

# Rappresentazioni della cura nei contesti della formazione clinico-sanitaria

Fabio Togni, Vanna Boffo\*

## Abstract:

The contribution explores the educational value of care through a qualitative study conducted within a university course for physiotherapy students. Based on interviews with healthcare professionals, the texts produced were analysed using Grounded Theory and a phenomenological-narrative approach. The aim was to bring out representations of care as a relational, ethical, and pedagogical dimension. The results highlight the transformative function of care in the construction of professional identity. The research shows how narration and reflection activate significant metacognitive processes. The paper proposes care as an epistemic category for educational research in clinical-healthcare settings.

**Keywords:** Advanced Healthcare Education; Educational Care; Narrative Research

## 1. La categoria della cura: una prospettiva pedagogica e di ricerca

Negli ultimi vent'anni, la categoria della 'cura' si è progressivamente affermata come una delle nozioni centrali della riflessione pedagogica italiana, configurandosi non soltanto come modello formativo, ma anche come orizzonte epistemologico e dispositivo di ricerca. Ben oltre una metafora o un concetto astratto, la cura ha acquisito uno spessore teorico e operativo che ne fa oggi una chiave interpretativa fondamentale per comprendere i processi educativi lungo l'intero arco della vita.

Le sue radici affondano in un terreno filosofico antico e al tempo stesso in istanze educative contemporanee, con una significativa accelerazione a partire dagli anni Duemila grazie ai contributi di studiosi come Luigina Mortari (2001; 2006; 2015) e Rita Fadda (1997).

In questa prospettiva, la cura non si limita a designare un atto sanitario o terapeutico, ma si configura come atteggiamento esistenziale e postura etica, una modalità dell'essere che si costruisce nella relazione quotidiana con sé, con l'altro e con il mondo. Per questo, essa si impone anche come categoria di ricerca: prendersi cura implica cercare senso, esplorare, interrogare, osservare e trasfor-

\* Il contributo è il risultato del lavoro congiunto degli autori. Per la stesura sono da attribuire a Fabio Togni i paragrafi 2 e 3, a Vanna Boffo il paragrafo 1.

mare. La cura è sempre anche un movimento conoscitivo, una pratica riflessiva che interpella chi educa e chi si forma, sollecitando un percorso personale di comprensione, attenzione e responsabilità.

L'intuizione di Franco Cambi (2010) ha avuto un ruolo determinante nel riportare la cura al centro del discorso formativo: non esiste vera educazione senza sollecitudine, così come non esiste autentica cura che non generi apprendimento. In questo senso, la cura diventa principio generativo della formazione e, insieme, categoria interpretativa delle pratiche educative e professionali, capace di orientare la ricerca e di trasformare le esperienze in sapere.

### 1.1 Le coordinate filosofiche della cura

Il concetto di cura ha attraversato la storia del pensiero filosofico, a partire da Martin Heidegger (2005 [1927]), che nel suo *Essere e tempo* ha definito la cura come struttura fondamentale dell'essere-nel-mondo. Una parabola narrativa, ripresa da Iginò e citata da Heidegger, racconta che l'uomo è creato dalla Cura, la quale, plasmando l'argilla e chiedendo a Giove di infondere lo spirito, reclama per sé il diritto di nominarlo. Saturno decide che, mentre alla morte il corpo tornerà alla Terra e lo spirito a Giove, durante la vita l'essere umano apparterrà alla Cura. Questo racconto simbolico restituisce con efficacia la centralità del prendersi cura come tratto ontologico dell'umano.

Michel Foucault ha ulteriormente rilanciato il tema, riportando l'attenzione sulla «cura di sé» (*epimèleia heautoù*) come pratica di soggettivazione. Nei suoi corsi al Collège de France e nei testi successivi (Foucault 1985 [1984]), ha mostrato come la cura fosse, per l'uomo greco e romano, un insieme di esercizi spirituali e tecniche di vita miranti alla formazione etica del soggetto. La cura non era solo introspezione, ma pratica quotidiana, azione trasformativa, esercizio della libertà.

Pierre Hadot (2005 [2002]) ha ripreso questi spunti evidenziando il ruolo degli esercizi spirituali come strumenti di elevazione interiore e di apertura all'universalità. La scrittura, la meditazione, l'attenzione e il dominio di sé non erano meri atti individuali, bensì gesti pedagogici con cui il soggetto si formava, si trasformava e si relazionava al mondo in maniera eticamente orientata. In questo senso, la cura di sé si salda alla cura del mondo (cura mundi) e dell'altro, in un percorso di consapevolezza che dalla soggettività conduce alla responsabilità relazionale e comunitaria.

### 1.2 Verso un modello pedagogico della cura

Il contributo più originale della riflessione italiana è consistito nell'aver intrecciato queste matrici filosofiche con la dimensione educativa, costruendo un modello pedagogico della cura. In particolare, Luigina Mortari ha sottolineato la necessità di partire dalla cura di sé come prerequisito per ogni autentica relazione educativa. In questo modello, la cura si configura in primo luogo come cura di sé, intesa come riflessività esistenziale e consapevolezza del proprio essere nel mondo. Essa si manifesta inoltre come azione concreta e incarnata, e non solo come

dichiarazione di intenti: la cura ha bisogno di essere agita, vissuta nel quotidiano. Al contempo, si sostanzia nella relazione educativa, laddove il legame con l'altro diventa veicolo e spazio di apprendimento reciproco. Un ulteriore elemento distintivo è rappresentato dalla competenza etica: la cura non si riduce a un sapere tecnico, ma richiede sensibilità, empatia, capacità di comprensione profonda del contesto. Infine, la cura si configura come prassi formativa, cioè come atto pedagogico che si realizza solo nell'azione, nel concreto farsi dell'educazione.

