

Il "fattore umano" e l'approccio fenomenologico nella formazione al lavoro di cura

Daniele Bruzzone

Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

ABSTRACT

Il paradigma naturalistico delle scienze mediche, fondato sulla presunta 'oggettività' del corpo-cosa e dei suoi disturbi, impedisce di cogliere la dimensione soggettiva e intersoggettiva della malattia e della cura. Il lavoro nei contesti sanitari, tuttavia, implica spesso un coinvolgimento - delicato e nondimeno necessario - della vita emotiva, quale asse portante di una relazione interpersonale che non può ridursi a mera prestazione tecnica. La fenomenologia offre saperi e strumenti per assumere consapevolmente queste dimensioni "umane" del lavoro di cura, sia sul piano dell'epistemologia e della metodologia alla ricerca, sia su quello dell'ontologia e dell'etica professionale. L'approccio fenomenologico nella formazione dei professionisti contribuisce a delineare una professionalità terapeutica in cui l'agire non sia disgiunto dal pensare e dal sentire e in cui la cura di altri sia costantemente accompagnata dalla cura di sé.

Parole chiave: Fenomenologia - Lavoro di cura - Formazione continua - Cura di sé - Etica

The "human factor" and the phenomenological approach in the education of healthcare professionals

The naturalistic paradigm in the medical sciences, based on the presumed "objectivity" of the body and its diseases, makes it difficult to grasp the subjective and intersubjective dimensions of illness and care. Nevertheless, professional healthcare often implies delicate - and yet essential - engagement of the emotional kind. Humanness is the cornerstone of an interpersonal care relationship that cannot be reduced to mere technical performance. Phenomenology provides theoretical concepts and practical tools for raising awareness of these "human" dimensions of care, making a key contribution to the epistemology, ontology and ethics of care. Bringing a phenomenological approach to bear within the continuing education of healthcare professionals can help to develop a professionalism in which behaving, thinking and feeling are not separated, and care of the other is continuously associated with self-care.

Keywords: Phenomenology - Healthcare - Continuing education - Self-care - Ethics

*Il farmaco di gran lunga più usato
in medicina generale è il medico stesso.*
(Balint, 1957, p. 7)

Barcelona, Ciutat Vella. Nella sala 3 dell'edificio storico che ospita la collezione permanente del Museu Picasso, i visitatori possono osservare un grande dipinto che occupa l'intera parete: si tratta di *Ciència i caritat*, che l'artista aveva realizzato, ancora sedicenne, quando lavorava nel laboratorio sito al numero 4 del Carrer de la Plata, nel quartiere de La Ribera. L'opera, benché si iscriva ancora nel realismo accademico della tradizione, ottenne una menzione d'onore all'Esposizione di Belle Arti di Madrid del 1897.

Si tratta di un soggetto assai interessante e dall'indubbio valore simbolico: un medico e una religiosa prestano assistenza al capezzale di un'inferma. Sul lato sinistro della scena, il dottore è tutto intento a misurare le pulsazioni cardiache della paziente: le tocca il polso ma non le parla, lo sguardo fisso sul quadrante dell'orologio. Del resto, neppure la donna lo guarda: essa gli porge il braccio (segno dell'abbandono del corpo nelle mani di un sapere che non le appartiene) ma la sua attenzione è tutta rivolta dall'altra parte. Sull'altro lato, infatti, la religiosa le porge un bicchiere - il cui contenuto non la guarirà, certo, ma ne allevierà la sofferenza - e, soprattutto, tiene in braccio il suo bambino, che la madre osserva con apprensione. Se il primo personaggio (incarnazione della Scienza) rappresenta la freddezza di una *cura clinica* dis-umanizzata, ancorché indispensabile, il secondo (personificazione della Carità) ricorda forse quella *cura esistenziale* che si deve a chi, ad esempio, pur essendo un'ammalata, non ha smesso di essere una madre. Si può interpretare come un monito, in pieno Positivismo, a non lasciare che l'universo della scienza smarrisca la sua umanità; o forse addirittura come un invito a ricongiungere i due volti complementari della cura, già pericolosamente dissociati.

