

Pedagogia speciale

Contributi pedagogici in ambito sanitario: dall'intervento psicoeducativo all'educazione terapeutica

di *Elvira Lozupone*

Nella storia della medicina e della riabilitazione la cura delle persone è sempre stata accompagnata da opposti atteggiamenti oscillanti tra una prestazione di intervento terapeutico improntata al rispetto, alla pietà e all'accoglimento della sofferenza e una prestazione di cura adeguata, ispirata da esigenze di efficientismo e distacco verso le persone malate.

La dinamica che è alla base di atteggiamenti di questo secondo tipo è sempre stata interpretata alla luce di processi scotomizzanti: una realtà, quella della malattia, della deformità, dell'insensato, che doveva essere allontanata e relegata al capezzale del malato.

La difficoltà di farsi carico della *persona* del malato non può oggi giustificarsi unicamente facendo appello ai processi intrapsichici di salvaguardia di sé: un atteggiamento improntato ad efficienza e rapidità nei processi di cura, risulta motivato oggi, da aspetti di realtà che riguardano la mole di adempimenti e compiti di cui il personale medico e sanitario in genere deve farsi carico: si tratta di compiti e funzioni che il più delle volte hanno poco a che fare con i processi di cura e assistenza in sé.

L'ottica imprenditoriale che guida le istituzioni di cura produce paradossi organizzativi in base ai quali, per una strana proprietà transitiva, se l'azienda è un'organizzazione e l'ospedale è una organizzazione, l'ospedale sembra dover funzionare come un'azienda ed essere permeato dalle stesse logiche. È il buon senso che rende una tale affermazione "colpevolmente bizzarra": la finalità dell'ospedale, in quanto componente del sistema sanitario non dovrebbe essere l'aumento dei clienti e del consumo, ma all'opposto la diminuzione di questi attraverso le possibilità offerte dalle pratiche di prevenzio-

ne sanitaria che sono orientate alla diminuzione della fedeltà del cliente (Tramma 2005).

Questa provocazione vuole spiegare il fenomeno, ben conosciuto in ambito sanitario, dell'abbandono da parte di molti potenziali utenti della medicina cosiddetta tradizionale, verso medicine alternative, alcune delle quali decisamente fantasiose quando non proprio criminali.

Questo fenomeno si verifica nel momento in cui una logica aziendale da anni ormai si è sostituita ad una logica di cura: *to cure* e *to care* costituiscono infatti il binomio chiave che dovrebbe reggere ogni istituzione sanitaria: quando invece subentrano logiche improntate all'efficienza e al profitto, l'intervento di cura perde la sua caratteristica di *humanitas* (umanità, carità) e le persone se ne allontanano: di conseguenza si assiste al fallimento della cura e al fallimento di un'assistenza adeguata per una persona che è debole e sofferente.

Da alcuni anni ormai, a tutti i livelli della formazione sanitaria (dai corsi di laurea alla formazione più avanzata) e della pratica medica, si sta cercando di restituire importanza al *fattore umano* all'interno delle strutture ospedaliere, sulla base delle considerazioni appena fatte: l'oscillazione che apprezziamo oggi tra l'atteggiamento efficientistico ed una pratica più umana della medicina, non è comunque un fatto nuovo: basti pensare ai tentativi di umanizzazione dei trattamenti psichiatrici.

Oggi si assiste alla riscoperta della necessità di una umanizzazione delle terapie e del rapporto con il malato, congiuntamente ad un allargamento degli interventi a favore della riabilitazione e della inclusione di persone disagiate di ogni tipo, che coinvolge tutto il sistema sociale, a partire dai servizi territoriali, le associazioni di volontariato, le famiglie, e gli stessi pazienti, oggi partecipanti attivi nei processi di cura e di gestione delle loro patologie.

Questo passaggio riveste una importanza fondamentale perché è sintomo di un cambiamento che considera la realtà della malattia e della disabilità non tanto un "generale indifferenziato concettuale" (Medeghini, Valtellina, 2006) ma una realtà precisa e diversificata concepita secondo un approccio bio-psico-sociale, in base a quanto suggerito dalla classificazione ICF, in cui si tiene conto non solo del binomio salute-malattia, prendendo in considerazione *l'individuo intero* inserito in un contesto sociale e relazionale complesso e mutevole: tale concezione estende il discorso della "malattia" alle situazioni disfunzionali che possono cogliere qualunque individuo in qualunque momento della propria esistenza e inficiarne il funzio-

namento ottimale, con un rischio di marginalizzazione se non vengono monitorati in modo adeguato, gli aspetti sociali e relazionali.

