeing*].
- Modulo 6 - *L'empowerment degli utenti*. Il modulo sviluppa competenze per: riconoscere e valorizzare le esigenze, le capacità e gli interessi delle persone; sensibilizzare sulle relazioni tra gli utenti; coinvolgerli nelle attività quotidiane e nella vita organizzativa dell'istituzione; mettere anziane e anziani residenti nelle strutture al centro dei propri progetti di vita [potenziamento dell'area sociale di *LifeComp*, competenze: empatia, comunicazione e collaborazione].
- Modulo 7 - *Il rapporto con il territorio e la comunità*. Il modulo mira a integrare la dimensione locale per promuovere la cittadinanza attiva: conoscere e prendere in considerazione il territorio, con le sue risorse e opportunità; tenere conto dell'importanza dell'ambiente domestico e di vita; sviluppare partenariati con la comunità; promuovere esperienze di inclusione sociale [potenziamento di tutte le aree di *LifeComp*].
- Modulo 8 - *Sviluppo di un progetto di animazione sociale*. Tale modulo si pone l'obiettivo di fornire strumenti e conoscenze per pianificare e implementare un progetto di animazione: analizzare i bisogni degli utenti e sviluppare un progetto basato sugli interventi non farmacologici, predisporre il *setting* e valutare l'impatto dell'intervento (può includere un periodo di stage per l'attuazione del progetto) [potenziamento di tutte le aree di *LifeComp*].

3. Implementazione ed esiti della formazione

Di seguito vengono presentate le caratteristiche del percorso formativo che è stato realizzato in Italia.

Percorso formativo: "Uso appropriato dei farmaci negli anziani - Sviluppo delle terapie non farmacologiche e approccio socio-animativo nelle CRA" si è svolto tra Febbraio 2018 e Gennaio 2019 (5 edizioni). Testati 4 moduli per una durata complessiva di 50 ore: 28 dedicate alla formazione in aula e 22 ore di attività sul campo, attraverso la progettazione di un intervento educativo-animativo su uno o più ospiti della propria struttura.

Istituzioni coinvolte: Direzione Attività Socio Sanitarie e Governo Clinico Azienda USL di Bologna (Organizzatore), Dipartimento di Scienze dell'Educazione - Università di Bologna;

Destinatari: rappresentanti di 56 organizzazioni di assistenza a lungo termine presenti nel territorio bolognese, tra cui Case Residenza per Anziani non autosufficienti (CRA), Centri diurni e alcune realtà domiciliari, per un totale di 228 professionisti coinvolti (infermieri, operatori socio-sanitari, medici, animatori, educatori, assistenti sociali e coordinatori di struttura). Riguardo al genere, 79% dei partecipanti sono donne e la posizione professionale rivestita prevalente (39%) è quella di OSS.

Disegno per la valutazione dell'attività formativa: disegno pre-sperimentale a gruppo solo con pre-test e post-test (Gay, Mills & Airasian, 2009).

Strumenti per la valutazione: Sono state valutate 3 dimensioni: il gradimento rispetto al corso, le opinioni e gli atteggiamenti nei confronti delle demenze e gli apprendimenti relativamente alle metodologie educativo-animative o "approcci non farmacologici". La rilevazione è avvenuta attraverso due strumenti:

- un questionario somministrato ai partecipanti all'inizio e a conclusione di ciascun corso (ex-ante e ex-post), con due scale create ad hoc per indagare il gradimento riguardo al corso (corrispondenza della formazione rispetto alle aspettative, l'autopercezione di competenza rispetto alle terapie non farmacologiche) e gli apprendimenti (utilizzo e frequenza di utilizzo delle terapie non-farmacologiche), tramite

quesiti a risposta chiusa e a scelta multipla; le opinioni e gli atteggiamenti a proposito di demenze e Alzheimer, tramite una scala di misurazione validata (O'Connor & McFadden, 2010)⁶ e relativa al posizionamento degli operatori nei confronti delle demenze, dal punto di vista cognitivo e affettivo-emotivo (Luppi, 2019)

- una scheda progettuale (SP) compilata dai partecipanti, per la pianificazione e progettazione dell'intervento durante l'esperienza sul campo, che permette di ricavare informazioni rispetto alla capacità di applicare le metodologie educativo-animative nella vita professionale. La SP si compone delle seguenti sezioni: 1) la conoscenza dell'ospite cui si rivolge l'intervento: a) un'anagrafica essenziale sull'ospite stesso/a, b) una breve descrizione della storia di vita e indicazione delle patologie e delle terapie farmacologiche in atto; 2) la descrizione della manifestazione comportamentale, attraverso una griglia, sviluppata sulla base del modello ABC (Ellis, 1962); 3) la progettazione dell'attività non farmacologica: a) l'indicazione degli obiettivi, b) la descrizione delle attività previste e dei risultati attesi (indicatori), c) l'elenco degli strumenti di monitoraggio e valutazione scelti per verificare la realizzazione degli obiettivi, d) il diario di monitoraggio del progetto, e) la descrizione degli esiti e valutazione (Tab. 1)

4. Risultati

L'insieme dei dati raccolti attraverso questi strumenti ci permette di trarre alcune conclusioni rispetto all'efficacia formativa del modello proposto. Di seguito vengono presentati alcuni fra i principali risultati in forma sintetica, al fine di offrire una panoramica sugli esiti del corso.

L'analisi dei dati ex-ante e ex-post del questionario, indica come, riguardo al gradimento, il 50,2% dei partecipanti dichiara che il corso ha risposto alle aspettative; a proposito dell'autopercezione di competenza rispetto alle terapie non farmacologiche, se nel questionario ex-ante, la maggior parte dei partecipanti (43,8%) sente di avere "Sufficiente" conoscenza delle terapie non farmacologiche, in quello ex-post, si apprezza un aumento della percezione al 60,7% ("Buona" conoscenza). Anche per gli apprendimenti, aumenta la percentuale di coloro che dichiarano di utilizzare terapie non farmacologiche (da 75,4% ex-ante a 94,1% ex-post) e la frequenza di utilizzo per l'item "spesso" aumenta da 40,1% ex-ante a 52,4% ex-post. Infine, relativamente a opinioni e atteggiamenti dei partecipanti nei confronti di persone con demenza, si apprezza una variazione positiva nei valori medi e percentuali sia per gli item relativi alle problematiche legate alla demenza, sia per quelli legati agli atteggiamenti verso gli utenti, sia alle conoscenze oggetto della formazione (Luppi, 2018; 2019).

Per l'analisi dei dati della SP è stata creata una griglia per raccogliere gli elementi e le attività messe in luce dai partecipanti al momento della pianificazione e realizzazione dei progetti e per categorizzare le informazioni inserite, secondo le 4 macroaree della scheda⁷. Al fine di rilevare i campi ritenuti significativi dalle varie équipe, il campo di analisi è stato delimitato a una parte dei dati delle macroaree, limitando l'area a 3 macroaree: conoscenza dell'ospite, manifestazione comportamentale, approcci non farmacologici utilizzati; in seguito, è stato creato un altro strumento all'interno del quale indicare in base alle 3 macroaree la presenza dei dati, precedentemente categorizzati attraverso microaree e sottogruppi (Tab. 1). Infine, è stata indagata la corrispondenza tra manifestazioni comportamentali ed approcci non farmacologici, attraverso la creazione di griglie per il confronto tra i dati i cui esiti sono presentati nella Tab. 2

MACROAREA	MICROAREA	SOTTOGRUPPI
Conoscenza del soggetto cui si rivolge l'intervento	Anagrafica essenziale	<ul style="list-style-type: none"> • Genere • Età • Tipologia di struttura di appartenenza • Struttura di appartenenza
	Elementi della vita personale	<ul style="list-style-type: none"> • Interessi/tempo libero/hobby • Elementi della personalità e del carattere • Qualità delle relazioni con la famiglia • Spiritualità • Stato civile • Episodi di vita/ricordi • Attività lavorativa • Non fornisce indicazioni
Manifestazione comportamentale	<ul style="list-style-type: none"> • Deliri • Allucinazioni • Agitazione/aggressività • Depressione/disforia • Ansia • Euforia/Esaltazione • Apatia/Indifferenza • Disinibizione • Irritabilità/Labilità • Attività motoria aberrante • Alterazioni del sonno • Disturbi dell'alimentazione • Non fornisce indicazioni 	
Approcci non farmacologici	a) Approcci basati su contatto sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Approccio capacitante • Attività di gruppo • Dialogo 1:1 • Doll Therapy • Validation
	b) Approcci cognitivi	<ul style="list-style-type: none"> • Reminiscenza • Reality Orientation Therapy (ROT) • Stimolazione cognitiva
	c) Approcci basati sulle componenti ambientali	<ul style="list-style-type: none"> • Gentle Care
	d) Approcci sensoriali	<ul style="list-style-type: none"> • Musicoterapia • Stimolazione sensoriale
	Approcci basati su aspetti occupazionali	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia occupazionale • Attività occupazionali
	Approccio Montessoriano	Montessori

Tab. 1 - Struttura e categorie per la griglia dati della Scheda Progettuale

MANIFESTAZIONE COMPORTAMENTALE	APPROCCIO NON FARMACOLOGICO (%)
Deliri	<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sociale (36,59%) • Occupazionale (19,51%) • Ambientale (7,32%) • Non indicate (2,44%)
Agitazione/aggressività	<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sociale (40,32%) • Cognitivo (20,97%) • Occupazionale (13,44%) • Sensoriale (11,83%) • Ambientale (10,22%) • Montessori (2,69%) • Non indicate (0,54%)
Depressione	<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sociale (37,74%) • Cognitivo (24,53%) • Ambientale (11,32%) • Sensoriale (11,32%) • Montessori (1,89%)
Ansia	<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sociale (35,71%) • Cognitivo (19,39%) • Occupazionale (13,27%) • Sensoriale (11,22%) • Ambientale (9,18%)
Irritabilità	<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sociale (42,19%) • Cognitivo (20,31%) • Occupazionale (14,06%) • Ambientale (9,38%) • Sensoriale (7,81%) • Montessori (6,25%)
Attività motoria	<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sociale (35,71%) • Cognitivo (18,57%) • Sensoriale (17,14%) • Ambientale (11,43%) • Occupazionale (11,43%) • Montessori (5,71%)
Alterazioni del sonno	<ul style="list-style-type: none"> • Contatto sociale (41,38%) • Cognitivo (27,59%) • Ambientale (17,24%) • Sensoriale (6,90%) • Montessori (3,45%) • Occupazionale (3,45%)

Tab. 2 - Confronto tra Manifestazioni comportamentali e Approcci non farmacologici

Dai risultati relativi alla macroarea *Manifestazioni comportamentali* (Fig. 1), emerge che “Agitazione/aggressività” è l’item maggiormente indicato (35,7%) per descrivere il comportamento del soggetto cui è indirizzato il progetto, seguito dall’item “Ansia” (17%). Osservando invece la macroarea *Approcci farmacologici*, (Fig. 2) i risultati mostrano che gli interventi progettati sono caratterizzati da attività basate prevalentemente sul contatto sociale (34,36%) e in secondo luogo l’approccio cognitivo (19,82%), sono i più utilizzati in tutte le manifestazioni comportamentali prese in esame.

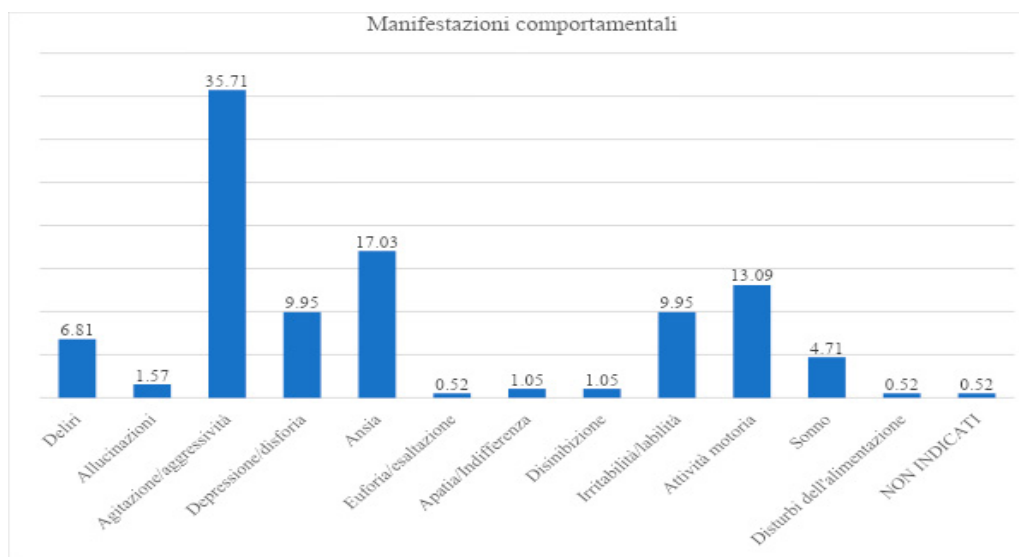


Fig. 1 - Risultati della macroarea “Manifestazioni comportamentali”