La tecnica e l'umanità

Nel corso di un'intervista rilasciata nel 1989, lo psichiatra Viktor Frankl racconta le origini della sua vocazione terapeutica, facendole risalire all'infanzia. "Volevo essere un buon medico, non un cattivo medico", dice, "ma soprattutto volevo *rimanere un essere umano*, al di là di tutto". E con una franchezza disarmante aggiunge: "Ci sto ancora provando"¹. Così, un neurologo di 84 anni, ormai famoso in tutto il mondo, ci ricorda che nell'esercizio della professione medica è anche possibile perdere una quota di umanità, o meglio: che occorre custodirla attentamente, affinché non vada smarrita. Questa semplice verità ha ispirato, del resto, tutta la sua opera, nella ferma convinzione che "l'*homo patiens* esige il *medicus humanus* [...] che si comporti non solo da medico ma anche da uomo" (Frankl, 2001, p. 121). In questo richiamo all'umanità, peraltro, non si deve ravvisare il rigurgito retorico e buonista di un professore d'altri tempi, bensì l'affermazione di un principio ben più profondo: il lavoro di cura si fonda su una motivazione umanitaria e sullo sviluppo di precise qualità umane che ne costituiscono l'asse portante. È l'umanità, del resto, che "può tutelarci

¹ "The Choice is Yours. The Life and Philosophy of Viktor Frankl". Film di Ruth Yorkin Drazen, USA 2003.

dall'inumanità della tecnica, che si sta affermando sempre più anche nell'ambito di una medicina ormai tecnicizzata" (*ibidem*).²

Questa caratterizzazione umanistica è stata adombrata progressivamente con la graduale "scientifizzazione" del sapere medico e la crescente qualificazione professionale delle altre figure terapeutiche.³ L'adozione di un modello scientifico positivista ha favorito la definizione della professionalità in termini di requisiti oggettivi e impersonali (un determinato bagaglio di conoscenze e una adeguata perizia operativa) mentre ha trascurato quelle dimensioni soggettive e personali che, invece, ne costituiscono un criterio di qualità. *Queste dimensioni personali*, nel lavoro di cura, non esprimono alcunché di superfluo ed eventuale, ma *rappresentano altrettanti requisiti professionali indispensabili*.

Warren T. Reich, professore emerito di Bioetica della Georgetown University School of Medicine, sottolinea il rischio di smarrire l'essenza della cura riducendola a mera tecnica: "Il fragile legame tra prendersi cura e *techne* medica è certamente minacciato nella medicina odierna. Nel mondo dell'antica medicina greca esisteva un interesse finalizzato a prendere in considerazione questo legame tra *philanthropia* e *philotechnia*. Dobbiamo intensificare lo studio di questo legame e raccomandare vie che rinsaldino questo vincolo, sia nella prassi medica sia nella formazione di medici e infermieri" (Reich, 2005, p. 31). Vi è, insomma, un primato dell'umano che va ripristinato, laddove rischia di essere scalzato dalle ragioni strumentali della tecnica, della specializzazione, della burocratizzazione e dell'aziendalizzazione della salute. Una sfida tanto più urgente quanto più il progresso scientifico rischia di alimentare un'idea di cura anonima e asettica, consegnata "ad aride tecnologie conoscitive e diagnostiche alle quali sono del tutto estranee le ragioni del cuore" (Borgna, 2013, p. 43).

Questo invito a riavvicinare le ragioni del curare (*curing*) e le istanze del prendersi cura (*caring*), sostenuto negli ultimi decenni dallo sviluppo sempre più significativo delle *medical humanities* (cfr. Little & Little, 2005; Zannini, 2008), riflette l'esigenza di contrastare la mentalità positivista che perlopiù dilaga nell'ambito non solo della ricerca medica, ma anche della pratica terapeutica. La relazione medico-paziente, infatti, si è evoluta nella direzione di un rapporto contrattualistico, secondo il principio funzionalistico dello scambio: il medico, così, diventa il professionista della salute, la cura una merce di scambio, il servizio sanitario un'industria del consumo, il soggetto vulnerabile un utente passivo e dis-abilitato (cfr. Illich, 2004). In questo contesto, il vissuto esperienziale di chi si affida a un sistema prevalentemente regolato dalle logiche glaciali dell'efficienza e dell'eccellenza tecnologica appare spesso connotato da un disagio latente e nondimeno diffuso:

Il malato vede se stesso in un mondo di apparecchiature che lo analizzano senza che egli comprenda il senso di procedure che passano sopra la sua testa. Si vede di fronte a medici nessuno dei quali è il *suo* medico. Anche il medico sembra allora diventato un tecnico. (Jaspers, 1991, p. 51)

² Per approfondimenti sui fondamenti filosofici e le implicazioni terapeutiche ed educative dell'analisi esistenziale frankliana, si rinvia a Bruzzone, 2012a.

³ Negli ultimi tempi perfino la formazione infermieristica sta subendo una progressiva "medicalizzazione" (forse a motivo della sua accademizzazione, che per altri versi è certamente apprezzabile) con conseguente impoverimento del suo patrimonio culturale, che può contare invece su una tradizione di studi maggiormente incentrata sulle dimensioni umanistiche ed esistenziali della cura (cfr. Benner, 1984; Noddings, 1984; Watson, 1985; Kuhse, 1997).