La cura è, in questa prospettiva, un processo pedagogico totalizzante: forma l'umano nella misura in cui si incarna nell'azione educativa. Non è sufficiente sapere che si deve curare, occorre esercitarsi nel farlo. La cura si manifesta nella capacità di ascolto, nella pazienza, nella disponibilità, nella responsabilità verso l'altro. La sua pratica si dispiega attraverso micro-azioni quotidiane che, pur minime, sono cariche di significato trasformativo.

### 1.3 L'agire educativo e didattico come forma della cura

Il modello della cura, così delineato, trova una delle sue espressioni più compiute nell'agire educativo, inteso come processo dinamico, continuo e incarnato. In particolare, la formazione dell'adulto – e ancor più del professionista sanitario – si realizza pienamente solo quando il soggetto è messo nella condizione di prendersi cura di sé: della propria storia, del proprio corpo, del proprio assetto emotivo e relazionale. In questo senso, la corporeità non è un elemento accessorio, ma diviene luogo privilegiato della cura educativa, come suggeriscono gli studi sulla connessione profonda tra mente e corpo (Galimberti 2001; Cartesio 1997 [1641]).

L'agire educativo come forma della cura si caratterizza per la sua natura intenzionale e relazionale: tiene insieme attenzione e progettualità, spontaneità e rigore, sapere teorico e disponibilità affettiva. Non si limita a trasmettere contenuti, ma coinvolge interamente la persona – sia l'educatore che l'educando – in una pratica trasformativa fondata sull'ascolto e sulla reciprocità. Tra le disposizioni fondamentali che ne costituiscono l'essenza, l'attenzione rappresenta il primo e imprescindibile movimento: è il momento in cui ci si accorge dell'altro, lo si riconosce nella sua singolarità e si sceglie di farsi carico del suo bisogno. Come afferma Tronto (2006), l'attenzione è il principio generativo della cura, perché attiva la responsabilità e orienta l'azione.

Questa visione implica una ridefinizione delle pratiche didattiche, che non possono più essere concepite come trasmissione lineare del sapere, ma come esperienze intenzionalmente orientate alla cura educativa. In ambito clinico-formativo, ciò si traduce in dispositivi che valorizzano la narrazione, la riflessione, il tutoraggio relazionale e l'apprendimento situato. L'azione didattica, dunque, non si limita a informare, ma si propone di educare attraverso la cura, sostenendo la crescita personale e professionale in modo etico, empatico e consapevole.

### 1.4 Una categoria ponte utile per la ricerca educativa: dalla teoria alle rappresentazioni

Il valore euristico della categoria di cura si manifesta appieno quando essa non viene considerata soltanto come concetto teorico o ideale pedagogico, ma

come dispositivo di lettura del reale, capace di orientare lo sguardo del ricercatore e di fondare pratiche educative consapevoli. In questa prospettiva, la cura si configura come una categoria ponte: collega saperi, attraversa contesti, integra linguaggi diversi (filosofici, clinici, relazionali, formativi) e, soprattutto, offre una chiave interpretativa fertile per indagare le dinamiche profonde della formazione nei contesti di cura.

Tale approccio si radica nell'assunzione, ormai consolidata nelle scienze dell'educazione, che la cura non sia semplicemente un valore, ma un criterio epistemologico, un principio che orienta sia l'osservazione che l'azione (Mortari 2006; Tronto 2006). In quanto categoria di ricerca, la cura consente di cogliere la complessità delle relazioni che si sviluppano nei contesti professionali della salute, superando dicotomie riduttive (tecnico *vs* umano, clinico *vs* educativo, corpo *vs* soggetto) e favorendo una lettura dialogica e situata del sapere.

È proprio in questa direzione che si colloca il percorso formativo e riflessivo realizzato nell'ambito di un modulo universitario rivolto a studenti del Corso di Laurea triennale in Fisioterapia (classe L/SNT2). La proposta didattica, concepita come dispositivo di ricerca-formazione, ha chiesto agli studenti di intervistare un professionista sanitario sul tema della "cura educativa" e di trasformare l'intervista in un saggio divulgativo. Lo scopo non era solo raccogliere testimonianze, ma attivare una postura esplorativa, capace di problematizzare le rappresentazioni implicite della cura agita nella quotidianità clinica.

In questo contesto, la categoria di cura ha funzionato da 'concetto guida' per l'intera esperienza di ricerca formativa: ha orientato la costruzione delle domande, l'ascolto dell'altro, l'elaborazione dei testi e l'interpretazione dei contenuti. Inoltre, ha permesso di intersecare i diversi livelli della professionalità – teorico, pratico, relazionale – restituendo uno spazio riflessivo in cui teoria e vissuto potessero dialogare.

