

# **Pedagogia della salute e pedagogia delle relazioni d'aiuto**

**Prof.ssa Alessandra Lo Piccolo**

# Obiettivi

- Ricostruire lo **scenario** di riferimento all' interno del quale si colloca il dibattito
- Descrivere i **livelli** all' interno dei quali si colloca la riflessione
- Descrivere **obiettivi, focus di indagine** della Pedagogia della salute e della Pedagogia delle relazioni di cura

# Nota esplicativa

La letteratura scientifica e la comunità scientifica che si occupano di questo ambito di studio mantengono **separati questi due filoni** di ricerca per artificio a carattere puramente scientifico

Crescente **attenzione dell' educativo** nei settori della medicina e delle professioni sanitarie

Crescente attenzione agli

*“elementi di umanità” nel lavoro di cura  
alla qualità della relazione di cura*

# Il criterio metodologico

Analizzeremo il discorso all' interno di due livelli:

**Livello Macro**, ovvero cercheremo di declinare il Profilo della Pedagogia della salute

**Livello Micro**, cercheremo di mettere a fuoco la dialettica tra cultura organizzativa e qualità della relazione di cura

## Il Profilo della pedagogia della salute

- La Pedagogia della salute ha come oggetto di studio **la salute**, letta ed interpretata attraverso le categorie pedagogico-educative
- Al contempo riflette sul ruolo del soggetto come cittadino e sul diritto alla *governance*
- Ma anche sul **ruolo del soggetto** nel rapporto con gli **operatori** a supporto della cura

# Soggetto e cultura organizzativa

- Il ruolo del soggetto come soggetto attivo, partecipativo, come portatore di istanze in quanto persona impone di ripensare anche **alla cultura organizzativa, alle pratiche lavorative, ai climi organizzativi ed alla formazione delle figure di operatore a supporto della cura**

# La qualità della relazione nel lavoro di cura

- Recupero degli elementi che appartengono alla tradizione della pedagogia umanista:
  - Centralità del soggetto nel lavoro di cura
  - Ascolto attivo
  - Empatia
  - Corresponsabilità nelle scelte
  - Fiducia

## Focus di attenzione della Pedagogia della salute

- Ricostruzione in chiave pedagogica dell' **idea di salute**
- Centralità del **soggetto-soggettivizzazione dell' idea di salute**
- La **cultura organizzativa** e la formazione degli operatori a supporto della cura
- La **qualità della relazione educativa** nel lavoro di cura



# **I Focus di attenzione: *La ricostruzione in chiave pedagogica dell'idea di salute***

Concetto di salute come **assenza di malattia**

Il retaggio culturale è da attribuire al **processo di razionalizzazione della società moderna**

- costruzione del sapere medico come scienza
- come sapere epistemologicamente fondato su un modello oggettivante, rientrante nel modello delle scienze naturali
- netta separazione tra **salute e malattia**

## **PRINCIPIO DELLA SPIEGAZIONE CAUSALE**

Soggetto come portatore di una sindrome da analizzare. La partecipazione soggettiva della malattia viene sistematicamente posta in secondo piano

## Nota esplicativa

- Vi è da dire che oggi, pur avendo superato l'idea di salute come assenza di malattia, i costrutti che stanno alla base di tale idea permangono, per esempio nel modello della EBM

# L'evoluzione dell'idea di salute

- Allo stato attuale il discorso sulla salute segna un passaggio compiuto con la definizione dell'OMS (1948)
- Da una concezione che intende ed identifica la salute con l'assenza di malattia, siamo passati ad una idea di salute come **concetto complesso, multifattoriale**

# La definizione dell' OMS

La salute viene definita come «un processo che ha a che fare con il farsi del soggetto, con il suo costituirsi come persona

**DIALETTICA TRA SALUTE ED IDENTITA'** (stili di vita, qualità della vita, rappresentazione della malattia, idea di morte e di vita/bioetica)

## Idea di salute come categoria complessa

- L'idea di salute come nozione multifattoriale e complessa tiene in considerazione le “**determinanti**” di natura sociale, culturale, biologica ed economica che possono facilitare o ledere lo sviluppo della salute.