Si tratta di un'ottica che da un lato allarga a dismisura e legittima i margini di interventi di recupero, dall'altro però relativizza il concetto di malattia per cui, utilizzando ancora una volta un paradosso nemmeno tanto estremo, può accadere che una persona stabilmente immobilizzata sulla sedia a ruote stia vivendo un momento della sua vita più soddisfacente, a livello di inserimento lavorativo, di soddisfazione nei legami interpersonali e altro, rispetto ad un altro individuo apparentemente sano che invece stia affrontando, in un momento particolarmente difficile della sua vita, la transizione sociale che lo porterà ad essere disoccupato o costretto a cure mediche per via di un *mobbing* sul luogo di lavoro, o per le conseguenze di una separazione conflittuale dal coniuge, situazioni da cui può scaturire un elevato rischio di marginalità sociale.

Questa rivoluzione copernicana nella visione della realtà salute-malattia si inserisce in un processo di cambiamento generalizzato a livello economico, sociale e culturale che investe l'ultimo scorcio del ventesimo secolo e che va sotto il nome di *globalizzazione economica*.

La globalizzazione dei processi economici, la diffusione a livello planetario delle tecnologie, i flussi migratori mondiali, gli eventi catastrofici, politici come naturali che investono il pianeta, hanno fornito agli studiosi dei processi economici, sociali, culturali ed educativi lo spunto per affrontare la realtà in cui sono inserite le persone secondo un'ottica di complessità.

Analizzare la complessità vuol dire cogliere una realtà cercando di non trascurarne alcun aspetto costitutivo, coglierne le dimensioni conflittuali, paradossali, come abbiamo già avuto modo di vedere, e antitetiche, in una visione che non pretende mai di essere esaustiva e definitiva, ma attraverso la quale colui che la esamina mostra anche sé stesso nel privilegiarne alcuni aspetti invece di altri.

Nell'analisi del discorso salute-malattia-formazione del personale sanitario non si può oggi trascurare una variabile sociale relativa ai processi di *inclusione* piuttosto che di *integrazione*.

Cosa è l'integrazione oggi? L'integrazione è uno stato di fatto, la fotografia che mostra come realtà diverse sono oggi presenti all'interno della società, fatto inconcepibile soltanto quaranta o cinquanta anni fa.

I malati psichici non sono più internati negli ospedali psichiatrici, i bambini disabili frequentano le scuole, persone disabili vengono inserite nelle aziende.

Esiste però un altro aspetto dell'integrazione che riguarda il riconoscimento di queste persone all'interno della società da parte degli individui cosiddetti sani e l'esercizio di una cittadinanza attiva e responsabile attraverso il riconoscimento dei propri diritti unitamente con l'espletamento dei propri doveri. Tutto questo va sotto il termine di *inclusione*.

Esercitare una cittadinanza attiva all'interno dei protocolli di cura vuol dire sentirsi attivamente al centro di ogni intervento terapeutico e riabilitativo. La salvaguardia della propria identità in un atteggiamento proattivo in relazione al proprio essere malati; la promozione di capacità di resilienza oltre i limiti imposti dal male che c'è, mette la persona al centro del processo di cura in una interazione virtuosa con il personale sanitario: un soggetto non reso passivo dalla malattia e dalla ospedalizzazione, ma collaborativo anche nel monitoraggio della cura (Kanizsa 2004).

L'inclusione va quindi intesa nel senso di una reciprocità e di una convergenza di intenti, che scaturiscono dalle azioni poste in essere nel sociale e che favoriscono la partecipazione della persona ad una cittadinanza attiva.