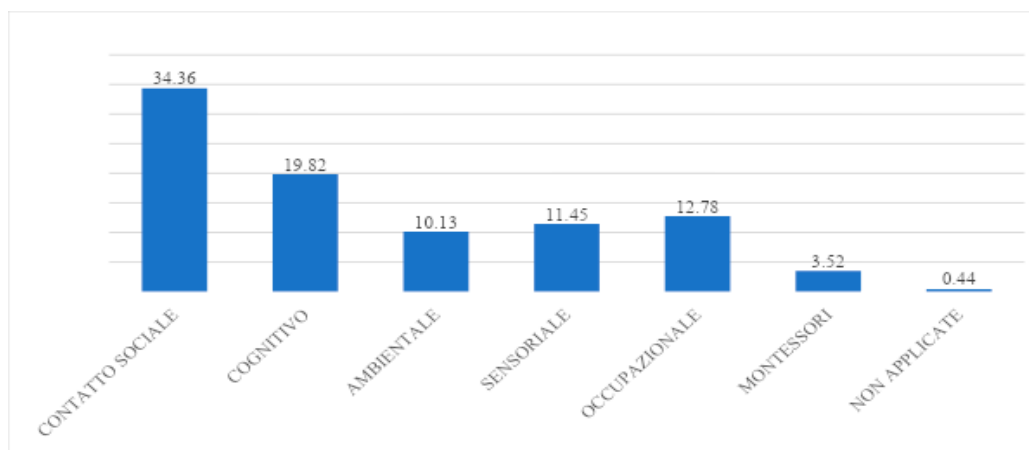


Fig. 2 - Risultati della macroarea “Approcci non farmacologici”

5. Conclusioni

Gli approcci educativo-animativi rappresentano oggi uno dei punti cardine dell’innovazione e dell’innalzamento della qualità delle pratiche di cura delle strutture per anziani fragili e non autosufficienti. La transizione delle organizzazioni della cura della terza età verso modelli basati sulla centralità della persona e sulla presa in carico dei bisogni psicosociali si fonda sulla promozione delle competenze legate ai metodi e alle strategie educativo-animative, definite in ambito sanitario come interventi non farmacologici, proprio perché promotori di risposte che contribuiscono a promuovere benessere riducendo le terapie farmacologiche o le

misure di contenzione. Oltre a promuovere la qualità della vita delle anziane e degli anziani, questi approcci, come abbiamo visto, restituiscono senso e significato all'operare dei professionisti, potenziandone le risorse, in termini di *life skills*, che fungono da fattori protettivi nell'insorgenza di disturbi lavoro-correlati (stress e *burnout*), oltre alla loro occupabilità.

Il modello formativo messo a punto e sperimentato nel progetto SALTO ha avuto riscontri positivi in termini di apprendimento, di promozione del cambiamento nella cultura della cura e di gradimento da parte dei corsisti. Lo sviluppo di progetti di animazione socio-educativa e la loro implementazione nella parte del percorso formativo che si è svolta sul campo, ha così offerto l'opportunità di applicare i saperi appresi nel confronto tra i diversi professionisti delle strutture. Inoltre, ha consentito di adottare un approccio basato sull'analisi sistematica del comportamento-problema inteso come manifestazione comportamentale, sulla conseguente progettazione di interventi animativo-educativi; ciò per dare risposta ai bisogni emersi e sull'implementazione e monitoraggio degli stessi, con un approccio analogo a quello che si segue nei percorsi clinico-diagnostici. Le équipes coinvolte hanno potuto acquisire saperi utili a contribuire all'inserimento della cultura educativo-animativa nelle pratiche quotidiane della cura, nell'ottica di un'autentica transizione verso modelli di cura sempre più attenti all'integrazione fra le dimensioni mediche e psicosociali.

Note

* Il contributo rappresenta il risultato di un lavoro di progettazione condivisa fra le Autrici. In particolare Elisa Bruni ha redatto i paragrafi 4 e 5, Maria Grazia D'Alessandro ha contribuito alla raccolta dati, Elena Luppi ha redatto il paragrafo 2 e Aurora Ricci ha redatto i paragrafi 1 e 3.

¹ Elena Luppi è Professoressa Ordinaria in Pedagogia Sperimentale presso il Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Bologna.

² Aurora Ricci è Ricercatrice a tempo determinato di tipo A in Pedagogia Sperimentale presso il Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Bologna.

³ Elisa Bruni è Dottoranda in Scienze Pedagogiche presso il Dipartimento di Scienze dell'Educazione dell'Università di Bologna.

⁴ Maria Grazia D'Alessandro è Responsabile Ricerca Progettazione e Sviluppo presso CEFAL Emilia Romagna.

⁵ Coordinato da Etcharry Formation Développement. Partner: Caminante (FR), AAPAVA (FR), CEFAL (IT), Dipartimento di Scienze dell'Educazione - Università di Bologna (IT), C'ENTRO (IT), MATIA (ES), CIFP (ES), VILA MARIA (HR), DIOPTER (HR).

⁶ Scala per la misurazione dell'atteggiamento nei confronti delle demenze basata sul modello teorico tripartito di Breckler (1984) e sviluppata utilizzando una versione modificata della procedura in nove fasi descritta da Krause (2002).

⁷ La categorizzazione della macroarea "Manifestazione comportamentale" prende spunto dagli elementi del Neuropsychiatric Inventory (Cummings, Mega, Gray, Rosenberg-Thompson, Carusi & Gornbein, 1994).

Riferimenti bibliografici

- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31(1), 65-110.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (European Network on Longitudinal Studies on Individual Development, pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Boffo, V., Iavarone, M. L., Nosari, S., & Nuzzaci, A. (2023). The European LifeComp model between Embedded Learning and Adult Education. *Form@re-Open Journal per la formazione in rete*, 23(1), 1-4.
- Breckler, S. J. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1191-1205.
- Brune, K. B. (1995). Eden alternative certification, pilot group. *New Berlin, NY*.
- Coons, D. H., Mace, N. L., Whyte, T., Boling, K., Rapelje, D. H., & Senders, W. (1996). *Quality of life in long-term care*. New York: Haworth Press.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The neuropsychiatric inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Feil, N. (1991). Validation therapy. *Serving the elderly* (1th ed.). (pp. 89-116). Routledge.
- Fugate, M., Kinicki, A. J., & Ashforth, B. E. (2004). Employability: A psycho-social construct, its dimensions, and applications. *Journal of Vocational Behavior*, 65(1), 14-38.
- Fugate, M., & Kinicki, A. J. (2008). A dispositional approach to employability: Development of a measure and test of implications for employee reactions to organizational change. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81(3), 503-527.
- Gay, L. R., Mills, G. E., & Airasian, P. W. (2009). *Educational research: Competencies for analysis and applications*. New York: Merrill/Pearson.
- Givens, J. L., Jones, R. N., Mazor, K. M., Prigerson, H. G., & Mitchell, S. L. (2015). Development and psychometric properties of the family distress in advanced dementia scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(9), 775-780.
- Griffin, M., & Annulis, H. (2013). Employability skills in practice: The case of manufacturing education in Mississippi. *International Journal of Training and Development*, 17(3), 221-232.

- Jones, M. (1999). *Gentlecare: Changing the experience of alzheimer's disease in a positive way*. Hartley & Marks Publishers.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open university press.
- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs*, 29(2), 312-317.
- Krause, N. (2002). A comprehensive strategy for developing closed-ended survey items for use in studies of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(5), 263-274.
- Luppi, E. (2018). Training in non-pharmacological approaches to dementia and alzheimer. *Ricerche Di Pedagogia E Didattica. Journal of Theories and Research in Education*, 13(3), 123-152.
- Luppi, E. (2019). Education as a non pharmacological response to dementia and alzheimer. In C. Vilhena, & M. H. Gregório (Eds.), *The contributions of education and learning for older adults'well-being* (pp. 265-286). Portogallo: Gambelas Universidade do Algarve.
- Palestini, L., Anzivino, F., & Nicoli, M. A. (2012). La valutazione multidimensionale del paziente anziano: Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale. *Dossier Regione EmiliaRomagna*, 218, 13-20.
- Sala, A., Punie, Y., Garkov, V., & Cabrera Giraldez, M. (2020). *LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Taddia, F. (2012). *Laboratori di animazione per la terza età. percorsi socio-educativi*. Trento: Erickson.

Promuovere ben-essere e resilienza per l'individuo e il gruppo in età adulta: esemplificazioni pratiche di percorsi di apprendimento esperienziale

Martina Arcadu¹, Ilaria Stragapede²

Keywords

Life Skills, Adulti, Active Learning, Ricerca-Intervento, Apprendimento esperienziale

Abstract

Al giorno d'oggi si rende sempre più necessario promuovere interventi di formazione per adulti riferiti alle Life Skills, per rispondere adeguatamente alle sfide della nostra società. Attraverso esperienze basate sull'apprendimento esperienziale, il contributo presenta due proposte operative volte a potenziare alcune Life Skills per gruppi adulti, in particolare la gestione dello stress e il processo di decision making. I percorsi presentati sono pensati per la formazione di gruppi di lavoro in sistemi di salute e cura per tentare di ripensare, in maniera innovativa, le forme di apprendimento permanente e l'educazione degli adulti.

1. Introduzione

A partire dagli anni Settanta-Ottanta del secolo scorso la comunità scientifica ha messo in luce la presenza di strette correlazioni tra sistemi biologici e psicologici dell'individuo, introducendo nuovi paradigmi interpretativi e conseguenti approcci ai temi della promozione della salute e del ben-essere. Il modello bio-psico-sociale (Engel, 1977), ad esempio, ha introdotto tra i fattori responsabili della salute, anche le condizioni psicologiche e i contesti sociali in cui l'individuo è inserito, e ha favorito la nascita di approcci sistemici allo studio dello sviluppo umano, come il modello ecologico di Bronfenbrenner (1979). La Carta di Ottawa per la promozione della Salute (OMS, 1986), indica alcuni fattori imprescindibili per il mantenimento della salute tra i quali, ad esempio, la presenza di adeguate risorse economiche, l'alimentazione, la condizione abitativa, la presenza di abilità e di competenze negli individui, ecc. La capacità dell'individuo di stare nel mondo è legata alla presenza di risorse di varia natura, acquisite a partire dall'età dello sviluppo e modificate, come dimostrato dagli studi in prospettiva *life-span*, durante tutto l'arco di vita.

In virtù di quanto riportato, la divisione di salute mentale dell'OMS mise in luce, già negli anni Novanta, la rilevanza delle cosiddette *Life Skills*, definite come "abilità per un comportamento adattivo e positivo che consentono alle persone di affrontare efficacemente le richieste e le sfide della quotidianità" (OMS, 1993, p. 1).

L'OMS ha individuato dieci principali *Life Skills* che possono essere raggruppate in tre aree di interesse (Lerner et al., 2005). Esse sono relative alla sfera: 1) emotiva (autoconsapevolezza, gestione delle emozioni e gestione dello stress); 2) relazionale (empatia, comunicazione efficace e capacità relazionali) e infine 3) cognitiva (*problem solving*, *decision making*, pensiero critico). Le *Life Skills* sono competenze trasversali, essenziali per lo sviluppo complessivo dell'individuo e permettono di affrontare in modo efficace le esigenze della vita (Galagali, 2011) nonché incrementano le competenze per gestire le sfide quotidiane (Prajapati, Sharma & Sharma, 2017). Sebbene la letteratura sulle *Life Skills* si sia concentrata prevalentemente su periodi relativi alla gioventù e all'adolescenza (Datta, Cardona, Mahanta, Younus & Lax-Pericall, 2019; Modecki, Zimmer-Gembeck & Guerra, 2017), sono stati condotti numerosi studi anche con adulti (Steptoe & Wardle, 2017). Luogo di apprendimento privilegiato delle *Life-Skills* è certamente la scuola ma i programmi di *Life Skills Education* sono stati estesi, attraverso opportune modifiche agli obiettivi e alle metodologie, anche all'età adulta e anziana, in rapporto alle

nuove sfide (e opportunità) tipiche di queste fasi di vita (Tungpunkom, Maayan & Soares-Weiser, 2012): esse infatti richiedono sempre più competenze a fronte di specifici nuovi compiti di sviluppo, come ad esempio la strutturazione di un percorso professionale o la creazione di assetti familiari o di mantenimento di legami affettivi stabili, che richiedono capacità costanti e flessibili di mediazione, di comunicazione nonché di empatia e resilienza (Zambianchi & Ricci Bitti, 2013). Quest'ultima, infatti, rappresenta il fattore decisivo nella vita delle persone e delle comunità: è un processo in costante divenire, più che una qualità individuale data una volta per tutte, e consiste nella capacità non solo di affrontare traumi o momenti critici durante la vita ma anche di trasformare gli stessi in opportunità di crescita per uscirne fortificati. Da un lato, pertanto, la caratteristica processuale della resilienza permette di intenderla come un'abilità che può essere costantemente educata durante l'intero arco di vita, dall'altro è cruciale sviluppare una relazione educativa significativa che incoraggi la crescita della persona favorendo lo sviluppo delle sue potenzialità attraverso dimensioni educative emotive che consistono nell'esserci, nel farsi presenza costante attiva e silenziosa. Non solo: essere resilienti contribuisce al processo di costruzione di ben-essere da parte dell'individuo, inteso non solo come felicità e serenità di vita ma come un più complesso e completo sviluppo olistico dell'individuo, come membro della comunità e come essere umano che realizza i propri potenziali (emotivo, sociale, fisico etc.) in una relazione armoniosa con il contesto circostante. Il processo di apprendimento nelle sue diverse fasi, per come inteso in questa sede, rappresenta pertanto un vero e proprio "nutrimento" per l'individuo per perseguire il ben-essere, per allenare capacità di resilienza e valorizzare e migliorare la qualità di vita degli ambienti e contesti (lavorativi e non) nei quali siamo inseriti.

Per riassumere e concludere questa breve sezione introduttiva, i programmi di *Life Skills Education* sono spesso progettati per allenare le competenze di vita e vengono illustrati e praticati attraverso una modalità di apprendimento partecipativo in prima persona (ad esempio tramite attività sportive, *role playing*, *focus group*, ecc.) facendo sperimentare un comportamento positivo e adattivo per il singolo e, di conseguenza, per la collettività (Prajina & Godwin Premsingh, 2014) in ottica promotrice di resilienza e ben-essere.