L'analisi qualitativa dei materiali raccolti ha mostrato come la cura sia stata rappresentata non solo nei suoi aspetti tecnici o procedurali, ma come esperienza significativa, valore incarnato, relazione educativa in atto. Queste rappresentazioni, ancor prima di essere tematizzate come categorie concettuali, sono state trattate come tracce discorsive che rivelano la profondità simbolica e trasformativa del prendersi cura. In tal senso, la cura non è solo oggetto della ricerca, ma metodo di ricerca stesso: una modalità epistemica fondata sull'ascolto, sull'attenzione, sulla sospensione del giudizio, sull'apertura all'alterità (Hadot 2005; Brockbank e McGill 2007). Lo statuto rappresentazionale della cura, in questo quadro, acquisisce un rilievo centrale.

Come sottolineano Jodelet (1984) e Moscovici (2005), le rappresentazioni sociali non solo riflettono il mondo, ma contribuiscono a costruirlo: costituiscono la matrice simbolica attraverso cui i soggetti attribuiscono senso alle proprie pratiche e definiscono la propria identità professionale. Investigare le rappresentazioni della cura educativa, dunque, significa leggere la cultura professionale in atto, coglierne le tensioni, i valori, i linguaggi, le derive e le potenzialità trasformative.

Alla luce di queste considerazioni, si può affermare che l'indagine sulle rappresentazioni della cura, condotta attraverso un dispositivo formativo integra-

to in un contesto universitario, abbia permesso di coniugare efficacemente la dimensione pedagogica con quella epistemologica della ricerca educativa. La cura, nel suo doppio registro di categoria concettuale e vissuto relazionale, si è dimostrata uno strumento analitico potente, capace di dischiudere spazi inediti per la formazione del sé professionale.

In definitiva, questa esperienza conferma che la cura è una categoria trasformativa, in grado di orientare processi di ricerca qualitativa coerenti con la complessità della pratica clinica, e al contempo di generare conoscenza pedagogica rilevante e contestualizzata. Laddove la cura viene pensata, agita e rappresentata, si apre lo spazio fertile in cui la teoria educativa incontra la prassi terapeutica, generando significato, apprendimento e responsabilità.

## 2. Uno studio esplorativo sulle interviste sulla cura

### 2.1 Design dello studio

Lo studio qui presentato, come anticipato, nasce all'interno di un modulo di Pedagogia Generale e Sociale attivato presso un Corso di Laurea triennale in Fisioterapia (classe L/SNT2), nell'anno accademico 2022-23. Il contesto formativo era caratterizzato da un'impostazione teorico-pratica, orientata alla promozione di competenze riflessive e narrative nei futuri professionisti sanitari, con particolare attenzione alla comprensione del costruito di 'cura educativa'.

L'attività centrale del percorso è stata denominata "Intervista sulla cura educativa" e ha coinvolto 25 studenti, ciascuno dei quali ha realizzato un'intervista con un professionista della salute (medico, fisioterapista, infermiere, ostetrica, tecnico sanitario, ecc.), con l'obiettivo di esplorare la dimensione educativa implicita o esplicita nella pratica di cura. La traccia fornita agli studenti richiedeva di trasformare il colloquio in un saggio narrativo-divulgativo di almeno 7.000 battute, destinato ipoteticamente a una rivista di pedagogia medica, e articolato in tre parti principali: un'introduzione teorica al tema, una sezione centrale dialogica e una conclusione riflessiva.

L'obiettivo esplicito dell'attività era duplice: da un lato, sollecitare negli studenti una riflessione attiva sulla rappresentazione della cura educativa nel mondo professionale; dall'altro, promuovere competenze trasversali come l'ascolto, l'elaborazione critica, la scrittura argomentativa e la capacità di cogliere le implicazioni pedagogiche di pratiche cliniche. A un livello più profondo, si intendeva anche favorire una consapevolezza situata del ruolo formativo della relazione di cura, sviluppando una postura di attenzione, responsabilità e progettualità verso l'altro.

Una volta raccolti, i materiali sono stati sottoposti a un processo di analisi qualitativa secondo un approccio metodologico misto, in linea con quanto proposto da Flick (2018) e Denzin e Lincoln (2011). In particolare, sono stati adottati due orientamenti complementari:

- a. La *Grounded Theory* classica (Glaser e Strauss 1967), finalizzata a far emergere – attraverso codifica aperta, assiale e selettiva – le *core categories* che strutturano le rappresentazioni della cura educativa nei testi prodotti;

b. Un'analisi fenomenologico-narrativa (Smith, Flowers e Larkin 2022; Riessman 2008), rivolta a individuare le aree di senso, i nuclei valoriali, le emozioni implicite e le posture riflessive che attraversano i racconti.

Questa combinazione ha consentito una lettura articolata dei dati: da un lato sistematica e comparativa (individuazione di *pattern* tematici comuni), dall'altro attenta alle sfumature soggettive, ai vissuti e alle tensioni interne che caratterizzano la relazione educativa in ambito sanitario.

In sintesi, il *design* dello studio si è configurato come una pratica di ricerca formativa, fondata sull'integrazione tra attività didattica e indagine qualitativa, in grado di restituire uno sguardo dinamico e contestuale sulla rappresentazione della cura educativa, contribuendo alla costruzione di un sapere professionale incarnato, riflessivo e relazionale.