L'utilizzo delle reti sociali (Maguire 1989) e il processo di analisi della rete sociale del paziente vanno proprio in questa direzione. Non più una *relazione unidirezionale* dal personale sanitario al malato, ma una rete di relazioni che pone come punti nodali le istituzioni, i servizi, il gruppo di amici, i famigliari, i colleghi di lavoro, tutti coinvolti insieme con la persona del malato, nel suo processo di adattamento e riadattamento.

Un'ottica radicalmente nuova è quella che si presenta oggi al personale sanitario.

Si tratta di cogliere l'opportunità di concepire la persona malata al centro di una fitta rete sociale, istituzionale e relazionale di fronte a cui lo stesso professionista della salute deve porsi con un atteggiamento diverso, lontano dalla torre d'avorio che lo vedeva unico depositario di un sapere *non divisibile*.

A questo processo contribuiscono anche le *medical humanities*.

The humanities and arts provide insight into the human condition, suffering, personhood, our responsibility to each other, and offer a historical perspective on medical practice. Attention to literature and the arts helps to develop and nurture skills of observation, analysis, empathy, and self-reflection skills that are essential for humane medical care. The social sciences help us to

understand how bioscience and medicine take place within cultural and social contexts and how culture interacts with the individual experience of illness and the way medicine is practiced.

Così si pronuncia la New York School of Medicine (1994).

L'attenzione alla letteratura e alle arti aiuta a sviluppare e mantenere competenze di osservazione, analisi, empatia e riflessione introspettiva, abilità necessarie per umanizzare la cura, mentre le scienze sociali aiutano a comprendere come la medicina e le scienze biologiche si collochino all'interno dei contesti sociali e culturali e come le culture stesse interagiscano con l'esperienza individuale di malattia e il modo in cui la medicina viene praticata.

Di queste arti e scienze vorrei evidenziare l'apporto dell'*educazione* ai processi di cura.

Si tratta di un apporto che modifica la relazione medico paziente e la formazione del medico: per quest'ultimo, in un'ottica di formazione permanente si auspica una formazione professionale che cambi fisionomia arricchendosi del contributo delle scienze umane: si tratta di un apporto che travalica i confini della Pedagogia speciale tradizionalmente deputata all'analisi e all'intervento delle situazioni a rischio di handicap per aprirsi alla formazione del personale sanitario, come campo di educabilità di adulti nel sociale e per il sociale. Coinvolge parimenti i malati quando adulti e/o i *carer*, genitori prima di tutto, come protagonisti nei processi di cura a fianco del personale sanitario.

Uno dei classici che hanno contribuito alla modificazione dei rapporti tra personale sanitario e i malati psichici e le loro famiglie, è costituito dal libro di Ian Falloon tradotto dalla Erickson all'inizio degli anni Novanta dal titolo *L'intervento psicoeducativo integrato in psichiatria* (1992).

In questo prezioso volume si apre una possibilità nuova per la riabilitazione dei pazienti psichiatrici: il reinserimento sociale non può prescindere infatti dal formare una comunità competente (Nicoli, Zani, 1998): altrimenti la chiusura dei manicomi si sarebbe rivelata una pura follia: è necessario allora conoscere e far conoscere che cosa è la malattia mentale: quali sono le sue caratteristiche, come prevenire e affrontare le crisi, come intervenire nelle diverse situazioni di vita quotidiana che per un individuo così fragile possono essere fonte di turbamento.

Ciò comporta processi di formazione e apprendimento diversi da quelli tradizionalmente riservati al personale sanitario: è necessa-

rio impostare un intervento che si connoti come *educativo*: si tratta di rendere accessibile a persone non specializzate un *saper fare* che per troppo tempo è risultato appannaggio di una *élite*.

Non soltanto *sapere*, quindi, ma *saper fare*, e si sa fare meglio quando si è formati sugli aspetti emotivi di patologie che affliggono sia le famiglie, sia, soprattutto, i malati e alle quali occorre far fronte (*saper essere*) anche attraverso processi empatici e di vicinanza emotiva e corporea (Zannini 2004). Ian Falloon propone una possibilità di intervento sulle condotte suicidarie attraverso la decodifica dei primi segnali di crisi, diventa possibile gestire le crisi di rabbia, è possibile aiutare a controllare un attacco di panico.