2. I programmi di Life Skills Education in una prospettiva life-span di apprendimento partecipato

È utile precisare in questa sezione la metodologia che si utilizzerà per i dispositivi formativi proposti, che trovino il fine non più soltanto nei processi di insegnamento/apprendimento di nozioni, abilità, procedure e comportamenti legati ai luoghi e alle pratiche di lavoro, ma in esperienze utili per un esercizio di autonomia, *problem solving* e riflessione (Aleandri, 2003). Come professionisti dell'educazione siamo chiamati a creare occasioni di apprendimento lontani dalla concezione di formazione come mera trasmissione di contenuti e significati, per avvicinarci sempre di più a contesti di apprendimento basati sul valore dell'esperienza (Dewey, 1938), in grado di creare le condizioni per il singolo di formarsi mediante metodi più complessi di sapere, fare, essere (Nicolaidis, 2015; Fabbri, 2007). È attraverso questa lente che la formazione assume il carattere di un'esperienza continua situata che muove da problemi reali (Rossi, 2014).

Questo modo di concepire la formazione, è in linea con il modello dell'*Experiential Learning Theory* proposto da Kolb (1984), caratterizzato da una ciclicità del processo, articolata in quattro fasi: si parte dall'esperienza concreta (EC), arrivando alla sperimentazione attiva (SA), attraverso momenti di osservazione riflessiva (OR) e concettualizzazione astratta (CA).

Una formazione centrata sull'azione permette ai partecipanti di dare senso a concetti, teorie e paradigmi e generare nuovi valori, codici riflessivi, significati (Dewey, 1938) secondo un apprendimento *lifelong learning*. Quando parliamo di *Life Skills* è necessario andare oltre per capire come, quando e perché usare quella co-

noscenza, per un miglioramento delle competenze interpersonali e sociali che permettano di ridefinire in termini positivi il contesto all'interno del quale si agisce. È quindi fondamentale la sperimentazione pratica delle teorie apprese, che permetta il duplice passaggio dalla teoria al piano dell'azione e a quello della concettualizzazione, da ciò che si è sperimentato quindi al trasferimento di quanto appreso attraverso momenti riflessivi che fungono da regolatori tra l'esperienza e l'agire umano. Spesso si fatica ad oltrepassare il varco della riflessività, domandandosi il perché di una determinata azione e quali sono le modalità con le quali decidiamo di agire, come singoli e come comunità, e si resta imbrigliati esclusivamente nel fare. I punti fermi per pensare e riflettere, però, si trovano nella vita personale di ognuno di noi (Boffo, Iavarone, Nosari & Nuzzaci, 2023) ed è nell'agire quotidiano e nelle relazioni che si realizza l'innovazione, si impara, riflettendo sull'azione, pensando ed elaborando l'esperienza. Se l'apprendimento degli adulti continuerà invece a focalizzarsi solamente su apprendimenti di tipo nozionistico, è ragionevole recuperare un concetto di Mezirow quando descrive l'*auto-sconfitta educativa* (Mezirow, 1994). Il formatore, invece, è un creatore di occasioni per sperimentare e diventare consapevoli di azioni, idee ed esperienze altrui: spostare il focus sulla storia del soggetto in formazione e in relazione con l'esterno, significa, non soltanto promuovere il *lifelong* e il *lifewide learning*, ma anche e soprattutto il *lifedeeep learning*, adottando una visione di apprendimento "in profondità".

Partecipare a momenti formativi vuol dire, pertanto, prendere parte a dei veri e propri processi trasformativi, ridefinendo il senso delle esperienze passate e fornire modelli per quelle future e, per attuare un cambiamento è necessario aprirsi a progettazioni innovative, acquisendo sempre più consapevolezza delle proprie pratiche professionali (Marsick & Watkins, 2001).

Verranno in questo senso proposte a scopo esemplificativo, due esperienze formative, attraverso un approccio esperienziale, che riguardano due specifiche *Life Skills*: la gestione dello stress e il processo di *decision making*. Le proposte formative coniugano, sulla base delle premesse, momenti di teoria e di pratica, alternando momenti di lavoro individuale a lavori di gruppo e cooperativi.

3. Life Skills come competenze personali verso la resilienza: due proposte operative

I paragrafi che seguono propongono due esemplificazioni di esperienze formative che possono essere applicate in diversi contesti, formali e non, con l'intento di creare occasioni di riflessione e di acquisizione di nuove consapevolezze pedagogiche. Essi possono essere ad esempio i servizi educativi, la scuola, i contesti di vita diffusa o, più in generale, nelle istituzioni che, oltre alle loro finalità principali per le quali sono state preposte, producono effetti educativi. Ciascuna attività di *life skills* proposta può essere affrontata in moduli di sessioni formative mediamente di due ore condotte in ambienti puliti, sicuri e noti ai partecipanti (stanze o aule ampie con possibilità di movimento), per permettere la piena realizzazione di ciascuna fase che sarà presentata e prevede l'utilizzo di strumenti laboratoriali di apprendimento attivo nonché qualitativo (domande aperte di discussione e presentazioni di parole-stimolo per libere associazioni durante le fasi di approfondimento teorico). Sarebbe sempre auspicabile la realizzazione di un percorso formativo completo che affronti ciascuna competenza di vita in sezioni formative correlate, ma ciascun modulo è autonomo e può essere applicato in base alle esigenze e alle richieste. Le esperienze sono pensate per un gruppo di lavoro non eccessivamente numeroso (massimo 20 persone) per garantire un'esauritiva applicazione di principi quali unicità e specificità della pratica nel contesto, relazioni umane, partecipazione diretta e apprendimento esperienziale, nonché per contenere gli elementi di disturbo derivanti dall'eventuale coinvolgimento contemporaneo di un numero elevato di partecipanti che potrebbe incidere negativamente sull'esperienza complessiva.

3.1. Gestire lo stress

Lo stress è un processo complesso che comincia da richieste poste alla persona e che procede attraverso vari tipi di valutazione percettiva di tali richieste: vi è uno *stressor* (1), lo stimolo stressante che attiva il (2) processo di stress, e infine lo *strain* (3), ovvero la risposta dell'individuo a livello biologico, intrapsichico e relazionale (Sarchielli & Fraccaroli, 2010). Secondo il modello processuale di stress (Pearlin, 2010), la resilienza di un individuo dipende da vari fattori, tra cui i livelli di stress cronico preesistente, le risorse personali e i supporti sociali disponibili. Appare allora evidente quanto sia fondamentale incrementare le risorse della persona per possedere quella "cassetta degli attrezzi" che orienti l'individuo e al quale riferirsi quando ne avrà bisogno per interpretare realtà e contesti differenti (Boffo et al., 2023).

Gli incontri sono articolati in quattro fasi metodologiche per come descritte in precedenza:

1. la prima, esperienza concreta, consiste nel far individuare al gruppo (o ad un sottogruppo di volontari) una situazione che loro stessi possono ritenere "stressante" nel contesto che li vede protagonisti. Assegnandosi ruoli casuali in questa fase proponiamo di rappresentare la scena attivamente attraverso lo strumento del *role playing*: l'obiettivo che si dà in questa fase è quello di inscenare la situazione 'stressante' per descriverla attraverso le azioni, condividerla in un contesto sicuro. È importante in questa fase evitare l'attuazione di dinamiche personalistiche di giudizi di valore sulle persone (antipatie/simpatie, accordi/disaccordi o, più in generale, attuazione di dinamiche di potere). Una difficoltà in cui il professionista può incorrere in questa fase è la difficoltà di inquadrare la situazione da rappresentare: è fondamentale che il professionista agisca in ottica anticipatoria informandosi sul contesto di riferimento e arrivando con una proposta alternativa già strutturata qualora non ne emergessero dal gruppo (es. in un'azienda una situazione stressante che può creare difficoltà di gestione da parte dei singoli potrebbe essere una scadenza imminente in cui ci si trova un'alta mole di lavoro da completare in poco tempo) oppure può essere data la consegna di immaginare una situazione stressante inventata. Si darà ampio respiro a questa fase perché rappresenta il momento di costruzione del materiale su cui poggiare la fase riflessiva; è importante tenere ben presente gli snodi comunicativi e processuali della scena attuata dal gruppo per farvi poi riferimento.
2. Quando la rappresentazione della scena in maniera naturale volge al termine si procede con la seconda fase (concettualizzazione astratta), che consiste in un breve momento di approfondimento teorico sul concetto di stress, attraverso la presentazione di breve materiale coinvolgente (slide con efficaci concetti chiave, domande e parole stimolo che sollecitino la discussione).
3. L'osservazione riflessiva, che può essere contemporanea alla seconda in momenti di sovrapposizione, consiste nel riflettere a partire dal materiale teorico favorendo connessioni con situazioni reali sperimentate o quella giocata. È importante che emergano le criticità maggiori incontrate nelle situazioni stressanti, esemplificandole realisticamente e favorendo la discussione.
4. Si arriva così infine alla quarta fase, sintesi del processo, che consiste nella fase di apprendimento e sperimentazione attiva con l'obiettivo di ripetere la scena presentata precedentemente avanzando ora anche la rappresentazione di una gestione critica della situazione. Si chiede quindi ai partecipanti non solo di rappresentare la situazione stressante nuovamente (motivo per il quale è auspicabile la variazione degli attori volontari e dei ruoli giocati), ma anche di proporre e rappresentare una sua possibile modalità di gestione consapevole. Questa è la fase di vera e propria occasione di apprendimento trasformativo perché propone la messa in atto della situazione scelta dopo che si è favorita sia una riflessione critica sulla nozione generale di stress sia una connessione con la pratica quotidiana dei partecipanti.

Concludendo è importante condividere con il gruppo sensazioni, riflessioni e difficoltà sollecitate dall'attività per favorire una discussione che analizzi le sequenze interattive accadute e metta in luce quanto sia necessario aprire un dialogo con l'altro che ne rispetti l'autonomia e la diversa visione di vita. Rimanere lucidi, personalmente e collettivamente, gestendo lo stress, aumenta le probabilità di resilienza dinanzi alle difficoltà e di affrontarle uscendone individualmente più competenti e più coesi a livello di squadra.

3.2. Il processo di decision making

Prendere decisioni modifica costantemente le nostre interazioni e la direzione verso cui andiamo (Colautti, Antonietti & Iannello, 2022) e nel processo interagiscono diversi elementi che chiamano in causa aspetti metacognitivi (Qiu et al., 2018). Il *decision making* ha anche un impatto sul nostro benessere (Mather, 2006) perciò diventa fondamentale imparare a prendere decisioni in maniera consapevole e formulando giudizi in situazioni complesse con pensiero critico attraverso l'osservazione, l'esperienza, il ragionamento e la comunicazione (Romano, Fabio & Santis, 2009).

Si riporta ora la proposta operativa di apprendimento per il processo decisionale individuale e gruppale. L'attività che si propone al gruppo di lavoro è "il dilemma del prigioniero"³. Le fasi che si affrontano nell'intera esperienza sono:

1. **esperienza concreta:** il gruppo di lavoro viene invitato a dividersi casualmente in due, per giocare ad un "gioco sulla decisione". Ai due gruppi saranno dati, separatamente, gli obiettivi del gioco. Sono previste 11 giocate previa discussione di squadra; l'esito comporterà vincere o perdere uno specifico punteggio, in funzione di quello che il gruppo avrà deciso di giocare e quello che avrà giocato l'altro gruppo. La *Figura 1* riporta la matrice dei risultati.

Dopo aver spiegato il funzionamento del gioco, vengono dati gli obiettivi del gioco. La consegna, di fatto eguale per ciascuno dei gruppi, è: *"il vostro obiettivo è guadagnare il massimo possibile dei punti, perderne il meno possibile; ciò, indipendentemente da quanto guadagna o perde l'altro gruppo"*. La consegna a carattere "libero" toglie il gruppo da ogni obiettivo competitivo: si tratta di giocare al meglio, indipendentemente dai risultati raggiunti dall'altro gruppo. Tendenzialmente però la strategia competitiva prende il sopravvento e trasforma il gioco in uno a somma "non nulla" ovvero: entrambe le squadre perdono. Ai gruppi sono consegnati dei fogli sui quali segnare la decisione presa nelle diverse giocate. Le giocate si fanno una alla volta e alla fine di ciascuna giocata viene comunicato l'esito della decisione comune. Al termine dell'ottava giocata i gruppi possono designare due rappresentanti che avranno qualche minuto per discutere tra loro rispetto all'andamento del gioco. Al termine dell'incontro, si riprende il gioco raddoppiando i punteggi fino alla fine delle giocate. Si sommeranno i punteggi e si determineranno le vittorie/sconfitte.

		GRUPPO 2	
		GIOCATATA X ↓	GIOCATATA Y ↓
GRUPPO 1	GIOCATATA A ↓	+ 300 PUNTI	+ 600 PUNTI
	GIOCATATA B ↓	+ 300 PUNTI	- 600 PUNTI
		- 600 PUNTI	- 300 PUNTI
		+ 600 PUNTI	- 300 PUNTI

Figura 1 - gruppo 1: gioca a oppure b; gruppo 2: gioca x oppure y

2. osservazione riflessiva: questa è la fase fondamentale intesa come vero e proprio momento di *focus group* perché aiuta a riflettere su cosa è successo durante l'esperienza nell'intero processo di decisione, sia a livello individuale che gruppale. La consegna del gioco era chiara, la comunicazione tra gruppi avviene tramite la scelta delle giocate, non attraverso una comunicazione verbale diretta e le decisioni prese hanno sia il senso di occasione per un esito (il punteggio), sia senso di comunicazione nei confronti dell'altro gruppo rispetto alle regole del gioco. Ecco quindi che il gioco veicola una "legge" sugli esiti delle decisioni: ogni atto che agiamo, ha una ricaduta; la dialettica nel gruppo può cambiare quando arrivano i primi riscontri alle decisioni. Obiettivo principale del gioco è cogliere la funzione comunicativa delle altrui e delle proprie decisioni, utilizzare l'esito delle scelte di gioco come messaggi in sequenza per comunicare in virtù di un obiettivo comune.