## 2.2 Codifica aperta

La prima fase dell'analisi, condotta secondo l'approccio della *Grounded Theory* grazie all'elaborazione informatica del *tool* NVivo, ha previsto un'attenta lettura e codifica aperta dei testi, con lo scopo di individuare le unità elementari di significato contenute nelle narrazioni. Questo processo ha portato all'emersione di 443 concetti primari, espressi in forma di etichette descrittive (*label*) che rappresentano ricorrenze tematiche, parole-chiave o espressioni emblematiche utilizzate dagli studenti o riportate dai professionisti intervistati.

Le etichette sono state create in forma gerarchicamente neutra, senza pre-categorizzazione, per favorire un'induzione concettuale il più possibile aderente ai dati. Le unità sono state poi organizzate in *cluster* semantici per affinità di contenuto e rilevanza rappresentativa. Di seguito, alcuni esempi significativi:

Tabella 1 – Codifica aperta.

<b>Cluster semantico</b>	<b>Label di codifica (con occorrenze)</b>
<b>Relazionale</b>	ascolto attivo (58), fiducia reciproca (47), dialogo "alla pari" (39), comunicazione empatica (33), sguardo rispettoso (27)
<b>Educativo</b>	spiegare l'obiettivo (42), rinforzo motivazionale (28), guidare nella comprensione (25), educare all'autonomia (21)
<b>Identità professionale</b>	aggiornamento continuo (31), apprendimento sul campo (24), collaborazione interprofessionale (19), responsabilità formativa (18)
<b>Emotivo</b>	empatia (55), riconoscere la fragilità (32), validare l'ansia (26), presenza emotiva (22)
<b>Pragmatico-operativo</b>	adattare gli esercizi (49), creare routine domiciliare (37), personalizzare il ritmo (30), supervisionare i progressi (25)

Questa prima lettura ha permesso di cogliere la ricchezza semantica presente nei testi, nonostante il formato libero e il tono divulgativo. Gli studenti, nel tradurre l'esperienza dell'intervista in un saggio scritto, hanno attivato inconsciamente processi di tematizzazione che riflettono il loro modo di rappresentare – e in parte costruire – la cura educativa.

La frequenza di alcune espressioni, come 'ascolto', 'fiducia', 'autonomia' o 'personalizzazione', evidenzia l'emergere di nuclei concettuali ricorrenti che trovano risonanza trasversale nei diversi elaborati. È significativo, inoltre, notare come i concetti di tipo relazionale ed emotivo superino in numero quelli strettamente tecnici o clinici, suggerendo una rappresentazione della cura come processo relazionale complesso e situato, anziché come mera applicazione procedurale.

Anche il lessico adottato dai professionisti – così come riportato dagli studenti – appare densamente educativo: si parla di «accompagnamento», «allenanza», «spiegare bene», «non dare per scontato», «essere chiari ma delicati». Questi elementi lessicali, analizzati in fase successiva nella lettura fenomenologico-narrativa, confermano il valore trasformativo e riflessivo dell'atto narrativo stesso, che funge da specchio per la formazione di un'identità professionale pedagogicamente orientata.

In sintesi, la codifica aperta ha permesso non solo di tracciare una mappa iniziale dei contenuti rappresentazionali, ma anche di intuire come gli studenti stanno costruendo il loro sguardo professionale, a partire da una postura di attenzione all'altro che fonde dimensione educativa, relazionale ed etica.

### 2.3 Codifica assiale

Dopo l'emersione delle 443 etichette iniziali tramite la codifica aperta, è stato avviato il passaggio alla codifica assiale, che consiste nel ricondurre i concetti grezzi a categorie intermedie mediante relazioni di tipo causale, contestuale, temporale o funzionale.

L'analisi ha portato all'individuazione di 17 categorie assiali, ciascuna rappresentante una dimensione significativa della rappresentazione della cura educativa nei contesti clinico-sanitari. Le categorie sono emerse attraverso un processo di *clustering* concettuale, utilizzando le co-occorrenze nei testi e il contesto discorsivo in cui le espressioni venivano utilizzate.

Qui sotto si propone una sintesi organizzata delle principali categorie intermedie emerse:

Tabella 2 – Codifica assiale.

<b>Categoria assiale</b>	<b>Descrizione sintetica</b>
<b>Relazione terapeutica</b>	La cura è vista come una relazione di fiducia, alleanza e reciprocità
<b>Comunicazione empatica</b>	L'importanza del tono, del linguaggio non verbale, del rispetto nei confronti del paziente
<b>Spiegazione e comprensione</b>	L'atto educativo si esprime nella capacità di spiegare, tradurre, rendere chiaro
<b>Empowerment e autonomia</b>	Incentivare la partecipazione attiva del paziente nel processo di cura
<b>Motivazione e rinforzo</b>	Stimolare la volontà del paziente, sostenere l'impegno nel tempo
<b>Attenzione alla soggettività</b>	Riconoscere il vissuto personale e adattare la cura al contesto individuale
<b>Continuità della cura</b>	Dare seguito alla relazione anche oltre il trattamento, mantenere il legame
<b>Cura del corpo come spazio educativo</b>	La corporeità come veicolo di apprendimento e comunicazione
<b>Fragilità e vulnerabilità</b>	Riconoscere e accogliere la sofferenza del paziente senza giudizio
<b>Riflessione professionale</b>	La cura educativa richiede una revisione critica delle pratiche e del linguaggio usato
<b>Apprendimento dialogico</b>	La relazione educativa è bidirezionale: anche il professionista apprende
<b>Etica dell'attenzione</b>	Essere presenti, consapevoli, pronti ad accogliere e rispondere alle necessità
<b>Cura narrativa</b>	L'uso della narrazione come strumento di significazione dell'esperienza di malattia
<b>Competenza interprofessionale</b>	L'importanza di una cultura condivisa tra professionisti nel costruire percorsi educativi
<b>Supporto familiare e ambientale</b>	La cura educativa si estende anche alla rete del paziente
<b>Adattamento terapeutico</b>	Modificare le pratiche in base alla risposta concreta del paziente
<b>Responsabilità formativa</b>	L'idea che ogni atto professionale sia anche un atto formativo, per sé e per l'altro