È evidente come queste strategie non abbiano nulla a che fare con i dinamismi inconsapevoli che possono aver scatenato la crisi, né con la somministrazione di farmaci, implicando invece un coinvolgimento attivo e responsabile da parte dell'*entourage* della persona malata per risolvere la situazione di crisi.

Vorrei qui approfondire qui un tipo di intervento teso a coinvolgere direttamente le persone malate con un approccio diverso dagli interventi di stampo psicoeducativo che si basano su presupposti cognitivo comportamentali e che attraverso una strategia di *token economy* si propone di indurre nella persona malata comportamenti meno disfunzionali (Thiele, Blew, Luiselli, 2002; Clarke, Worcester, Dunlap, Murray, Bradley-Klug, 2003)

Questo tipo di intervento, che va sotto il nome di *educazione terapeutica*, presenta una spiccata componente *pedagogica*. La sua specificità sta nel tendere alla modificazione delle condotte anziché dei comportamenti.

Il termine condotta, non può essere usato come sinonimo di comportamento. Le condotte possono essere intese come una disposizione mentale di fronte a un determinato problema.

Il comportamento fa riferimento all'insieme delle azioni e reazioni abituali, ma automatiche, di un organismo all'ambiente, mentre la condotta fa riferimento a un *atteggiamento interiore* da cui quelle azioni e reazioni derivano.

L'ottica che caratterizza questo tipo di intervento consiste nel fatto che non si tratta di un intervento psicoeducativo *tout court*, ma di un intervento in cui si pone enfasi sugli aspetti educativo-formativi.

Sono molteplici i campi di applicazione di questo tipo di intervento: nell'infanzia può essere applicato ad una gamma di patologie che vanno dai disturbi pervasivi dello sviluppo, alle patologie dello spettro autistico.

Esso ha come fine il trasmettere delle abilità al bambino, agendo in collaborazione con le famiglie.

Si parte dal sostenere che conoscenze specifiche sulle caratteristiche del disturbo e della persona (familiari o altre persone di riferimento) vadano considerate congiuntamente in tutte le fasi dell'intervento, in particolar modo nella scelta degli obiettivi e delle modalità terapeutiche, e si ritiene altresì fondamentale l'armonia tra le energie e gli obiettivi educativi delle diverse persone implicate nel processo di sostegno alla crescita del bambino.

La collaborazione tra personale sanitario e famiglia risulta fondamentale per consentire la generalizzazione e l'interiorizzazione degli apprendimenti, quindi il loro utilizzo nella vita quotidiana.

Nel caso dei pazienti adulti, i promotori dell'educazione terapeutica sono stati Jean Philippe Assal dell'università di Ginevra, Jean Francois D'Ivernois dell'università di Parigi XIII Bobigny e Alain Deccache dell'università di Louvain.

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "...l'educazione terapeutica consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia ed il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita" (Censis, 1998).

Questa disciplina si presenta come "di frontiera" perché unisce competenze pedagogiche, relazionali e mediche: nasce con il fine principale del controllo delle crisi di pazienti diabetici. Oltre che nelle patologie dell'età evolutiva cui si è accennato, risulta trattamento di elezione per altre malattie croniche (asma bronchiale) e autoimmuni come la LES, cui si aggiunge il trattamento dell'obesità e dell'osteoporosi severa.

Le attuali conoscenze e la pratica clinica puntano sempre più ad un intervento individualizzato che possa mettere al servizio del progetto terapeutico nei confronti del singolo, conoscenze, strategie e tecniche elaborate da diversi contributi disciplinari.

Psicologia cognitivo-comportamentale, conoscenze sullo sviluppo del bambino anche nelle aree della socialità e della comunicazione, psicologia dei sistemi e delle relazioni sono i fondamenti delle abilità che renderanno efficace il lavoro. Deve pertanto rientrare in un programma di formazione all'educazione terapeutica per il personale sanitario anche un training assertivo per aumentare negli operatori le abilità di comunicazione e di gestione delle relazioni.

L'educazione terapeutica dei pazienti (ET) non si connota come educativa perché è rivolta in prima battuta a favore dei minori.

Lo specifico pedagogico si palesa forse in misura maggiore quando tale modalità di intervento si estende a persone adulte ed anziane, trovando una propria giustificazione nei documenti internazionali che riguardano la formazione degli adulti.