3. segue poi la fase della concettualizzazione astratta: il formatore riassume qui i punti principali del gioco, integra con la parte teorica relativa al *decision making* e favorisce esempi e connessioni con il quotidiano (anche in questo caso predisposizione di slide con opportuni concetti chiave, domande e parole stimolo che sollecitino la discussione). Il gioco pone in luce che il singolo è inserito in un campo d'azione complesso e interconnesso tra vari attori e la decisione che spesso intendiamo prendere (come singoli o inseriti in gruppi) dipende in larga misura da decisioni altrui (valore di interdipendenza della decisione).

4. Infine, nella fase di sperimentazione attiva, il formatore favorisce la discussione di gruppo rispetto ad episodi quotidiani da prendere come esempio per ipotizzare scenari; l'obiettivo in quest'ultima fase è applicare quello che si è appreso sia nella sezione esperienziale che di integrazione teorica/discorsiva in situazioni analoghe. Si rilanciano al gruppo i seguenti quesiti d'esempio: capita di dover prendere decisioni e comunicare attraverso di esse in/tra gruppi, in condizioni di incertezza circa il comportamento dell'altro? Quando? Cosa facciamo di solito?

Per concludere: è importante che i partecipanti al termine dell'incontro apprendano che la scelta "giusta da prendere/fare" non è da vedersi come una «vincita», ma è un'occasione che massimizza la possibilità di riuscita a priori secondo l'obiettivo iniziale prefissato attribuendo fondamentale importanza all'intero processo decisionale, che consiste nel prendere decisioni in modo consapevole nelle diverse situazioni e contesti di vita anticipando e valutando possibili scenari e conseguenze. È anche un'ottima attività da proporre in ottica di *team building*.

4. Conclusioni

Appare sempre più necessario al giorno d'oggi promuovere programmi di educazione alle *Life Skills*, poiché molti studi ne attestano validità ed efficacia (Weichold & Blumenthal, 2016). Il *saper essere* accanto a un inseparabile e necessario *saper fare*, rappresenta un sapere fenomenologico esperienziale quanto mai oggi necessario che implica e favorisce l'integrazione nel contesto di vita specifico grazie allo sviluppo e all'allenamento di capacità interattive e comportamentali appropriate ad una relazione intra e intersoggettiva efficace e positiva. Implementare percorsi formativi di apprendimento esperienziale e centrati sulle esperienze situate dei partecipanti significa adottare un approccio integrato e olistico, consapevole della complessità della vita degli individui, che tenga conto dell'ambiente e del corso di vita. Tali percorsi hanno ricadute di grande rilevanza per le persone, sia in prospettiva individuale (come l'apprendimento di strategie costruttive di crescita, conoscenza e accoglienza di sé, autostima, consapevolezza emozionale, miglioramento continuo, ascolto e comunicazione) sia in prospettiva relazionale-comunitaria perché permettono di attivare il processo di astrazione e riversamento delle competenze apprese in molteplici situazioni della vita. Favoriscono la trasmissione di nuova conoscenza attraverso la riflessione rispetto a inedite forme di esperienza. Ciò che si apprende non sono esclusivamente dei contenuti, dei 'cosa' relativi alle tematiche affrontate, ma sono piuttosto delle modalità, dei 'come' che permettono di incrementare le proprie capacità di gestione del complesso percorso di vita, situandosi nel presente e anticipando scenari futuri.

Dalla revisione sistematica condotta da Nasheeda, Abdullah, Krauss e Ahmed (2019) emerge, però, che molti studi si limitano a riportare risultati a breve termine e con campioni di piccole dimensioni, senza *follow-up* successivo. Questi risultati segnalano la necessità di ulteriori ricerche e proposte innovative per promuovere programmi di educazione per adulti che traducano la loro efficacia in comportamenti strategici e cambiamenti per incrementare il benessere. Il presente contributo ha voluto presentare una modalità operativa che, basandosi su quanto già ampiamente presente in letteratura, cercasse di stimolare ulteriormente l'interesse per sviluppare percorsi innovativi esperienziali di attività di apprendimento per adulti. Appare pertanto di notevole importanza continuare ad orientare gli sforzi della ricerca e delle pratiche, al fine di sviluppare programmi continui e sostenibili attraverso una pianificazione sistematica innovativa al passo con i tempi, che presti attenzione all'implementazione, al monitoraggio e alla valutazione degli interventi.

Note

¹ Martina Arcadu, Università degli Studi di Genova.

² Ilaria Stragapede, Università Pontificia Salesiana.

³ Il dilemma del prigioniero è un gioco antico ad informazione completa proposto negli anni Cinquanta del XX secolo da Albert Tucker come problema in riferimento alla teoria dei giochi. Viene riadattato oggi per programmi di educazione e formazione per ragazzi e adulti in campo psicoeducativo.

Riferimenti bibliografici

- Aleandri, G. (2003). *I sistemi formativi nella prospettiva dell'economia globale: per una pedagogia del lifelong learning*. Roma: Armando Editore.
- Boffo, V., Iavarone, M. L., Nosari, S., & Nuzzaci, A. (2023). The European LifeComp model between Embedded Learning and Adult Education. *Form@re - Open Journal Per La Formazione in Rete*, 23(1), 1-4.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Colautti, L., Antonietti, A., & Iannello, P. (2022). Executive Functions in Decision Making under Ambiguity and Risk in Healthy Adults: A Scoping Review Adopting the Hot and Cold Executive Functions Perspective. *Brain Sciences*, 12(10), 1335.
- Datta, S. S., Cardona, L., Mahanta, P., Younus, S., & Lax-Pericall, M. T. (2019). Pediatric psycho-oncology: Supporting children with cancer. In J. M. Rey, & A. Martin (Eds.), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Dewey, J. (1938). *Experience and education*. New York: Macmillan Company.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 129-136.
- Fabbri, L. (2007). *Comunità di pratiche e apprendimento riflessivo. Per una formazione situata*. Roma: Carocci.
- Galagali, P. M. (2011). Adolescence and life skills. In R. O. Dutta (Ed.), *Recent advances in adolescent health* (pp. 209-218). New Delhi: JAYPEE Brothers Medical Publishers.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lerner, R., Lerner, J., Almerigi, J., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S. et al. (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth-grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H Study of Positive Youth Development. *The Journal of Early Adolescence*, 25(1), 17-71.
- Marsick, V. J., & Watkins, K. E. (2001). Informal and incidental learning. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 2001(89), 25-34.
- Mather, M. (2006). A review of decision-making processes: weighing the risks and benefits of aging. In L. L. Carstensen, & C. R. Hartel (Eds.), *When I'm 64*. Washington DC: The National Academies Press.
- Modecki, K. L., Zimmer-Gembeck, M. J., & Guerra, N. (2017). Emotion regulation, coping, and decision making: Three linked skills for preventing externalizing problems in adolescence. *Child Development*, 88(2), 417-426.
- Nasheeda, A., Abdullah, H. B., Krauss, S. E., & Ahmed, N. B. (2019). A narrative systematic review of life skills education: Effectiveness, research gaps and priorities. *International Journal of Adolescence and Youth*, 24(3), 362-379.
- Nicolaidis, A. (2015). Generative Learning: Adults Learning Within Ambiguity. *Adult Education Quarterly*, 65(3), 179-195.
- Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS. (1993). *Life skills education for children and adolescents in schools*. World Health Organization/93.7A.Rev.2.
- Pearlin, L. I. (2010). The life course and the stress process: Some conceptual comparisons. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(2), 207-215.
- Prajapati, R., Sharma, B., & Sharma, D. (2017). Significance of life skills education. *Contemporary Issues in Education Research (CIER)*, 10(1), 1-6.
- Prajina, P. V., & Godwin Premsingh, J. (2014). Impact of Life Skills among adolescents: A review. *International Journal of Scientific Research*, 3(7), 482-483.
- Qiu, L., Su, J., Ni, Y., Bai, Y., Zhang, X., Li, X. et al. (2018) The neural system of metacognition accompanying decision-making in the prefrontal cortex. *PLoS Biol*, 16(4), 1-27.

- Romano, T., Fabio, R. A., & De Santis, S. (2009). Strategie per il decision making. *Imparare*, 6, 65,76.
- Rossi, B. (2014). Costruzione e sviluppo della professionalità. Il potere formativo nella pratica. In E. Corbi, & P. Perillo (Eds.). *La formazione e il "carattere pratico della realtà"*. Lecce: Pensa MultiMedia.
- Sarchielli, G., & Fraccaroli, F. (2010). *Introduzione alla psicologia del lavoro*. Bologna: il Mulino.
- Steptoe, A., & Wardle, J. (2017). Life skills, wealth, health, and wellbeing in later life. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(17), 4354-4359.
- Tungpunkom, P., Maayan, N., & Soares-Weiser, K. (2012). Life Skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Weichold, K., & Blumenthal, A. (2016). Long-term effects of the life skills program IPSY on substance use: Results of a 4.5- year longitudinal study. *Prevention Science*, 17(1), 13-23.
- Zambianchi, M., & Ricci Bitti, P. (2013). Promuovere la salute ed il benessere in età adulta ed anziana attraverso il potenziamento delle Life Skills. Un percorso di ricerca-intervento. *Sistema Salute*, 57(3), 291-307.

La biblioteca del benessere: Information Literacy e lettura come supporti alla salute

Maria Squarcione¹, Viviana Vitari²

Keywords

Biblioteche, Health Literacy, Inclusione, Information Literacy, Lettura ad alta voce

Abstract

Per "literacy" si intendono le azioni di "apprendimento, cultura, alfabetizzazione, educazione" per lo sviluppo continuo di competenze, conoscenze e potenzialità insite nelle persone per una partecipazione responsabile alla vita. Attraverso risorse informative, ricerca e promozione della lettura, le biblioteche possono favorire l'Information Literacy e il pensiero critico anche per il benessere e la salute. Le recenti preoccupazioni sanitarie hanno stimolato percorsi di Health Literacy e raffinato servizi digitali per il perseguimento di obiettivi di giustizia sociale. Nell'articolo sono commentate due esperienze in contesti molto diversi: entrambe hanno contribuito a rigenerare un'idea di biblioteca vicina al cittadino e capace di ridurre la complessità in tema di salute e di cura di fronte al disorientamento informativo e alle difficoltà di lettura.

1. Premessa

Mai come in questa fase della storia recente l'informazione, in particolare quella sanitaria, si è rivelata un fattore cruciale per la società. La pandemia è stata l'occasione sgradita di confronto con tematiche estremamente specialistiche da parte della grande massa, costretta così a interessarsi di argomenti disciplinari e linguaggi tecnici per superare la paura, sfidare una malattia sconosciuta, modificare radicalmente le abitudini. Affrontare il lockdown e sottoporsi alla campagna di vaccinazione - che in Italia ha raggiunto percentuali considerevoli - è stato possibile anche in virtù della comunicazione e del linguaggio adottato dai media, dalle istituzioni e dalle strategie retoriche messe in atto, come lo slogan *#iorestoacasa*. In questo contesto così difficile il sovraccarico informativo (*information overload*) di natura sanitaria al quale siamo stati esposti e il potenziale comunicativo di fonti spesso incontrollate (es. *fake news*) hanno dimostrato quanto sia importante padroneggiare l'informazione e saperla valutare.

2. La cura: un problema di Health Literacy sottostimato

Nell'aprile 2020 su Lancet esce un commento di Leena Pakkari e Orkan Okan - ambedue ricercatori, l'una in Finlandia, l'altro in Germania - che già dal titolo rende esplicita una problematica a fronte del dilagare della pandemia: *Covid-19: Health Literacy is an underestimated problem*. La tesi degli autori è quella per cui l'alfabetizzazione sanitaria, cioè la capacità delle persone di accedere, comprendere, elaborare e applicare informazioni a tutela della propria e dell'altrui salute, è indispensabile non solo di fronte a malattie croniche, ma anche nella prevenzione di patologie infettive e a rapida diffusione. La scarsa capacità delle persone di comprendere messaggi di natura sanitaria è un sottostimato problema di salute pubblica. In Europa circa la metà dei cittadini avrebbe dichiarato di avere difficoltà con l'alfabetizzazione sanitaria e di non possedere sufficienti competenze per potersi prendere cura della propria e altrui salute. La pandemia avrebbe messo in evidenza come la preparazione individuale e l'efficienza dei sistemi sanitari siano la chiave per dare risposte efficaci nei confronti della diffusione della malattia. Governi e autorità locali avevano invocato proprio la responsabilità individuale per evitare i rischi di infezione e diffusione di Sars-Covid-2. L'alfabetizzazione sanitaria, concludono

i due ricercatori, potrebbe aiutare le persone a riflettere sulle conseguenze delle singole azioni. Essa attiene sia alla responsabilità e solidarietà sociale, sia alla capacità di accesso alle corrette informazioni e servizi.