Queste categorie rivelano come la rappresentazione della cura educativa non si limiti a un piano tecnico o trasmissivo, ma includa dimensioni relazionali, affettive, etiche e riflessive. In particolare, emerge un'immagine del professionista

sanitario come educatore situato, che opera all'interno di contesti relazionali complessi, dove la cura è allo stesso tempo pratica clinica, incontro umano e processo formativo reciproco.

## 2.4 Codifica selettiva

Attraverso una rilettura comparativa e iterativa dei 25 elaborati, è stato possibile identificare cinque categorie centrali, ciascuna delle quali funge da asse interpretativo dominante. Queste *core categories* non solo aggregano le categorie assiali più frequenti e interconnesse, ma funzionano anche come strutture portanti della rappresentazione educativa della cura secondo i professionisti intervistati.

Di seguito riportiamo una tabella riepilogativa delle *core categories* con relative definizioni sintetiche e citazioni esemplificative tratte dai testi:

Tabella 3 – Codifica selettiva.

<b>Core category</b>	<b>Definizione sintetica</b>	<b>Citazione esemplificativa*</b>
<b>Relazione terapeutica e ascolto</b>	La cura educativa prende forma attraverso una relazione autentica, fondata sull'ascolto attivo, la fiducia e il dialogo	«In questi casi io, come prima cosa, ascolto le lamentele con pazienza: solo così il paziente accetta di farsi guidare» – F.T.
<b>Autonomia ed empowerment del paziente</b>	La cura è orientata alla promozione dell'autonomia decisionale e operativa del paziente, reso protagonista del suo percorso	«Se il paziente comprende il perché degli esercizi, li farà anche a casa: diventa il protagonista della propria guarigione» – L.B.
<b>Empatia e sostegno emotivo</b>	La dimensione educativa passa per il riconoscimento delle emozioni, la validazione della sofferenza e la rassicurazione	«Mostrare empatia significa dire: capisco la tua paura e rimodulare il percorso in base a quel sentimento» – M.R.
<b>Competenza professionale riflessiva</b>	La cura educativa implica una postura di apprendimento permanente, autocritica e di revisione delle proprie prassi	«L'evidence based non basta: serve riflettere su come comunichiamo i protocolli» – A.C.
<b>Personalizzazione e continuità della cura</b>	L'approccio educativo si adatta ai bisogni individuali e si protrae nel tempo attraverso il <i>follow-up</i> e la responsabilità	«Ogni storia di dolore lombare è diversa: personalizzo il programma e dopo sei mesi richiamo per sapere come va» – E.S.

\*Citazioni tratte dai saggi degli studenti; tutti i nomi sono stati convertiti in iniziali.

Queste cinque categorie centrali costituiscono il cuore del modello interpretativo costruito a partire dai dati: esse non sono state imposte dall'esterno ma sono emersi 'dal basso', nel rispetto del principio generativo della *Grounded Theory*. Inoltre, ogni *core category* presenta un alto grado di saturazione teorica, ovvero una ricorrenza e coerenza concettuale tale da giustificarne la centralità nell'organizzazione del significato.

#### 2.4.1 Relazioni tra le *core categories*

Un'ulteriore riflessione ha permesso di individuare alcune relazioni funzionali e gerarchiche tra le categorie. In particolare:

- La *relazione terapeutica* funge da condizione abilitante per tutte le altre: è il punto di partenza dell'educazione alla cura.
- L'*empatia* costituisce la modalità emotivo-relazionale che nutre la fiducia e motiva il paziente.
- L'*empowerment* del paziente emerge come fine pedagogico, ma anche come criterio valutativo del successo terapeutico.
- La *personalizzazione* rappresenta la modalità operativa che traduce il sapere educativo nella prassi clinica.
- La *riflessività professionale* chiude il cerchio, fungendo da metacompetenza che consente di mantenere un livello etico e qualitativo elevato nella cura.

Questa struttura suggerisce che la rappresentazione della cura educativa da parte dei professionisti sanitari (così come narrata dagli studenti) non è lineare, ma circolare e sistemica. I cinque assi si rafforzano a vicenda e costruiscono una visione integrata della cura in cui la componente educativa non è un'aggiunta, ma un elemento costitutivo dell'identità e della pratica professionale.