Il disagio dell'oggettivazione

L'origine di questa spersonalizzazione si deve rintracciare nel procedimento (tipicamente positivista) dell'*oggettivazione*, cui viene sottoposta previamente la realtà ai fini di guadagnarne una conoscenza il più possibile "esatta". Seguendo questo criterio, le scienze moderne si sono prevalentemente sviluppate come discipline descrittive e non comprensive, ovvero come mere "scienze di fatti" (Husserl, 1987, p. 35) e non di significati. Questa esclusione del significato implica la marginalizzazione della dimensione soggettiva della salute e della malattia, quando non addirittura la sua riduzione alla sfera naturalistica del funzionamento organico. Si verifica così un inevitabile spostamento dal soggetto al problema, dal paziente che soffre al processo patologico in atto, che espropria l'uomo di ciò che lo riguarda più da vicino. In questo slittamento si consuma il paradosso della clinica, per cui

il paziente non è, rispetto a ciò che soffre, che un fatto esteriore; la lettura medica non deve prenderlo in considerazione che per metterlo tra parentesi. (Foucault, 1969, p. 21)

Questa estromissione del soggetto, tipica del razionalismo scientifico, può essere corretta tramite il *recupero della soggettività entro il recinto stesso della scienza*, e ciò può avvenire soltanto riabilitando la consapevolezza emotiva come vero e proprio requisito professionale (cfr. Kanizsa, 1994; Iori, 2006; Bruzzone & Musi, 2007). La de-sensibilizzazione connessa con un certo tipo di professionalismo, infatti, impedisce di cogliere nel paziente, al di là della malattia, un'esistenza ferita.

Un malato, quando si senta guardato da occhi bruciati dalla indifferenza, e toccato da gesti svuotati di senso, e perduti nel gorgo di una esasperata freddezza tecnica, non può non riviversi come una 'cosa' inutile. (Borgna, 2013, p. 45)

Occorre, dunque, riformare lo *sguardo* con cui il professionista si avvicina alle situazioni cliniche. Uno sguardo attento e sensibile, infatti

può trasformare il vissuto del paziente dal sentirsi oggettivato, poiché vede la propria soggettività annullata dentro le categorie concettuali della scienza clinica, al sentirsi considerato dentro uno sguardo che tiene in conto il suo sentire unico e originale. (Mortari, 2006, p. 88)

Appare evidente la strettissima connessione che lega il recupero della vita emotiva, da un lato, e la ristrutturazione epistemologica del sapere clinico, dall'altro: la riabilitazione di emozioni e sentimenti non corrisponde soltanto all'esigenza di "non rimuovere" il non-detto della cura, ma alla necessità di cogliere l'essenza della cura stessa. Si comprende allora che l'invito di Viktor von Weizsäcker ad "introdurre il soggetto nella medicina" (Weizsäcker, 1951) addita un compito non solo di carattere etico: permettere ai medici di essere uomini, ma anche e soprattutto di carattere epistemologico: restituire alla scienza medica il suo *oggetto* proprio che, in effetti, è un *soggetto* e come tale resiste ad ogni pretesa di oggettivazione.

Per farlo, però, occorre contravvenire a quella che da lungo tempo viene considerata una regola d'oro di ogni procedimento scientifico: quella della neutralità e del distacco. Come ricorda lo psichiatra Ludwig Binswanger a proposito dell'apparente alienità della malattia mentale, che solo diventa comprensibile nel momento in cui si abbatte la barriera di incomunicabilità che separa i "sani" dai "folli" e si apre lo spazio dell'incontro: noi infatti "non comprendiamo nulla della follia finché ci comportiamo di fronte al folle come *soggetti disinteressati* [*unbeteiligtes Subjekt*], o, che è lo stesso, consideriamo il folle semplicemente come *oggetto*, o, in breve, lo *rappresentiamo* come uno star-di-fronte [*Gegenstand*]. Al contrario, noi comprendiamo la follia solo sul fondo della nostra comune sorte umana, sul fondo della *condition humaine*, o, che è lo stesso, se vediamo anche nel folle l'*altro uomo* [*Mitmensch*]" (Binswanger, 2013, p. 39).