L'argomento era già ampiamente dibattuto negli Stati Uniti: l'espressione *Health Literacy* venne utilizzata per la prima volta in un documento del 1974 (Ratzan, Parker, Selden & Zorn, 2000). Nell'agosto del 2020 il Dipartimento governativo statunitense *Health and Human Services* provvede ad aggiornare la definizione di *Health Literacy* nel quadro dell'iniziativa *Healthy People 2030* per eliminare le disparità e raggiungere equità e alfabetizzazione in ambito sanitario, oltre che migliorare la salute e il benessere di tutti. La visione si amplia e comprende sia l'alfabetizzazione sanitaria personale, sia quella organizzativa. Per alfabetizzazione sanitaria personale si intende il grado raggiunto dagli individui nella loro capacità di trovare, comprendere e utilizzare informazioni e servizi per decidere sulla propria e altrui salute, mentre per quella organizzativa si fa riferimento al grado raggiunto dalle organizzazioni per consentire equamente agli individui di raggiungere questo traguardo.

La "tradizionale" *Health Literacy*, nell'incontro con l'ambiente digitale, dà luogo alla *e-Health Literacy* nella consapevolezza che, con la crescente quantità di informazioni ottenibili, inclusa la letteratura scientifica in Internet, gli studenti di scienze della salute devono acquisire nuove competenze per utilizzare le informazioni in modo efficace ed educativo.

La cosiddetta *Information Literacy*, tanto più se applicata in ambito medico, si rivolge al benessere delle persone. Le supporta nell'esercitare diritti informativi, culturali e pensiero critico, nel risolvere problemi e nel saper prendere decisioni consapevoli: tutte competenze di cura e di giustizia sociale a prescindere dalla provenienza e dal contesto di partenza.

3. Un esempio di *Health Literacy* in una biblioteca universitaria (Sapienza Università di Roma)

Durante il *lockdown* 2020 nella Biblioteca Interdipartimentale di Scienze Biomediche "Bartolomeo Eustachio" si è svolto un esperimento informativo, nell'ambizione di offrire un servizio che puntasse a orientare, informare e formare tenendo presente la specialità biomedica della biblioteca e la sua vocazione di contrasto alla cattiva informazione.

Dal 2016 la biblioteca promuove una pratica comunicativa con la collaborazione di studenti vincitori di borse di studio e di volontari di servizio civile denominata *#Agireinformati*, un prodotto multimediale per la cultura informativa di utenti istituzionali dell'Università, ma anche esterni in virtù dello strumento utilizzato: un circuito di *social network*³. Tramite la realizzazione concreta di un prodotto culturale innovativo si è cercato di dare corpo alla funzione *learning & teaching* che la biblioteca dell'Università, per la sua contiguità con le necessità didattiche e di ricerca, ha acquisito nell'impatto con le nuove tecnologie e in ambito *STEM* e *Bio-Medical*. Nell'era dell'informazione *just in time*, che soddisfa in tempo reale i bisogni informativi dell'utente, si assiste a pratiche che si sovrappongono e talora si sostituiscono a servizi tradizionali, es. il *document delivery* finalizzato all'acquisizione in formato elettronico di articoli scientifici in base ad accordi di scambio quasi sempre gratuiti con altre biblioteche e in ossequio alle regole del diritto d'autore. *Software* illegali, come Sci-Hub, abitano invece masse di utenti collegati ai gruppi *Telegram* a ottenere il documento immediatamente e senza oneri grazie a un DOI o altro metadato.

La biblioteca ha così deciso di sviluppare un nuovo percorso educativo in risposta all'uso inconsapevole, inefficiente e inefficace dei media. Con *#Agireinformati* si è raccolta la sfida dei *social network* per sperimentare forme di apprendimento granulari, ma potenzialmente illimitate, strutturate secondo le logiche di *micro-learning object* veicolati in formato multimediale, cioè come flussi audio-video-testuali. È sembrato interessante coniugare la pervasività comunicativa e virale degli strumenti telematici *social* con la vocazione educativa "informale" della

biblioteca. La biblioteca ha così prodotto e lanciato brevi video sull'intero circuito *social* da essa gestito⁴ per favorire una condivisione libera, accessibile e corretta del dato informativo. Queste "pillole", a prescindere dal luogo e dal tempo di intercettazione, una volta inserite in flussi comunicativi potenzialmente illimitati, sono funzionali a una conoscenza rapida e mirata, oltre che a un apprendimento granulare concentrato sul focus degli argomenti grazie all'uso strategico di *hashtag* e *link* e al ricorso di espedienti tecnici offerti dai singoli social. Tali strumenti aiutano a ricomporre un itinerario lessicale e concettuale e a recuperare modularmente le informazioni.

Con la crisi sanitaria, anche *#Agireinformati* ha subito un cambiamento: si è passati dall'interesse sulle competenze di metodo (es. come mettere a fuoco un bisogno informativo, come soddisfarlo tramite strumenti per la ricerca esperta, come focalizzare la domanda di ricerca, etc.), a contenuti più stringenti sull'attualità. È nato così *#Agireinformati ai tempi del Coronavirus*, una serie di rubriche a carattere divulgativo curate da studenti borsisti, perlopiù di medicina, che pubblicano post periodici: *#coronavirusreview* con risposte documentate da articoli scientifici sulle più diffuse domande sul virus e la malattia presenti su quotidiani italiani; *#italiavscovid* sul contributo dei ricercatori italiani alla lotta contro il virus; *#2020unannodicovid* sulla qualità e sui contenuti dell'informazione dei maggiori quotidiani italiani durante la pandemia. Questo tipo di divulgazione ha ottenuto due risultati: inserirsi nella lotta alle *fake news* diffuse sull'argomento e formare studenti che spesso per la prima volta si cimentavano con la gestione esperta e documentata dell'informazione. Questa declinazione della biblioteca verso la *learning library* ha avviato un rapporto più diretto anche con un'utenza remota, grazie a uno *storytelling* efficace, favorendo una dimensione partecipativa e forme di *citizen science*. Le ricerche effettuate per implementare le rubriche hanno spesso generato momenti di discussione tra gli utenti. Gli stessi studenti, quando si trattava di scegliere gli argomenti oggetto dei *post*, creavano gruppi di discussione spontanei fra di loro o con utenti remoti, ad esempio nel dubbio sull'opportunità o meno della quarta dose di vaccino anti-covid e sulle prospettive riguardanti la somministrazione della seconda dose *booster*. Gli studenti, per rispondere a questa domanda, che riguardava molti dei loro genitori e nonni, non solo si sono documentati consultando alcuni studi di ricercatori israeliani sulla banca-dati PubMed, ma hanno dato luogo a un vero e proprio dibattito interno tramite la consultazione di quotidiani e di altre fonti di informazioni più generiche. Si è rivelata utile la conoscenza dei criteri di valutazione delle pagine web consultate (il modello delle 5W, l'accuratezza, l'autorità, l'oggettività, l'aggiornamento, l'usabilità, l'ampiezza dell'informazione, etc.); i metodi per la messa a fuoco della domanda di ricerca (mappe concettuali, parole chiave); gli strumenti offerti dal motore di ricerca per l'interrogazione (dai filtri cronologici agli operatori *booleani*, dalla documentazione protetta da *copyright* a quella disponibile su licenze *Creative Commons*). Tutte componenti che hanno aiutato gli studenti a risolvere il bisogno informativo e a diventare esperti anche nelle ricerche apparentemente più semplici con Google o con Bing che, insieme al browser Edge della Microsoft, è il motore potenziato dall'intelligenza artificiale.

4. La lettura come opportunità di cura diffusa

Di altro tipo, in quanto a stereotipi e disavventure informative, è l'esperienza di cui una biblioteca pubblica è destinataria. I dati ISTAT 2022 ci riportano a una quota decrescente di lettori che, dopo i 6 anni di età, hanno letto almeno 1 libro all'anno (escludendo obblighi scolastici e lavorativi). Si conta il 39,3%. C'è sempre una differenza di genere con il 44% delle donne e il 34,3% degli uomini. La categoria meglio rappresentata è quella delle ragazze: 6 su 10 nella fascia 11-14 anni hanno letto almeno un libro nell'anno. Solo il 6,4% dei cittadini può essere definita di lettori "forti", cioè con 12 libri letti in 12 mesi. Aldilà dei numeri, di questioni di analfabetismo funzionale, disaffezione, accelerazione dei tempi che rende impossibile un "saper stare" e altro ancora, le teorie della lettura, secondo correnti neuroscientifiche (Maryanne Wolf, 2010; 2018 & Stanislas Dehaene, 2007), evidenziano come in realtà non siamo nati per leggere. La campagna "Nati per leggere/Born to read"

per favorire la lettura vicaria e precoce ai bambini fin dalla più tenera età si riferisce alla valenza educativa della lettura associata a una relazione di intimità e complicità che si instaura fra genitore e figlio. Si tratta di un'azione di cura e di benessere. L'espressione non deve tuttavia ingenerare confusione. Leggere è faticoso. Per renderci capaci di leggere, il nostro cervello impara a rispecializzare zone della corteccia per adattare all'impegno di decodificare (Rivoltella, 2020). È un processo che il neuroscienziato Dehaene definisce di "riciclaggio neurale". All'aspetto fisiologico di processamento della parola si aggiunge un'altra funzione impegnativa, quella della "lettura profonda" (Wolf) per l'attribuzione di senso.

Si ritiene opportuno associare i predetti dati statistici a questo secondo processo di ragionamento analogico, che permette di costruire mondi possibili e "passeggiate inferenziali" (Eco, 1994). Si aggiunga il lato emotivo della lettura che Recalcati (2018) definisce come una vera e propria *esperienza clinica*. Le simulazioni narrative fanno entrare dentro il personaggio stesso, come se fossimo lui o lei. A detta di Wolf, questo rispecchiamento potrebbe aiutarci ad abbassare il livello di aggressività e di tensione verso gli altri. Possiamo affermare, in quest'ottica, che la lettura, nonostante provochi fatica, può diventare terapeutica. La competenza della lettura è una competenza che cura.

5. Un esempio di *Health Literacy* in una biblioteca di pubblica lettura (Treviolo)

Saper ascoltare, questa è la miglior terapia che fa degli utenti della biblioteca degli affiliati o ancor meglio dei fedeli fruitori lungo l'arco della vita. Il bibliotecario può affidarsi al suo ruolo di informatore ed educatore e talvolta diventare lo snodo per captare non solo i bisogni di lettura e le preoccupazioni informative, ma anche i metodi più consoni per invogliare a leggere, un reale impegno neurale. Per un bibliotecario intervistare informalmente gli utenti è un utile esercizio quotidiano per la selezione di documenti e strumenti di informazione. Si riporta un caso interessante che si innesta ai temi dell'inclusione e della cura relazionale. La biblioteca è stata invitata nel 2023 a partecipare a un video-itinerario del Forum del libro "Viaggio nell'Italia che legge". È stata intenzionalmente data parola ad alcuni utenti che negli anni si sono presi cura di sé o degli altri per il tramite del libro. In rappresentanza di un gruppo di lettura, è stata invitata a raccontare la sua esperienza una lettrice che, nella sfera di un alto potenziale cognitivo, potesse descrivere le modalità con cui aveva affrontato alcuni problemi di neurodivergenza (affini anche alla sindrome di Asperger). Per motivi anatomico-funzionali i circuiti cerebrali preposti alla lettura agiscono in lei in maniera non canonica e potenzialmente svantaggiata quando si trova di fronte a un testo tradizionale. L'audiolibro le ha permesso di ottenere *outcomes* di apprendimento adeguati e con un maggior coinvolgimento empatico, persino favorendo ricordi olfattivi. Nell'intervista, l'utente (<40 anni, laureata) ha piena consapevolezza dei benefici apportati dall'audio lettura e dichiara: "*Grazie al testo letto ad alta voce riesco ad affrontare diversamente il rumore del mondo (musica, schiamazzi, traffico, sirene). Ogni rumore mi procura un forte fastidio, diventa quasi un vero e proprio insulto fisico, una violenza intellettuale perché mi priva delle condizioni per concentrarmi*". Le sue abilità immaginifiche assecondano la neurodivergenza e alimentano competenze compensative. La lettrice ritorna per annessi a un passato mai esperito, ma derivante dai suoi studi letterari. "*Nell'antichità la pratica della lettura si svolgeva ad alta voce per necessità di chiarezza. Il testo, scritto senza spaziatura tra le parole, veniva disambiguato attraverso la scansione orale del lettore. Si riducevano così le occasioni di fraintendimento. Mi viene da sorridere nel pensare all'errore dell'amanuense sul "busillis": un'errata sillabazione di "in diebus illis" (tr. in quei giorni o a quel tempo) che umoristicamente viene oggi usato come problema spinoso e dolente da risolvere*".