#### 2.5 Aree di senso: una lettura fenomenologico-narrativa

Parallelamente all'analisi strutturata secondo la *Grounded Theory*, si è ritenuto fondamentale esplorare anche la dimensione più sottile e soggettiva dei testi, attraverso una lettura fenomenologico-narrativa (Riessman 2008; Smith, Flowers e Larkin 2022). Questo approccio ha permesso di evidenziare le esperienze vissute, i significati latenti, le posture etiche e affettive espresse nelle interviste e rielaborate dagli studenti.

Mentre la codifica mira a isolare elementi ricorrenti e categorizzabili, l'approccio fenomenologico-narrativo guarda al modo in cui l'esperienza viene raccontata, ai registri linguistici, alle metafore, al tono emotivo e alla costruzione dell'identità professionale implicita. Da questa lettura sono emerse quattro principali aree di senso, che attraversano trasversalmente il corpus e restituiscono uno spaccato ricco della dimensione interiore e valoriale della cura educativa.

Tabella 4 – Analisi fenomenologico-narrativa.

<b>Area di senso</b>	<b>Nucleo vissuto</b>	<b>Marker narrativi</b>
<b>Vulnerabilità condivisa</b>	Il professionista riconosce la propria fragilità e quella dell'altro come terreno comune	Espressioni di immedesimazione, frasi in prima persona («potrei trovarmi anch'io...»), riferimenti a esperienze personali
<b>Temporalità della cura</b>	La cura è descritta come processo, non come atto puntuale	Metafore di viaggio, di crescita, di ciclicità («un cammino a tappe», «passaggi lenti ma necessari»)
<b>Corporeità dialogica</b>	Il corpo è visto come luogo di ascolto e comunicazione, oltre che di trattamento	Linguaggio metaforico sul corpo («il dolore mi parlava», «i muscoli raccontano la fatica»), uso frequente del «tu» corporeo
<b>Speranza progettuale</b>	L'educazione orienta verso un futuro, dà senso alla cura come possibilità	Lessico proattivo e costruttivo («riprendere», «imparare», «tornare a fare», «progettare insieme»)

### 2.5.1 Approfondimenti qualitativi

#### *Vulnerabilità condivisa*

In numerosi testi è presente una consapevolezza esistenziale da parte dei professionisti intervistati. Essi non si pongono come 'esperti distanti', ma come persone capaci di riconoscersi nella sofferenza dell'altro. Questa rappresentazione alimenta una forma di empatia non pietistica, ma autentica, in grado di costruire una relazione educativa fondata sulla reciprocità. Una studentessa scrive:

«[Il professionista] ha detto: «Se avessi avuto quel tipo di incidente, io per primo avrei avuto bisogno di qualcuno che mi accompagnasse, passo dopo passo.» – V.C.

#### *Temporalità della cura*

La dimensione temporale viene costantemente evocata come condizione educativa necessaria. La cura non si consuma nell'atto clinico, ma si sviluppa nel tempo, richiede fiducia, continuità, presenza. Gli studenti colgono come questa temporalità favorisca l'apprendimento, la motivazione, la fiducia.

«Mi ha colpito quando ha detto: educare è come seminare: non sai se il frutto verrà, ma intanto devi prenderti cura del terreno.» – A.R.

#### *Corporeità dialogica*

Il corpo emerge come soggetto comunicante, non solo come oggetto d'intervento. Il dolore, la fatica, il recupero, vengono narrati come momenti di un dialogo corporeo tra paziente e terapeuta. Questa consapevolezza porta i professionisti a modulare linguaggio e gesti, a usare il tocco come forma educativa.

«Ha detto che le mani non servono solo per fare, ma per ascoltare. Anche il silenzio può dire qualcosa al paziente.» – D.T.

### *Speranza progettuale*

In tutte le interviste emerge con forza l'idea che la cura educativa generi possibilità: essa apre strade, offre senso, rende il paziente attore del proprio futuro. In questa prospettiva, la cura non è solo riparativa, ma progettuale.

«Dice che per lui insegnare a respirare meglio significa dare una possibilità nuova: un gesto piccolo che cambia una vita.» – M.L.

## 2.5.2 Elementi trasversali

Un dato interessante è il cambiamento del registro linguistico tra l'introduzione e la conclusione dei saggi: mentre l'inizio è spesso teorico, distaccato, la parte conclusiva assume un tono più personale, coinvolto, con l'uso frequente della prima persona plurale («noi», «insieme», «ci siamo riusciti»). Questo passaggio segnala che l'interazione con il professionista ha prodotto trasformazioni nei modi di pensare la cura, confermando la funzione riflessiva dell'intervista.

## 2.6 *Pattern* trasversali

Oltre alle categorie e alle aree di senso già descritte, l'analisi dei testi ha permesso di evidenziare alcuni *pattern* trasversali che attraversano il corpus e contribuiscono a delineare la morfologia discorsiva della cura educativa così come viene rappresentata dai professionisti della salute e restituita dagli studenti. Si tratta di regolarità narrative, lessicali e stilistiche che, pur non rientrando pienamente in una categoria concettuale univoca, offrono spunti preziosi per comprendere le dinamiche culturali e formative che sostengono la costruzione del significato della cura.