Nella dichiarazione finale della conferenza di Amburgo organizzata dall'OCSE nel 1997, l'Educazione degli Adulti viene assunta come chiave di volta per l'ingresso nel XXI sec. e come presupposto fondamentale per garantire ai singoli e alla collettività mondiale i diritti all'uguaglianza e *all'emancipazione sociale civile e culturale*.

Tale impostazione risente della riflessione di J. Dewey, uno tra i più significativi pedagogisti del Novecento, che in *Democrazia e Educazione* del 1916 si spinge a sottolineare l'importanza di quella che egli definisce plasticità come capacità di imparare dalla esperienza conseguendo abitudini. L'uomo non si limita ad apprendere dall'esperienza, ma è in grado di ricostruirla, ampliandone di continuo il contenuto e orientandola verso nuovi fini.

M. Knowles (1996), negli anni Novanta mise a punto un modello per la formazione degli adulti nel quale dà indicazioni piuttosto ampie circa le abilità e competenze richieste al *facilitatore* dell'apprendimento: come la dimensione della relazione, del sostegno, della motivazione, della valorizzazione dell'esperienza, della capacità progettuale e valutativa. L'autore evidenzia l'errata consuetudine di insegnare agli adulti come fossero dei bambini, proponendo il suo modello di apprendimento, "andragogia", contrapposto a quello tradizionale pedagogico.

L'adulto ha necessità, obiettivi, caratteristiche psicologiche, ben diverse da quelle di un ragazzo o di un bambino. Il modello pedagogico classico attribuisce all'insegnante la piena responsabilità sui processi di apprendimento e di verifica dell'apprendimento; l'insegnamento è centrato sui contenuti, è quindi una trasmissione di informazioni e saperi da un docente a un discente percepito come passivo e dipendente.

Nel caso dell'adulto, un simile modello formativo non risulta applicabile. L'adulto ha una personalità ben definita, una percezione di sé come persona responsabile e chiede di essere trattato come tale.

L'adulto ha l'esigenza di conoscere lo scopo e l'utilità dell'apprendimento per la sua vita o la sua carriera ed è *motivato ad apprendere ciò che gli serve nel momento in cui gli serve*.

Nel caso dell'apprendimento degli adulti risulta assolutamente fondamentale l'esperienza. Qualunque insegnamento rivolto a un adulto si colloca su di un bagaglio di conoscenze o esperienze pre-

cedentemente acquisite. Ciò che viene insegnato deve quindi inserirsi proficuamente in un contesto esperienziale o cognitivo predefinito e dare vita ad una "riorganizzazione dei saperi" (Knowles, 2002). Se ciò non accade, il rischio è quello di un apprendimento fittizio e di breve durata.

A titolo esemplificativo può essere utile il caso seguente: una paziente diabetica disse una volta di sottoporsi spontaneamente all'esame annuale del fondo dell'occhio, perché "Il diabete mangia la vista" (Trento, Passera, Tomalino, Bajardi, 2004). Aveva appreso in modo inconsapevole un sapere che sarebbe rimasto implicito se non si fossero create le condizioni ottimali per farlo emergere. Le persone possono aver maturato un bagaglio di competenze basate su conoscenze che rimangono tacite, e il contributo della pedagogia applicata alle terapie mediche può permettere l'emergere proprio di questi saperi, nascosti per sentimenti di vergogna e inadeguatezza del paziente di fronte al sapere indiscutibile e paternalistico del medico.

Quando inoltre i comportamenti non sono dettati da un convincimento interiore, ma solamente dall'imitazione di modelli o dalla passiva accettazione di norme, basta un evento negativo qualsiasi o una interferenza nell'organizzazione dei saperi (consiglio del vicino o dell'amico, attesa eccessiva in ambulatorio, personale sanitario indisponibile) per arrestare il processo positivo: questo è il motivo per cui è necessaria una modifica della condotta piuttosto che del comportamento.

Le malattie croniche, in ragione del loro aumento, hanno cambiato radicalmente il concetto di salute (Marcolongo, Rigoli, 1999), per cui si è passati da una concezione secondo cui la salute sarebbe caratterizzata da assenza di malattia e dei relativi sintomi, ad una concezione che relativizza questa impostazione, a favore di una sensazione di efficienza nello svolgere le normali attività di vita e dal percepirsi "in una situazione di stabilità e di equilibrio psicofisico" (Censis 1998).