L'audiolibro e la lingua dei segni non sono indispensabili per il caso analizzato ai fini dell'apprendimento cognitivo o della possibilità di coltivare la passione per la letteratura, ma hanno modificato la qualità della vita del soggetto, alleggerendo la fatica della decodifica, e spingendolo poi a frequentare assiduamente un gruppo di

lettura: una socializzazione dapprima bloccata. *“La lingua dei segni per me è importante per il plusvalore della postura, dell’espressione del viso, dell’atteggiamento, cioè per tutte quelle “componenti non verbali” proprie del mondo degli udenti. L’ironia o altre emozioni espresse per iscritto dagli udenti passano spesso totalmente sotto silenzio nel mio radar comunicativo, tant’è che devo chiedere maggiore chiarezza al mio interlocutore o mi avvalgo di emoticon. Per dirla con una bella sinestesia di Oliver Sacks, “vedere voci” mi permette di capire meglio quanto mi viene detto”.*

Nella selezione dei supporti e nella revisione delle collezioni, in un’ottica di inclusione fin dalle origini, diventa oltremodo interessante per il bibliotecario individuare quali altre strutture narrative alternative al romanzo possano essere adeguate per le varie tipologie di persone neurodivergenti. Tecnicamente parlando, il soggetto intervistato sottolinea l’attrattiva per il *graphic novel*, cioè storie illustrate (non per l’infanzia) che hanno un’aderenza a situazioni reali a differenza del *mainstream* del fumetto. La Treccani online considera emblematici *Maus* di Spiegelman, premio *Pulitzer* sulla *Shoah*, *Persepolis* dell’iraniana Satrapi sulla condizione della donna, oltre che Hugo Pratt e Andrea Pazienza. La competenza grafica e la potenza narrativa sono incontrovertibili. Nel caso della neurodivergenza uditiva la componente godibile dell’illustrazione sembra potenziare i contenuti su un piano non verbale e non distrae. Per superare alcuni scetticismi sul *graphic novel*, questa tipologia di testo multimodale è stata proposta al gruppo di lettura di riferimento. La soddisfazione finale è stata unanimemente condivisa fino a voler coinvolgere realmente Paco Roca (Spagna) e a superare il confine dell’imbarazzo.

L’ascolto di suoni che curano sembra trovare nella lettura ad alta voce, dal vivo o registrata, uno *scaffolding* per quello che definiamo in questo articolo “apprendimento dolce”. Le emozioni suscitate dalla lettura non vengono soffocate dall’inquinamento acustico né da rumori di fondo che contrastano con l’esigenza di *armofonia* di alcune tipologie di neurodivergenza. Nell’antichità la musica delle sfere nasceva dai corpi celesti e da una loro sonorità udibile solo dai veggenti o riproducibile con formule armonico-matematiche. Bruno Tognolini ci parla di una voce che dà corpo alla storia e la riempie esattamente come l’acqua nell’alveo del fiume. La voce sta alla storia come l’acqua sta al fiume. L’autore la definisce la *Voce Fiume*, che s’infiltra nella storia e spumeggia nei dialoghi. Non è una questione di *leggere bene*, cioè con una dizione e interpretazione attoriali. Si può persino incespicare, qualcuno addirittura è disfluente. La *Voce Fiume* di Tognolini è una voce personale, chiozza, colorita, unica e irripetibile, è la voce della lettura che cura.

6. Conclusioni

Nel confronto fra esperienze diverse e soprattutto con differenti metodologie di esercizio della professione bibliotecaria, riteniamo che le azioni di cura per veicolare un’informazione onesta, una cultura dell’etica e una disposizione all’apprendimento permanente, possono essere gestite adeguatamente sia in biblioteche pubbliche che accademiche. Per *metodologia* non si intende un metodo, ma quella riflessione sul metodo più adeguato alla situazione per dare un volto alle domande di senso e per far emergere dagli stessi cittadini bisogni informativi occultati talvolta da visioni predeterminate, le stesse che possono espellerli dal procedere con la fatica della lettura o con l’intermediazione informativa. Quello che evinciamo empiricamente tutti i giorni nel nostro rapporto con gli utenti è che occorre costruire ponti fra teoria e azione, fra conoscenze cognitive e competenze relazionali. Ogni persona si dovrebbe sentire una e unica proprio nel luogo dove affermiamo di fare cultura. Ci possiamo così dirigere verso la *bibliothèque augmentée*, cioè verso un servizio capace di rispondere alle varie sollecitazioni esterne. Il presupposto rimane quello dell’ascolto, una competenza che cura. Tutte le fiabe, ad esempio, richiedono e parlano di ascolto. Fosse anche solo per questo, si è *Nati per leggere*.

La società basata sull’informazione fa migrare la tecnologia nella vita, ma la buona prassi di avvalersi dell’intermediazione esperta può essere un antidoto al disorientamento e all’inquietudine che non smette di tormentarci.

Note

- ¹ Maria Squarcione è Direttrice della Biblioteca Interdipartimentale Scienze Biomediche “Bartolomeo Eustachio”, Sapienza Università di Roma. Dottore PhD in Italianistica. Esperta e formatrice in Information Literacy.
- ² Viviana Vitari è Responsabile Biblioteca “Lanfranco da Albegno”, Treviolo, Bergamo. Dottoranda PhD in *Learning Sciences and digital technologies*, Università di Foggia. Ambasciatrice Erasmus+ EDA.
- ³ Maggiori informazioni disponibili in: [//web.uniroma1.it/farmaciamedicina/node/8288](http://web.uniroma1.it/farmaciamedicina/node/8288) [06/2023].
- ⁴ Biblioteca di Scienze Biomediche: *Twitter* disponibile in: [//twitter.com/bibliolab1](https://twitter.com/bibliolab1); *Facebook* disponibile in: www.facebook.com/Biblioscienzebiomediche/; *Instagram* disponibile in: www.instagram.com/biblioscienzebiomediche/; *Youtube* disponibile in: www.youtube.com/channel/UCh967pybvkdYmF7ijgYR4g/videos [06/2018].

Riferimenti bibliografici

- Campanozzi, L. L., Gibelli, F., Bailo, P., Nittari, G., Sirignano, A., & Ricci, G. (2023). The role of digital literacy in achieving health equity in the third millennium society: A literature review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1-10. Disponibile in: www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1109323/full [06/2018].
- Cognigni, C. (2019). *L'azione culturale della biblioteca pubblica. Ruolo sociale, progettualità, buone pratiche*. Milano: Editrice Bibliografica.
- Haruna, H., & HU, X. (2018). International Trends in Designing Electronic Health Information Literacy for Health Sciences Students: A Systematic Review of the Literature. *The Journal of Academic Librarianship*, 44(2), 300-312. Disponibile in: www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0099133316302518?via%3Dihub [06/2018].
- Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington (DC): National Academies Press (US). Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25009856/> [06/2018].
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2). Disponibile in: <https://www.jmir.org/2006/2/e9/> [06/2018].
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet*, 5(5), 249-250. Disponibile in: www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-26672030086-4/fulltext [06/2018].
- Ratzan, S., Parker, R., Selden, C. R., & Zorn, M. (2000). *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. Bethesda, MD: National Institutes of Health. Disponibile in: www.researchgate.net/publication/230877250_National_Library_of_Medicine_Current_Bibliographies_in_Medicine_Health_Literacy [06/2018].
- Rivoltella, P. C. (2020). *Tempi della lettura. Media, pensiero, accelerazione*. Brescia: Morcelliana.
- Squarcione, M. (2013). *La Sapienza delle biblioteche*. Roma: SEU.
- Squarcione, M. (2018). #Agireinformati. Learning by social network. *Sapienza Medica*. Disponibile in: <https://sapienzamedica.uniroma1.it/agireinformati-learning-by-social-network/> [06/2018].
- Squarcione, M. (2020). #Agireinformati. Learning Information Literacy by Social Network. *Senses&Sciences*, 7(3), 1105-1114.
- Tognolini, B., & Valentino Merletti, R. (2006). *Leggimi forte. Accompagnare i bambini nel grande universo della lettura*. Milano: Salani.
- Vitari, V. (2022). *Come allenare le soft skills del bibliotecario*. Milano: Bibliografica.

L'ospite inatteso: le *Lezioni di Complessità* di Italo Calvino per le life skills dei professionisti della cura

Chiara Scardicchio

Keywords

Complessità, Cura, Riflessività,
Crossing disciplinare

Abstract

La letteratura calviniana conduce ad una sosta metariflessiva che, muovendo dei "destini incrociati" dei livelli multiplanari delle sue narrazioni, consente di lavorare nel campo di una delle life skills cruciali per il professionista della cura: l'apprendimento del ragionamento complesso.

La postura propria del pensatore Calvino è, difatti, prefigurazione degli approdi delle scienze della complessità, ed il viaggio nel suo modo di scrivere/pensare promuove un particolare apprendistato: lo stesso che Morin ha configurato come capacità di pensiero critico e che la letteratura internazionale in tema di Educazione degli Adulti configura come capacità di attraversamento e tesaurizzazione della incertezza.

Sul piano empirico, la formazione che in medicina accoglie Calvino come suo "ospite inatteso" offre la possibilità di sperimentare il passaggio da uno sguardo soltanto analitico ad uno complesso, e dunque di riverberarsi nel miglioramento del ragionamento clinico, alla luce della consapevolezza sistemica che "Se sai solo di medicina non sai nulla di medicina".

1. "Potenziale, Congetturale, Plurima"

Da quando la scienza diffida delle spiegazioni generali e delle soluzioni che non siano settoriali e specialistiche, la grande sfida per la letteratura è il saper tessere insieme i diversi saperi e i diversi codici in una visione plurima, sfaccettata del mondo.

Italo Calvino

Cosa connette i processi di immaginazione ai processi di cura?

Immaginare è questione soltanto d'emozione, contraltare della ragione, o ne è parte integrante?

E in quali forme è possibile considerare l'immaginazione e l'immaginario di Italo Calvino come *life skill* da sviluppare nell'ambito dei processi di formazione nei contesti medici e sanitari?

Una ricerca epistemica e didattica, a proposito dei nessi tra letteratura calviniana e competenze di cura, ha mosso due progetti formativi di Educazione Continua in Medicina (ECM) erogati in due contesti sanitari storicamente impegnati in progettazioni fortemente connotate da *crossing* disciplinare nella formazione alla cura: l'*Hospice Madonna dell'Uliveto* di Reggio Emilia e l'Ufficio Risorse Umane della ASL di Biella. I due percorsi formativi - *Rigore & Immaginazione* e *Il Castello dei Destini Incrociati* - si sono svolti online nell'anno 2022/2023², come progetti esplorativi finalizzati al correlare le modalità di pensiero/visione calviniana alle ricerche di Edgar Morin e Gregory Bateson (a cui si deve l'espressione corrispondente al titolo del primo) e alla letteratura scientifica in tema di scienze della complessità (Bocchi & Ceruti, 1984; Morin, 1993), *medical humanities* (Peipei & Tang, 2017; Thacker, Wallis & Winning, 2021), medicina narrativa (Lauren, Feldaman, & Oldfield, 2017; Zannini, 2008); vi hanno partecipato medici, psicologi, infermieri, professionisti delle relazioni di cura da tutta Italia, per un totale di circa cento partecipanti.

La formazione non si è configurata come corso di 'letteratura per medici e sanitari', e neppure come corso di 'tecniche di comunicazione a partire dalle scelte linguistiche calviniane': il focus era, come lui scriveva, *l'imparare un modo di guardare* capace di moltiplicare, aprire, esplorare, di contro ad uno, assai più frequente, caratterizzato dal ridurre/chiedere/semplicificare.



+Fig. 1 - Prima pagina brochure del percorso ECM *Rigore e Immaginazione*, Hospice Madonna dell'Uliveto, Reggio Emilia, 2022

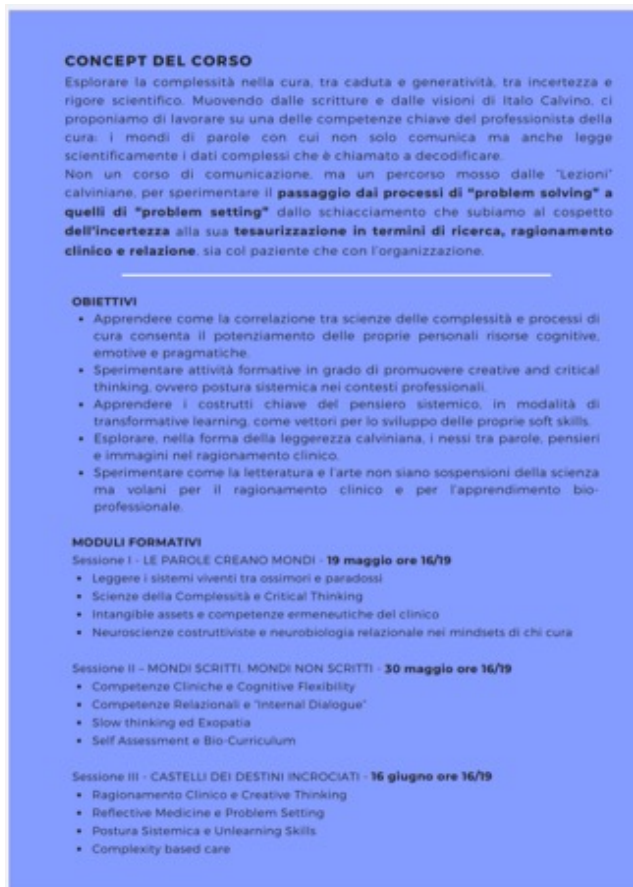


Fig. 2 - Seconda pagina brochure del percorso ECM Rigore e Immaginazione, Hospice Madonna dell'Uliveto, Reggio Emilia, 2022

La correlazione proposta tra le visioni calviniane e le *life skills* per la cura è stata identificata nel *gioco combinatorio* dei piani di narrazione che Calvino intreccia in particolare in alcune sue opere ma che di fatto attraversa tutte le sue scritture: non c'è saggio o racconto che non muova il lettore all'uscita da una visione univoca e totalizzante, non c'è sua narrazione che non spinga alla ricerca *scombinando* e dunque abilitando alla messa in discussione/gioco dei *bias* (Crupi, Gensini & Motterlini, 2006; Motterlini, 2005; Pravettoni & Vago, 2011), errori di ragionamento dentro i quali anche il pensiero clinico tende ad imbrigliarsi quando irrigidito dentro *un piano solo* di lettura del reale.