# Recupero della categoria del soggetto

- La salute diventa una categoria soggettiva (una aspirazione, una continua tensione)
- Sul piano professionale (nel lavoro di cura)
  - Attenzione maggiore alla dimensione costituita dai diritti del malato
  - Attenzione alla soddisfazione delle richieste e dei desideri (Lotta contro all' etichettamento)
- ! In questo nuovo concetto di salute, l' autonomia costituisce il principio etico che regola la relazione tra operatori della cura e pazienti

## **L'idea di salute come categoria complessa**

Fa riferimento alla persona nella sua globalità (psiche, corpo, sviluppo umano, personale e sociale) e nel suo evolversi costante verso una condizione di completo benessere

## **Il Focus di attenzione: centralità del soggetto e soggettivizzazione della nozione di salute**

- Un aspetto centrale di tale processo di soggettivizzazione, è costituito dalla responsabilizzazione del paziente rispetto al proprio percorso di salute/malattia e dal suo assumere un ruolo sempre più attivo rispetto alla possibilità di esercitare un controllo sul proprio percorso di salute e di cura



## Un richiamo ai documenti

“ La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte” .

## Nota esplicativa alla Carta di Ottawa (1986)

- Nella promozione alla salute risulta centrale e determinante la partecipazione del soggetto cui viene riconosciuto un ruolo attivo

## **III Focus di indagine: La cultura organizzativa nei gruppi di lavoro**

Questo scenario impone di ripensare e ridefinire modelli di formazione degli operatori a supporto della cura, anche la cultura organizzativa che si sviluppa all'interno dei gruppi di lavoro (interprofessionale intraprofessionali)

## Quale sapere per gli operatori a supporto della cura

- Il tipo di competenze richiesto non attiene unicamente al possesso di un sapere teoretico, di una **padronanza tecnica** o di una metodologia rigidamente formalizzata, bensì alla **capacità relazionale che si pone come competenza trasversale rispetto alle specifiche competenze tecniche possedute**

# Il processo tecnologico nel lavoro di cura

- Il ritmo delle innovazioni tecnologiche nell' ambito delle pratiche mediche è stato negli ultimi quarant' anni vertiginoso
- I progressi della tecnica hanno condotto ad una amplificazione del fenomeno della medicalizzazione della società
- Incomprensibilità del linguaggio tecnico-medico
- Manifestazione di un bisogno da parte del paziente di “fiducia”, “relazionalità”, “ascolto”

# Crisi di identità delle professioni sanitarie

- Richiesta di elementi di umanizzazione nelle professioni di cura come valori della cultura organizzativa
  - - *Considerare il paziente nella sua globalità*
  - - *Fiducia*
  - - *Solidarietà*
  - - *Dialogo come terapia*
  - - *Condivisione di responsabilità*

# L'identità professionale degli operatori a supporto della cura

Le professioni in ambito socio-sanitario oltre alle EBM richiede competenze di **natura relazionale** (comprensione della complessità dell'evento osservato)

Nota esplicativa:

Le competenze di natura relazionale sono il prodotto delle *conoscenze tacite*-del proprio modo di “sentire”, di “ascoltare”,

SAPERE IMPLICITO

Sono costruite sulla base del nostro “vissuto esperienziale”, della “nostra storia di vita personale e professionale”

L'operatore che lavora in ambito socio-sanitario deve:

**A) Acquisire (rafforzare) competenze comunicative:**

con i colleghi

con altre categorie professionali

con i cittadini

con i pazienti

con le istituzioni

Saper comunicare rispetto alla propria ed altrui professione

Saper comunicare rispetto alla propria ed altrui competenza

**B) Acquisire ed utilizzare un linguaggio meno tecnicizzato (COMPRESIONE)**

**C) Acquisire capacità organizzative**

## La cultura organizzativa nei gruppi di lavoro

- operatori a supporto della cura debbono costituirsi) come una **MICRO-COMUNITA' DI APPRENDIMENTO DINAMICO** (Cfr. Wenger e Mezirow)
  - Condividere finalità ed obiettivi comuni
  - Negoziare scelte
  - Condividere le buone pratiche
  - Diffondere e comunicare i risultati delle diverse esperienze professionali



## Il professionista riflessivo a supporto della cura

- **SAPERE PROFESSIONALE** = l'operatore costruisce il proprio sapere personale, mentre agisce la relazione di cura. È un'epistemologia personale che costruisce "un imparare mentre agiamo".
- Professionista riflessivo con expertise
- Il soggetto-paziente attribuisce significato all'esperienza facilitato dalla relazione che instaura con l'operatore ed al contempo costruisce la propria identità personale cui la malattia il disagio contribuisce a dare il nuovo significato.