Nell'ambito della cronicità, la salute può essere infatti considerata come uno stato di equilibrio, mentre la malattia corrisponde alla crisi, alla ricaduta, alla complicità. Questo cambiamento concettuale ha delle conseguenze dirette sul modo con cui i curanti considerano le loro azioni verso dei pazienti cronici.

Abituato per formazione a ritenere che il suo ruolo sia quello di identificare e di porre rimedio il più rapidamente possibile ad un evento morboso transitorio, per riportare l'individuo ad una condi-

zione di salute, il personale sanitario deve oggi assuefarsi al fatto di dover accompagnare per anni delle persone che non riusciranno mai a guarire completamente, ma piuttosto a stabilizzarsi.

Per curare efficacemente un malato cronico, oggi non è più sufficiente limitarsi alla corretta interpretazione dei segni e sintomi clinici della malattia e/o alla prescrizione di farmaci o di altri rimedi. Un approccio terapeutico completo implica che tra curante e paziente si stabilisca una vera e propria alleanza terapeutica.

Per i curanti, la necessità di creare solide relazioni umane nasce dai costanti rapporti che il loro lavoro li obbliga ad intrattenere non solo con i pazienti e le loro famiglie, ma anche con tutte le altre figure, professionali e non, che gravitano loro intorno.

La medicina dei nostri tempi comporta, infatti, sempre più spesso il contemporaneo intervento di più operatori sanitari (medici generalisti, ospedalieri, specialisti, infermieri, psicologi, dietisti, fisioterapisti, ecc.) e di varie persone (familiari, operatori sociali, volontari, religiosi, ecc.) nell'assistenza di uno stesso malato. La *malattia* diviene, pertanto, sempre più frequentemente un *luogo d'incontro tra persone*.

Una *comunicazione* aperta e chiara, oltre ad essere un tramite di informazioni cliniche, diviene, pertanto, anche un prezioso strumento di *collaborazione tra curanti e malati*.

Collaborare significa condividere speranza, impegno, difficoltà, problemi, preoccupazioni, obiettivi e progetti. In tal modo, tutti gli attori della cura saranno meno "soli" di fronte alla malattia.

Tuttavia, gli *ostacoli* alla comunicazione e alla collaborazione possono essere numerosi: barriere culturali, linguistiche, emotive, scarsa motivazione, pregiudizi, difficoltà organizzative, economiche e logistiche, ma anche una *formazione alla relazione* e una *capacità di ascolto* insufficienti.

La stessa definizione di ET proposta dall'OMS sottende un capovolgimento nella relazione medico-paziente volta a favorire il trasferimento pianificato ed organizzato di competenze terapeutiche dai curanti ai pazienti, grazie al quale la dipendenza lascia progressivamente il posto alla *responsabilizzazione* ed alla collaborazione attiva. Un compito così delicato rende, però, necessario da parte dei curanti, il possesso di specifiche competenze pedagogiche, acquisite per mezzo di un'apposita formazione interdisciplinare.

Il ruolo rivestito dall'educazione è quello predisporre interventi nei quali attraverso una diagnosi delle necessità educativo-formative e la definizione di una progettualità pedagogica, segnata dalla

definizione di obiettivi e di adeguate procedure predisposte per il raggiungimento di tali obiettivi, si possa ancora una volta concretizzare il paradigma educativo fondato su sapere, saper fare, e saper essere. Nel caso specifico si tratta di porre la persona del paziente nella condizione di:

- *Conoscere* la propria malattia (*sapere = conoscenza*),
- *Gestire* la terapia in modo *competente* (*saper fare = autogestione*),
- *Prevenire* le complicanze evitabili (*saper essere = comportamenti*).

Anche se l'educazione dei pazienti all'autogestione, al giorno d'oggi, è, ormai, un principio largamente accettato in molte patologie croniche, resta ancora da convincere la maggior parte del personale curante che l'educazione deve essere organizzata e pianificata con lo stesso rigore delle pratiche diagnostiche o terapeutiche.