Un piano solo: quello di chi fatica a stare nella relazione intesa come convocazione, quello di chi scambia la cura per performance tecnica, senza capacità di attraversare la complessità - l'essere "un sistema di sistemi, in cui ogni sistema singolo condiziona gli altri e ne è condizionato" (Calvino, 1993, p. 77) - che è propria della fragilità del paziente quanto, irriducibilmente, della fragilità - pur in altre forme espressa - di chi cura. È così che proprio la sua multiplanare ricerca letteraria si rivela isomorfica alle *life skills* propriamente riconducibili a pensiero critico e creativo: nelle *Cosmicomiche*, per descrivere uno dei personaggi caratterizzato dalla sua capacità di leggere soltanto il probabile, incapace di cogliere/accogliere anche l'improbabile, Calvino così lo descrive: "povero d'immaginazione com'era, appena una parola cominciava ad avere un significato, non riusciva a pensare che potesse averne un altro" (Calvino, 1997, p. 84).

Non riusciva a pensare che potesse averne un altro: da qui i percorsi formativi hanno mosso l'interrogazione, lavorando sul passaggio da un pensiero binario e dunque *veloce* che analizza e scompone, riducendo i fenomeni a parti, con l'illusione novecentesca di poterli così meglio comprendere, a un pensiero complesso e

dunque *lento* (Kahneman, 2011) perché capace di lettura sistemica: quella pluriplanare, che si muove cercando connessioni, interdipendenze, congiunzioni.

Questa prospettiva è cruciale nei processi di diagnosi e di cura: un dermatologo, per esempio, ha necessità di *competenze in congiunzioni*, per leggere un sintomo non soltanto come correlato alle sole sue manifestazioni cutanee, ma anche come connesso ad altre variabili che possono averlo generato: e dunque a *multiplanare* tra sistema immunitario, endocrino, neurologico.

L'iperspecializzazione medica, dei cui limiti si discute da tempo in letteratura scientifica interdisciplinare (Bucchi & Neresini, 2001; Cavicchi, 2017; Jaspers, 1995), tende invece a rispondere a problemi/quadri sintomatologici complessi nella modalità propria del pensiero lineare: con la semplificazione/riduzione della complessità e col ridurre la competenza medica, talvolta, a sola applicazione tecnica.

E questa postura - che conduce assai frequentemente all'*overconfidence*, alla presunzione di aver compreso tutto, osservando una parte - paradossalmente non aumenta ma, anzi, toglie conoscenza, non riduce l'errore ma, anzi, lo moltiplica (Motterlini, 2005): poiché l'illusione che la complessità sia da eliminare e non da interrogare e tesaurizzare, porta ad una accettazione spesso fideistica di quello che i referti e l'indagine tecnica/tecnicizzata consegnano.

L'iperspecializzazione toglie capacità di sguardo complesso e di pensiero sistemico, *life skills* cruciali per la diagnosi e per la cura, e dunque, potremmo dire con le parole di Calvino, priva della capacità di leggere la realtà tenendo insieme *mondo scritto* e *mondo non scritto* (Calvino, 1983a), come dire, nella questione clinica: variabili evidenti e variabili da rintracciare, dimensioni tangibili e dimensioni intangibili proprie della relazione di cura.

Così l'esercizio calviniano verso una ragione "potenziale, congetturale, plurima" (Calvino, 1993, p. 85) s'offre come potenziamento del ragionamento clinico inteso come capacità di accoglienza/visione di quella particolare *rottura/apertura* incarnata dal finale del suo *Visconte Dimezzato*, e che qui vedremo in chiusura.

Concretamente, i due percorsi hanno lavorato utilizzando le scritture calviniane come meta-testi per attivare esercitazioni in forma di *reflective practices* (De Mennato, 2016; Fook & Gardner, 2007; Moon, 2004; Morin, 1993; Mortari, 2004; Schön, 1983/1993; Schön, Striano & Capperucci, 2006; Striano, 2000; Zannini, 2003; 2008; Wald, McFarland & Markovina, 2019): nella prospettiva della integrazione tra competenze tecniche e *life skills*, lo strumento didattico proposto è stato quello del "Bio-Curriculum" (Scardicchio, 2019) ovvero della generazione di una *scrittura bio-professionale* orientata ad innescare processi di *mindsight* (Siegel, 2021) e da lì di identificazione delle proprie *aree di sviluppo*³: le aree del proprio *lavoro interiore* nell'orizzonte dell'apprendimento trasformativo (Mezirow, 1991/2003).

La metodologia didattica ha intrecciato sessioni seminariali a sessioni laboratoriali, condotte in parte *online* e sostanzialmente *offline*, affidando alla responsabilità individuale la cura del proprio tempo di formazione *trasformativa* (Formenti, 2017) sollecitando la scrittura come esercizio metacognitivo personale (Striano, 2006; Wald et al., 2019).

Le modalità di valutazione, oltre a quelle strutturate nel *modus proprio* degli ECM, e dunque dentro la linearità delle domande a risposta chiusa, hanno sperimentato esercizi riflessivi (Schön, 1983/1993) di scrittura *bio-professionale* (Scardicchio, 2023) che proprio la frequentazione con le scritture calviniane voleva contagiare: e pertanto il *project work* finale ha previsto:

- la creazione di una *Bio-Antologia*⁴ come gioco combinatorio (Scardicchio, 2020)
- la scrittura del proprio *Bio-Curriculum*
- una scheda di *valutazione riflessiva* in ottica trasformativa (Formenti, 2017; Mezirow, 1991/2003)

2. Ars Combinatoria, Exopatia, Gioco

Esercizi di *exopatia* (Morelli, 2018): così possiamo descrivere il percorso tanto paradigmatico quanto pragmatico che la correlazione *Calvino-complessità-medicina* ha inteso sviluppare, e così possiamo delineare l'immaginazione qui intesa: non come astrazione o disincarnazione, sottrazione al dato di realtà, ma come capacità di uscire-dal-conosciuto (Belpoliti, 1996; Bocchi & Ceruti, 1984; Morin, 2018). Per illustrarla, è necessario indicare un passaggio chiave che il percorso ha cercato di offrire, ovvero la decostruzione del vissuto di empatia come frequentemente inteso:

Il riferimento all'empatia è diventato per molti operatori un automatismo, un tic linguistico che scatta in modo semi-consapevole quando cercano di definire il modo giusto di avvicinarsi al paziente [...]. Questa versione abusata dell'empatia diviene in questo modo voi un grande termine-valigia, voi un ampio contenitore dei confini indistinti dentro il quale possiamo stipare alla rinfusa tutto il vocabolario degli affetti e la grammatica delle relazioni intersoggettive, allo scopo di non trattare nel dettaglio i modi in cui siamo chiamati ad entrare in contatto reale con la realtà dell'altro da noi. [...] finiamo quasi sempre per ritrovarci prigionieri di una definizione generica e generalmente vuota, intrisa di un buonismo inconcludente con cui si cercano scorciatoie semantiche per evitare il più complesso e faticoso cammino di consapevolezza al ruolo di curanti (Padoan, 2019, pp. 73-74).

Dentro questa interrogazione, la questione centrale in merito alle relazioni di cura si è allora sganciata dalla domanda inerente al se *emozionarsi o meno*, per andare verso la questione al domandarsi se si è disposti a farsi *perturbare*.

Risignificando il turbamento, facendolo corrispondere allo *spiazzamento* di cui hanno scritto Mezirow (1991/2003) e Formenti (2017), accogliere la perturbazione, negli studi relativi ai sistemi viventi complessi e nel linguaggio delle scienze della complessità, corrisponde al disporsi all'apertura/rottura (Scardicchio, 2020), ovvero: all'apprendimento, all'intendere ogni criticità ed esperienza di sconosciuto come vitale e, persino, necessaria.

È così che il passaggio epistemico e prassico al centro dei percorsi formativi è stato tematizzato come capacità di *entrare in gioco*: *entrare in gioco*, anche fuor di metafora, significa di fatto entrare in una dimensione che accoglie l'imprevisto come norma. Una postura - cognitiva, emotiva, corporea - d'esposizione alla turbolenza: quando così non è, non siamo *in gioco* ma dentro *un* protocollo, o, come scrive Morelli (2018) a proposito della posizione narcisista, si è capaci di stare *soltanto al proprio gioco*. Ovvero, lui scrive: non si è capaci di giocare/immaginare.

La professionalità di chi cura e *immagina/gioca* è invece il modus epistemico che coincide con la postura non narcisistica che è propria della scienza, non solo medica: la *domanda di ricerca*. Domanda metacognitiva che assume la forma del proprium pedagogico delle *life skills* in età adulta:

- Cosa posso imparare - ancora, di nuovo, ininterrottamente?
- Cosa posso imparare dell'altro, della sua malattia, di quello che sta accadendo qui, adesso?
- Cosa posso imparare - ancora, di nuovo, ininterrottamente - di me stesso?

Così, operativamente il lavoro con le immagini calviniane ha consentito di sperimentare *immaginazione*, *gioco* e *creatività* intese non solo come capacità di produrre innovazioni o invenzioni ma anche e soprattutto come capacità di trasformare/ri-creare le criticità.

Creativo è il professionista della cura che accetta di *giocare/immaginare*, ovvero che accoglie il modus che il *gioco* con sé porta: quello che Calvino (1971) ha chiamato apertura all'opaco e che le scienze della complessità chiamano attraversamento, e non eliminazione, dell'*incertezza* (Licata, 2009; Morin; 2018; Bocchi & Ceruti, 1984; Morin, 1993). L'esperienza delle scritture/visioni di Italo Calvino è stata dunque proposta come *setting* formativo nel quale sperimentare il gioco combinatorio, e lo spiazzamento da esso generato, come apprendistato allo stare generativamente nella molteplicità/complessità che irriducibilmente la professione di cura comporta.

In questa direzione è stato possibile progettare e sperimentare percorsi formativi per medici e professionisti della cura intendendo quelle che abbiamo chiamato le *Lezioni di Complessità di Italo Calvino* come dispositivi estetici per l'apprendimento trasformativo (Dewey, 1934/2018; Formenti, 2017): perché le vie dell'arte come tirocinio di *insecuritas* (Cacciari, 2003) si potessero sperimentare come modi di apertura sistemica e promozione di "sguardo binoculare" (Bateson, 1984): sguardo capace di mettersi in interrogazione/gioco/ricerca.

3. Rigore E(') Immaginazione

La correlazione tra *empatia-come-exopatia* e *gioco combinatorio-come-apertura-alla-pluralità* è la possibilità formativa bio-professionale che la frequentazione con le visioni calviniane può generare: si pensi alle *Città Invisibili*, a *Se una notte d'inverno un viaggiatore* (1996), al *Castello dei destini incrociati* e al potenziale euristico a cui quell'esercizio di logica a multipiani conduce.

La ricerca in tema di *Medical Humanities*, relativa all'utilizzo della letteratura e delle arti nella formazione medica (Haidet et al., 2016; Peipei et al., 2017; Rashmi, Raghunandana, Shilpa & Narayana, 2021; Wald et al., 2019; Zannini, 2008), ha in tal modo intrecciato la ricerca in tema di ragionamento clinico sistemico e, in particolare, di come la formazione umanistica possa offrire alla medicina la capacità di *negative capability* (Lanzara, 1993): di *attraversare ambiguità/incertezza* per poter, concretamente, per esempio, saper leggere i referti in maniera non solo analitica (in posizione di *zoom in* rispetto alla interpretazione del dato) ma anche in modalità sistemica (ovvero in posizione di *zoom out*: ricerca delle correlazioni e delle interdipendenze nell'interpretare il dato rilevato) (Geller, Grbic, Andolsek, Caulfield & Roskovensky, 2021; Iannello, Mottini, Tirelli, Riva & Antonietti, 2017; Thacker et al., 2021) e, dunque, di saper *interpretare i quadri sintomatologici complessi con domanda/postura complessa* (Iannello et al., 2017; Kase & Kawagoe, 2021; Thacker et. al, 2021).

Nei modi della formazione medica e sanitaria che intendono la professionalità come capacità di disinnescare incertezza e perturbazione, si giunge al paradosso per cui è la stessa conoscenza scientifica, non solo *l'umanità del medico*, a stemperarsi: si confonde la *razionalità* con la *razionalizzazione* (Morin, 1993). Proprio come quando *Palomar*, per conoscere la realtà *oggettivamente* proverà a *diventare morto*, ma finendo così, paradossalmente, per non conoscere né il mondo né sé stesso:

Il signor Palomar posa il volume al suo capezzale. Si addormenta. Sogna una enciclopedia da bere come un uovo fresco. Attraverso un buchino fatto con uno spillo, tira su tutto il tuorlo. No, al centro del tuorlo c'è lui stesso, come già gli avvenne prima della nascita, che divora dal di dentro il contenuto dell'uovo e del mondo (Calvino, 1983b, p. 65).

Questa aspirazione - che appare legittima dentro una versione della conoscenza intrisa dell'*errore di Cartesio* (Damasio, 1995) - è una ingenuità, e contemporaneamente una presunzione: la conoscenza è irriducibilmente questione non da spettatore (Bruzzone & Zannini, 2021; Riva, 2004). Come nella vicenda del Bio-curriculum di ciascuno, così come nella vicenda del *Visconte dimezzato*, eccola l'immagine/gioco che descrive la partecipazione/perturbazione propria della comprensione sistemica:

*O Pamela, questo è il bene dell'essere dimezzato: il capire d'ogni persona e cosa al mondo la pena che ognuno e ognuna ha per la propria incompletezza.
Io ero intero e non capivo, e mi muovevo sordo e incomunicabile tra i dolori e le ferite seminati dovunque, là dove meno da intero uno osa credere.
Non io solo, Pamela, sono un essere spaccato e divelto, ma tu pure e tutti.
Ecco ora io ho una fraternità che prima, da intero, non conoscevo: quella con tutte le mutilazioni e le mancanze del mondo (Calvino, 1993, p. 65).*

La fraternità con tutte le mutilazioni e le mancanze del mondo: qui l'apertura/ l'interdipendenza che Bateson ha chiamato *ecologia* e che corrisponde al sapersi spossessare (Mortari, 2006, p. 46). Ovvero? *Togliersi dal centro*: apprendere uno sguardo capace di decentrarsi, in modalità costantemente esplorativa. Di cosa discutiamo, infatti, quando discutiamo di apprendimento permanente? Il *proprium pedagogico* è il *proprium scientifico*: la postura di ricerca (Boffo, 2017; Mortari, 2004, 2006; Morin, 2018).