### *Evoluzione del linguaggio: dal tecnico al relazionale*

Uno dei *pattern* più marcati riguarda il mutamento del registro linguistico nell'arco del testo prodotto dagli studenti. Nelle introduzioni si nota spesso un linguaggio accademico e teorico, legato alla bibliografia di riferimento. Tuttavia, man mano che si sviluppa la parte narrativa, il tono diventa più personale e relazionale, segnando un progressivo coinvolgimento emotivo e riflessivo. Questo passaggio è particolarmente evidente nell'uso dei pronomi: la frequenza del pronome personale 'noi' aumenta sensibilmente nella parte conclusiva, passando da una media del 3% a oltre l'11% delle parole utilizzate in quel segmento.

«Dopo il colloquio con il professionista, ho capito che noi curiamo non solo il corpo, ma anche il modo in cui il paziente si sente dentro la malattia.» – C.M.

*Lessico dell'intersoggettività*

L'analisi del vocabolario ricorrente evidenzia la presenza di un lessico fortemente orientato alla relazione. Termini come 'ascolto', 'fiducia', 'relazione', 'presenza', 'empatia' si ripetono con alta frequenza, spesso in combinazione con verbi d'azione che suggeriscono intenzionalità pedagogica (ad esempio: 'guidare', 'accompagnare', 'stimolare', 'educare'). Questa convergenza lessicale segnala l'emergere di una rappresentazione della cura educativa come incontro tra soggetti, fondato su una reciprocità dinamica.

*Differenze generazionali nella rappresentazione della cura*

Un'altra costellazione interpretativa interessante riguarda le differenze generazionali tra i professionisti intervistati. Dall'analisi dei testi, risulta che i professionisti con meno di 35 anni tendono a usare con maggiore frequenza termini come 'ascolto', 'condivisione', 'motivazione', mentre quelli con più di 45 anni ricorrono più spesso a espressioni come 'disciplina', 'dovere', 'routine'. Questo dato, pur non statistico in senso stretto, suggerisce una trasformazione in atto nelle rappresentazioni professionali, in cui i concetti pedagogici della cura guadagnano spazio nella costruzione dell'identità sanitaria, soprattutto tra i professionisti formati in tempi più recenti.

*Cura come processo educativo implicito*

Molti studenti, nei loro testi conclusivi, sembrano aver maturato una nuova consapevolezza: la dimensione educativa non è un'aggiunta alla cura, ma un suo elemento intrinseco, spesso agito in modo implicito. La narrazione ha dunque un effetto di 'disvelamento', portando alla luce ciò che prima veniva percepito come routine professionale. In questo senso, la narrazione stessa diventa strumento di auto-formazione, sia per lo studente che per il professionista.

«Non mi ero mai accorta che nella mia attività clinica quotidiana stavo educando il paziente. Parlare con lo studente mi ha aiutata a capirlo meglio.» – R.M. (testo riportato dallo studente M.D.)

*Metafore e immagini ricorrenti*

Infine, l'analisi testuale ha rilevato una ricorrenza di metafore che veicolano la cura come esperienza: il professionista è visto come guida, traghettatore, seme, compagno di viaggio; il paziente come camminatore, allievo, navigatore. Queste immagini raccontano non solo la cura, ma anche una visione formativa del tempo, del cambiamento e della relazione.

Questi *pattern* trasversali suggeriscono che il valore formativo dell'attività non risiede solo nella raccolta delle interviste, ma nel loro processo di rielaborazione: scrivere, ascoltare, restituire, diventa un atto educativo reciproco che ridefinisce le rappresentazioni, le identità e le pratiche. In questo senso, l'attività proposta si rivela efficace non solo per comprendere cosa sia la cura educativa, ma per attivarla concretamente come pratica riflessiva nei contesti formativi e clinico-sanitari.

### 3. Implicazioni educativo-didattiche nell'Alta Formazione clinico-sanitaria

L'analisi delle rappresentazioni della cura educativa emerse dagli elaborati scritti dagli studenti, arricchita dall'approccio metodologico integrato (*Grounded Theory* e fenomenologia narrativa), consente di individuare implicazioni significative per la progettazione della formazione nei corsi di area clinico-sanitaria.

La possibilità di riflettere, raccontare e analizzare la cura come esperienza formativa consente di superare un approccio tecnicistico alla professionalità sanitaria, promuovendo invece una visione pedagogica, riflessiva e relazionale del prendersi cura. Di seguito, vengono sintetizzate alcune proposte e linee guida che potrebbero essere implementate in percorsi formativi orientati alla valorizzazione della dimensione educativa nella pratica clinica.

#### *Didattica riflessiva e narrativa*

L'attività ha mostrato l'efficacia della narrazione come strumento formativo: la scrittura dell'intervista, il dialogo con il professionista, l'elaborazione personale hanno attivato nei partecipanti processi di metacognizione, consapevolezza e trasformazione. Si propone di integrare sistematicamente laboratori narrativi nei piani di studio, dove gli studenti possano:

- esercitare l'ascolto empatico;
- costruire dispositivi testuali (diario clinico, scrittura riflessiva, caso narrativo);
- sperimentare il racconto come modalità di comprensione dei processi formativi impliciti.

#### *Portfolio professionale orientato alla cura educativa*

Sulla scorta dell'esperienza, può essere sviluppato un portfolio formativo digitale in cui gli studenti raccolgano:

- esperienze significative di cura vissute in tirocinio;
- riflessioni sui momenti relazionali ed educativi;
- risposte alle situazioni problematiche;
- *feedback* ricevuti da tutor o pazienti.