In effetti, se non si può negare che alcuni curanti, da molto tempo, hanno iniziato ad «educare» i loro pazienti, bisogna riconoscere che, salvo rari casi, le loro pratiche educative non sono formalizzate in programmi veri e propri.

Nella maggior parte dei casi, l'educazione si limita al dialogo tra curante e assistito, costituito da informazioni, consigli, raccomandazioni e istruzioni. Ciò che si intende qui invece è favorire l'attivazione di programmi di formazione al termine dei quali il paziente sia in grado di esercitare autonomamente competenze terapeutiche che sono usualmente considerate responsabilità del curante.

Le ricadute dell'impostazione di tali interventi educativi sono fondamentali a livello di istituzione sanitaria come pure a livello sociale, familiare ed individuale. Come delineato dalla definizione dell'OMS si passa infatti dall'intento fondativo della pratica medica, quello di migliorare la qualità di vita dei malati e delle loro famiglie, alla promozione del massimo di autonomia da parte delle persone malate, attraverso una riduzione delle complicanze, una maggiore adesione al trattamento terapeutico e la riduzione degli effetti indesiderati dei farmaci.

Questi comportamenti adeguati hanno ricadute economiche importanti sull'efficienza dei servizi, migliorandone la qualità attraverso il contenimento della spesa ed ottimizzando i tempi dell'assistenza sanitaria.

È un circolo virtuoso che si promuove e che diventa un modello per il funzionamento di strutture sanitarie orientate ad una reale

umanizzazione dove si accentua la centratura sul paziente, come la valorizzazione del contributo di quanti a vario titolo (curanti, servizi sociali, volontariato) operano a favore del malato; in ultimo, ma non meno importante, la ricaduta positiva sulle relazioni, oltre che tra medico e paziente, per tutta l'equipe terapeutica.

BIBLIOGRAFIA

- Censis, *XXXII Rapporto sulla situazione sociale del paese*, Roma, F. Angeli, 1998.
- Clarke S., Worcester J., Dunlap G., Murray M., Bradley-Klug K., *Come valutare gli esiti di un intervento psicoeducativo positivo?*, in "Handicap grave", vol. 4, n. 1, gennaio 2003, pp. 7-31.
- Dewey J., *Democrazia ed educazione*, Firenze, La Nuova Italia, 1974.
- Falloon I., *L'intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*, Trento, Erickson, 1992.
- Kanizsa S., *L'ascolto del malato. Problemi di pedagogia relazionale in ospedale*, Milano, Guerini e ass., 2004.
- Knowles M., *La formazione degli adulti come autobiografia. Il percorso di un educatore fra esperienze ed idee*, Milano, Raffaello Cortina, 1996.
- Knowles M., *Quando l'adulto impara. Pedagogia e Andragogia*, Roma, F. Angeli, 2002.
- Maguire L., *Il lavoro sociale di rete*, Trento, Erickson, 1989.
- Marcolongo R., Rigoli A., *Educazione terapeutica per pazienti*, in "Icaro", 28, novembre, 1999.
- Medeghini R., Valtellina E., *Quale disabilità? Culture, modelli e processi d'inclusione*, Roma, F. Angeli, 2006.
- Nicoli A. M., Zani B., *Mal di psiche. La percezione sociale del disagio mentale*, Roma, Carocci, 1998.
- Thiele T., Blew P., Luiselli J.K., *Intervento psicoeducativo sugli antecedenti per comportamenti problema legati al ciclo sonno-veglia*, in Handicap grave, vol 3, giugno 2002, pp. 155-163.
- Tramma S., *Educazione e modernità. La pedagogia e i dilemmi della contemporaneità*, Roma, Carocci, 2005.
- Trento M., Passera P., Tomalino M., Bajardi M., *Le condotte di riferimento. Modello e strumento per la valutazione di interventi educativi*, in "Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo", 21, 2000, pp. 17-24.

*Contributi pedagogici in ambito sanitario:
dall'intervento psicoeducativo all'educazione terapeutica*

Zannini L. (a cura di) *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*, Roma, Angeli, 2004.

SITOGRAFIA

[www. medhum.med.nyu.edu](http://www.medhum.med.nyu.edu)