Questione di *umiltà*, di contro alla presunzione di *invulnerabilità scientifica* (Morin, pp. 39 e ss.): meta-competenza epistemica e relazionale a sostegno delle *life skills* del professionista della relazione di cura. Postura di apprendimento/ricerca/immaginazione che nella scheda di valutazione riflessiva - che chiedeva di identificare, ove ci fossero stati, dei passaggi trasformativi correlati all'esperienza formativa -, è stata narrata dai partecipanti come creatività e salto di paradigma:

(...) laurea nel 1988 e specializzazione nel 1992 hanno fatto di me - già incline per indole - un "medico rigoroso fino al midollo". Ma la pratica professionale e le cose della vita poi sono la vera scuola, ci si accorge che gli approcci alle sfide quotidiane possono (e devono) essere sfaccettati. Partecipare a questo corso è stato, per me, come accettare la sfida di un viaggio di cui non conoscevo la meta e capire, poi, che le mete sono infinite e pure i percorsi per raggiungerle (F. 60, O).

(...) Ho vissuto, durante i seminari, lo spaesamento della navigazione con una bussola impazzita, confusa dai tanti Nord che mi si paravano davanti e orientavano l'ago di cui credevo, fino ad ora, di dover avere l'assoluto controllo.

Ma, man mano che il percorso si snodava, ho cominciato ad apprezzare il fatto di potermi lasciare, talvolta, trasportare dalla corrente, lo stare in balia delle onde.

Credo che il principale "cambiamento" /ristrutturazione nella mia formazione bio-professionale prodotta dai seminari sia avere una maggior consapevolezza del fatto che un "cambiamento" è SEMPRE possibile e che le nostre abitudini mentali - e l'agire che ne consegue - sono sempre modificabili, basta avere il coraggio di affacciarsi, di orientare diversamente lo sguardo (F. 45, A).

(...) ho cominciato a capire cosa significa "epistemologia" (parola misteriosa che fino ad due o tre anni fa mi era praticamente sconosciuta) e quale importanza rivesta per la mia vita professionale e personale. (...)

Quasi inaccettabile e "devastante", per la mia struttura mentale "rigorosa", il pensiero della coesistenza degli opposti IGNOTO e CONOSCIBILE, OSCURO e CHIARO.

Ma affascinante lasciarsi condurre nel buio della foresta alla ricerca delle radure luminose.

Voglio provare ad accettare il rischio di camminare sul filo che attraversa l'incertezza e vivere con gratitudine il senso di vertigine che provo mentre mi guardo intorno (F. 56, P).

(...) Vorrei provare a impegnarmi a sviluppare l'abilità di coniugare le mie capacità immaginative al rigore che già da tempo mi appartiene (M. 47, O).

(...) Voglio esercitare costantemente "il mio sguardo largo (...)" (M. 38, P).

Forse a Calvino sarebbe piaciuto questo approdo allo "sguardo largo": quello che vede anche quel che un referto, senza *messa in gioco*, non può rivelare.

Note

¹ Chiara Scardicchio, Università degli Studi Aldo Moro di Bari.

² L'uno, della durata di dodici ore, co-condotto da chi scrive e da Stefano Benzoni, neuropsichiatra infantile e Andrea Prandin, formatore, supervisore nei servizi educativi e di cura; l'altro della durata di sei, condotto da chi scrive. La direzione scientifica è stata condivisa con i Colleghi e con Vincenzo Alastra, Responsabile del Servizio Formazione e Sviluppo Risorse Umane della Asl di Biella, e con Anna Maria Marzi, Dirigente del Centro Cure Palliative "Madonna dell'Uliveto" di Reggio Emilia.

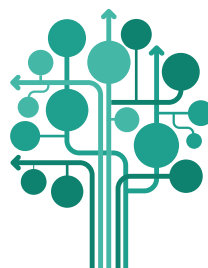
³ In questa sede di studio, non è possibile illustrare i tasks di scrittura bio-professionale che compongono il Bio-Curriculum, per le quali si rimanda a Scardicchio, 2023.

⁴ Ricalcando il gioco dei multipiani narrativi della scrittura, il Project work finale ha richiesto ai partecipanti di uno dei due percorsi la composizione di un meta-testo in forma di una "Auto-Bio-Antologia" che, per studiare il proprio curriculum, coniugasse fonti provenienti da differenti linguaggi tenendo insieme scritture scientifiche e scritture estetiche (rimandi analogici a cinema, letteratura, arti). Le creazioni dei partecipanti - ispirate dunque all'"iper-romanzo" di cui Calvino scrive nelle *Lezioni Americane* (1993, p. 88) - hanno consentito la traduzione didattica e narrativa del passaggio in cui scriveva: "Chi siamo noi, chi è ciascuno di noi se non una combinatoria d'esperienze, d'informazioni, di letture, d'immaginazioni? Ogni vita è un'enciclopedia, una biblioteca, un inventario d'oggetti, un campionario di stili, dove tutto può essere continuamente rimescolato e riordinato in tutti i modi possibili" (1993, p. 90).

Riferimenti bibliografici

- Bateson, G. (1984). *Mente e natura. Un'unità necessaria*. Milano: Adelphi.
- Belpoliti, M. (1996). *L'occhio di Calvino*. Torino: Einaudi.
- Bert, G., & Quadrino, S. (2002). *Parole di medici, parole di pazienti*. Torino: Il Pensiero Scientifico.
- Bocchi, G., & Ceruti, M. (1984). *Modi di pensare postdarwiniani*. Bari: Dedalo.
- Boffo, V. (2017). Apprendere la cura di sé: Life Skills per educare ad apprendere. *Epale Journal*, 1(1), 25-30.
- Bruzzone, D., & Zannini, L. (Eds.). (2021). *Sfidare i tabù della cura*. Milano: FrancoAngeli.
- Cacciari, M. (2003). Arte e terrore. *Micromega*, 5, 175-184.
- Calvino, I. (1971). Dall'opaco. In AA.VV (2005). *Adelphiana 1971*. Milano: Adelphi.
- Calvino, I. (1983a). *Mondo scritto, mondo non scritto*. Milano: Mondadori.
- Calvino, I. (1983b). *Palomar*. Torino: Einaudi.
- Calvino, I. (1993). *Lezioni americane*. Milano: Mondadori.
- Calvino, I. (1996). *Se una notte d'inverno un viaggiatore*. Milano: Mondadori.
- Calvino, I. (1997). *La memoria del mondo e altre storie cosmicomiche*. Milano: A. Mondadori.
- Cavicchi, I. (2017). *La questione dei cambiamenti di paradigma*. Medicina, Scienza, Etica e Società. Roma: Fnomceo.
- Charon, R., Hermann, N., & Devlin, M. J. (2016). Close Reading and Creative Writing in Clinical Education. *Academic Medicine. Journal of the Association of American Medical Colleges*, 91(3), 345-50.
- Crupi, V., Gensini, G., & Motterlini, M. (Eds.). (2006). *La dimensione cognitiva dell'errore in medicina*. Milano: FrancoAngeli.
- Damasio, A. (1995). *L'errore di Cartesio*. Milano: Adelphi.
- De Mennato, P. (2016). Lo spazio del sapere personale nella formazione medica. *Medic*, 24(1), 28-36.
- Dewey, J. (2018). *Arte come esperienza*. G. Matteucci (A cura di). Palermo: Aesthetica. (Original work published 1934).
- Fook, J., & Gardner, F. (2007). *Practising critical reflection: a resource handbook*. London: McGraw Hill.
- Formenti, L. (2017). *Narrazione e trasformazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Geller, G., Grbic, D., Andolsek, K. M., Caulfield, M., & Roskovensky, L. (2021). Tolerance for Ambiguity Among Medical Students: Patterns of Change During Medical School and Their Implications for Professional Development. *Academic Medicine*, 96(7), 1036-1042.
- Haidet, P., Jarecke, J., Adams, N. E., Stuckey, H. L., Green, M. J., Shapiro, D. et al. (2016). A Guiding Framework to Maximize the Power of the Arts in Medical Education: A Systematic Review and Metasynthesis. *Medical Education*, 50 (3), 320-31.
- Kahneman, D. (2011). *Pensieri lenti e veloci* (L. Serra, Trans). Milano: Mondadori.
- Kase, T., & Kawagoe, T. (2021). Life Skills Link to Mind Wandering Among University Students: An Exploratory Study. *Front Psychol*, 12(729898), 1-8.

- Iannello, P., Mottini, A., Tirelli, S., Riva, S., & Antonietti A. (2017). Ambiguity and uncertainty tolerance, need for cognition, and their association with stress. A study among Italian practicing physicians. *Med Educ*, 22, 1-10.
- Jaspers, K. (1995). *Il medico nell'età della tecnica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lanzara, G. F. (1993). *Capacità negativa*. Bologna: il Mulino.
- Lauren, C. S., Feldaman, L. S., & Oldfield, B. J. (2017). Using Narrative Medicine to Build Community across the Health Professions and Foster Self-Care. *Journal Radiology Nursing*, 36(4), 224-7.
- Licata, I. (2009). Vivere con L'Incertezza Radicale. *Riflessioni Sistemiche*, 1, 66-74.
- Mezirow, J. (2003). *Apprendimento e trasformazione* (R. Merlini, Trans). Milano: Raffaello Cortina. (Original work published 1991).
- Moon, J. A. (2004). *A Handbook of Reflective and Experiential Learning: Theory and Practice*. London and New York: RoutledgeFalmer.
- Morelli, U. (2018). *Eppur si crea. Creatività, bellezza, vivibilità*. Roma: Città Nuova.
- Morin, E. (1993). *Introduzione al pensiero complesso* (M. Corbani, Trans). Milano: Sperling & Kupfer.
- Morin, E. (2018). *Conoscenza Ignoranza Mistero*. Milano: Raffaello Cortina
- Mortari, L. (2004). *Il pensare riflessivo nella formazione*. Roma: Carocci.
- Mortari, L. (2006). *Un metodo a-metodico. La pratica della ricerca in Maria Zambrano*. Napoli: Liguori.
- Motterlini, M. (2005). Cognizione, decisioni ed errori in medicina: calibration, overconfidence e hindsight bias. *Networks*, 5, 116-127.
- Padoan, S. (2019). *Senza toccarne l'ombra. Estetica ed etica della cura per i professionisti della salute*. Alpes: Milano.
- Peipei, S., & Tang, W. (2017). Emphasizing humanities in medical education: Promoting the integration of medical scientific spirit and medical humanistic spirit. *BioScience Trends*, 11(2), 128-133.
- Pravettoni, G., & Vago, G. (2011). Errori e bias in medicina. In G. Pravettoni, & G. Vago (A cura di), *Medical decision making: decidere in ambito sanitario*. Milano: McGraw-Hil.
- Rashmi, K. S., Raghunandana, R., Shilpa, M., & Narayana, K. (2021). Learning Humanities through Art in Medical Education. *J. Med Sci Health*, 7(3), 1-5.
- Riva, M. G. (2004). *Il lavoro pedagogico come ricerca di significati e ascolto delle emozioni*. Milano: Guerini.
- Scardicchio, A. C. (2019). *Curare, guardare. Epistemologia ed estetica nella professione medica*. Milano: FrancoAngeli.
- Scardicchio, A. C. (2023). Life-professional skills and "slow thinking-portfolio" in medical education. *Italian Journal of Health Education, Sports and Inclusive Didactics*, 7(1), (1-9).
- Schön, D. A. (1993). *Il professionista riflessivo* (A. Barbarente, Trans). Bari: Dedalo. (Original work published 1983).
- Schön, D. A., Striano, M., & Capperucci, D. (2006). *Formare il professionista riflessivo: per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Siegel, D. J. (2021). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale* (L. Madeddu, Trans). Milano. Raffaello Cortina.
- Striano, M. (2000). *Educare al pensare. Percorsi e prospettive*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Striano, M. (2006). La scrittura come dispositivo riflessivo. *Quaderni di didattica della scrittura*, 6, 45-52.
- Thacker, Wallis, J., & Winning, J. (2021). 'Capable of being in uncertainties': applied medical humanities in undergraduate medical education. *Medical Humanities*, 48, 325-334.
- Wald, H. S., & Shmuel, P. R. (2010). Beyond the Margins: Reflective Writing and Development of Reflective Capacity in Medical Education. *J Gen Intern Med.*, 25(7), 746-49.
- Wear, D., Zarconi, J., Garden, R., & Jones, T. (2012). Reflection in/and Writing: Pedagogy and Practice in Medical Education. *Acad Med.*, 87(5), 603-609.
- Zannini, L. (2003). *Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*. Milano: FrancoAngeli.
- Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Cortina Raffaello.
- World Health Organization - WHO. (1994). *Training Workshops for the Development and Implementation of Life Skills Programmes* (WHO/MNH/PSF/93.7B.Rev.1). Geneva: World Health Organization.



EPALE

Electronic Platform
for Adult Learning in Europe