Questo strumento può diventare un vero e proprio archivio riflessivo, utile per documentare l'evoluzione dell'identità professionale in una logica pedagogica.

#### *Supervisione e confronto interprofessionale*

Le cinque *core categories* emerse possono costituire una griglia utile per i momenti di supervisione didattica e clinica. Durante *briefing* o *debriefing* in *équipe*, si possono utilizzare come:

- criteri per la lettura congiunta dei casi clinici;
- indicatori per valutare la qualità relazionale ed educativa della cura;
- stimolo alla consapevolezza condivisa tra professionisti di discipline diverse.

In questo modo, la rappresentazione della cura educativa viene istituzionalizzata come elemento valutabile e sviluppabile nel contesto interprofessionale.

#### *Valutazione autentica delle competenze educative*

Accanto alle tradizionali forme di valutazione tecnico-clinica (es. Objective Structured Clinical Examination - OSCE), si suggerisce l'introduzione di prove valutative autentiche della competenza educativa, che includano:

- simulazioni di comunicazione efficace con pazienti;
- analisi scritte di situazioni complesse dal punto di vista pedagogico;
- rubriche valutative centrate su empatia, chiarezza didattica, capacità di promuovere autonomia.

Queste prove permetterebbero di rendere visibile e oggettivabile la componente educativa della professionalità sanitaria, evitando che essa resti implicita o trascurata.

#### *Trasversalità della formazione educativa*

Infine, si propone che il tema della cura educativa non sia confinato ai soli insegnamenti di pedagogia, ma venga:

- declinato trasversalmente nei moduli di clinica, fisiologia, metodologia, bioetica;
- agganciato ai momenti di tirocinio, con occasioni di rielaborazione e discussione;
- promosso come dimensione trasversale della qualità professionale.

L'intervista sulla cura educativa si configura così non solo come esercizio didattico, ma come dispositivo trasformativo, capace di attivare una diversa rappresentazione del sapere professionale: un sapere incarnato, situato, orientato alla responsabilità verso l'altro e alla promozione della sua autonomia.

Queste implicazioni formative, se adeguatamente strutturate nei curricula, possono costituire una leva strategica per il rinnovamento pedagogico dei percorsi sanitari, allineandoli alle attuali sfide culturali ed etiche della cura.

#### 4. Conclusioni

Il presente lavoro ha cercato di intrecciare la riflessione teorico-pedagogica sulla cura con un'indagine qualitativa in ambito formativo, mostrando come la rappresentazione della cura educativa costituisca un dispositivo epistemico e trasformativo per la costruzione dell'identità professionale. I risultati emersi, pur fondati su un campione limitato e contestualizzato, evidenziano l'efficacia di un approccio narrativo e riflessivo per sviluppare competenze educative nei futuri professionisti sanitari. Tuttavia, la natura esplorativa dello studio e l'assenza di un *follow-up* longitudinale rappresentano limiti da superare con ricerche successive. Resta la potenzialità di estendere questo modello ad altri contesti, promuovendo una formazione integrata che riconosca nella cura non solo un gesto clinico, ma un atto educativo fondante.

### Riferimenti bibliografici

- Brockbank, A., e I. McGill. 2007. *Facilitating Reflective Learning in Higher Education*. Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Cambi, F. 2010. *La cura di sé come processo formativo. Tra adultità e scuola*. Roma-Bari: Laterza.
- Cartesio, R. 1997 (1641). *Meditazioni metafisiche*. Roma-Bari: Laterza.
- Denzin, N.K., e Y.S. Lincoln. eds. 2011. *The SAGE Handbook of Qualitative Research. 4th ed.* Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Fadda, R. 1997. *La cura, la forma, il rischio. Percorsi di psichiatria e pedagogia critica*. Milano: Unicopli.
- Flick, U. 2018. *An Introduction to Qualitative Research. 6th ed.* Los Angeles: SAGE.
- Foucault, M. 1985 (1984). *La cura di sé*. Milano: Feltrinelli.
- Galimberti, U. 2001. *Gli equivoci dell'anima*. Milano: Feltrinelli.
- Glaser, B.G., e A.L. Strauss. 1967. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Hadot, P. 2005 (2002). *Esercizi spirituali e filosofia antica*. Torino: Einaudi.
- Heidegger, M. 2005 (1927). *Essere e tempo*. Milano: Longanesi.
- Jodelet, D. 1984. "La représentation sociale: phénomènes, concepts et théorie." In *Psychologie sociale*, éd. S. Moscovici, 357-78. Paris: PUF.
- Mortari, L. 2001. *Per una pedagogia ecologica: prospettive teoriche e ricerche empiriche sull'educazione ambientale*. Firenze: La Nuova Italia.
- Mortari, L. 2006. *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori.
- Mortari, L. 2015. *Filosofia della cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Moscovici, S. 2005 (1961). *Le rappresentazioni sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Riessman, C.K. 2008. *Narrative Methods for the Human Sciences*. Los Angeles: SAGE.
- Smith, J.A., Flowers, P., e M. Larkin. 2022. *Interpretative Phenomenological Analysis. 2nd ed.* London: SAGE.
- Tronto, J. 2006. *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*. Reggio Emilia: Diabasis.
- Vygotskij, L.S. 2019 (1934). *Pensiero e linguaggio*. Firenze: Giunti.