La rimozione della vita emotiva

La vita soggettiva, dunque, si comprende solo attraverso la soggettività e un approccio oggettivante non può che snaturarla. Ciò che vige nell'osservazione scientifica della natura non vale necessariamente per la conoscenza dell'umano. "Se vogliamo conoscere l'essere umano", scrive Edith Stein, "dobbiamo porci nel modo più vivo possibile nella situazione in cui facciamo esperienza del suo esserci, vale a dire di ciò che noi sperimentiamo in noi stessi e di ciò che sperimentiamo nell'incontro con gli altri" (Stein, 2000, p. 66). Nella relazione di cura, del resto, attenersi all'impersonalità significa cadere nell'inautentico (Heidegger, 1997); e viceversa: stare nella relazione in modo autentico suppone l'accettazione di un coinvolgimento personale, con tutto ciò che comporta in termini di vulnerabilità e di rischio. Si tratta, soprattutto, di una esposizione di carattere emotivo, dal momento che nella relazione terapeutica sono "intensamente implicate le emozioni di chi cura e quelle di chi è curato" (Borgna, 2004, p. 187).

Ciò nonostante, la *vita emotiva* (non solo quella dei pazienti, ma anche e forse soprattutto quella dei professionisti) è la prima dimensione a subire un processo di negazione e rimozione, in quanto reca inevitabilmente l'impronta più irriducibile della soggettività. Accade così che i luoghi della cura diventino talvolta i luoghi dell'indifferenza e della non-cura. Non di rado succede che professionisti motivati e sensibili, una volta entrati a contatto con i meccanismi dell'organizzazione, perdano la loro attitudine empatica e si irrigidiscano in una sorta di impassibilità, quasi in virtù di un "rito di iniziazione" latente e spietato:

Nel varcare la soglia della struttura ospedaliera [...] l'escissione del sentire diventa normalità, 'normopatia', cioè amputazione delle facoltà sensibili umane che tuttavia rende *adatti* a quel mondo. Coloro che attendono di entrare a far parte di quella comunità di 'tecnici della vita' accettano probabilmente di rivolgere verso di sé i propositi di cambiamento che da studenti covavano verso il sistema. In fondo è più facile rinunciare a un ideale che trasferirlo su un contesto resistente. Si ristruttura cammin facendo il principio di fedeltà: non più a sé, ma allo strapotere – odiato a parole e subito nei fatti – di un'organizzazione. (Musi, 2006, pp. 184-185)

A ben vedere, la formazione medica fin dall'inizio trascura (quando non ostacola) lo sviluppo del potenziale affettivo-relazionale dei futuri professionisti, essendo interessata a farne dei tecnici preparati più che dei terapeuti sensibili. "L'unica vera soluzione - conclude un autorevole oncologo - è

rivedere completamente il curriculum degli studi del futuro medico: oggi nella facoltà di medicina questa auspicata rivoluzione etica fa purtroppo fatica a trovare cittadinanza. Pochi spiegano ai futuri dottori, che vengono formati in modo sempre più tecnico e specialistico, che il loro compito primario sarà occuparsi dell'uomo. Non di un corpo, di un organo, di un ammasso di cellule, ma dell'*uomo* nella sua interezza" (Veronesi & Pappagallo, 2004, p. 13). Questa lacuna costituisce, peraltro, un fattore di grande fragilità per i giovani professionisti che, sprovvisti di indicazioni a riguardo, dovranno imparare da soli e con fatica ad accettare la propria debolezza, a tollerare la frustrazione, ad avere il senso del limite, ad ascoltare anche quando sembra inutile e ad infondere speranza.

Per questa ragione, quegli operatori della salute che si trovano quotidianamente a stretto contatto con le situazioni-limite della fragilità e della precarietà della vita (onco-ematologia, terapia intensiva, geriatria, cure palliative, hospice...) prendono coscienza prima di altri che la competenza tecnico-scientifica, ancorché indispensabile, non è sufficiente a fronteggiare la sofferenza e avvertono prepotentemente l'esigenza di disporre di luoghi, tempi e strumenti per elaborare i propri vissuti emotivi. Non potendo evadere il coinvolgimento se non "tradendo" la relazione d'aiuto, questi professionisti (non più automi impassibili e perfettamente efficienti, ma esseri umani vulnerabili accanto ad altri ancor più fragili) reclamano ciò che, fin dall'inizio e nel nome di una professionalità algida e distaccata, è stato loro negato: la possibilità di prendersi *cura di sé* senza la quale ogni *cura dell'altro* diventa, a lungo andare, insostenibile. È pertanto indispensabile fornire agli operatori sanitari strumenti per la cura della propria salute emozionale e la continua rigenerazione della propria motivazione professionale:

Lavorare sulle proprie risorse e sulle proprie abilità comunicative diventa un passo essenziale, anche per gestire al meglio gli eventi psicosociali stressanti e le proprie emozioni, quali la rabbia, significativamente associate ai livelli di burnout. (Aragona, 2005, p. 195)

Nella formazione di base dei professionisti della salute, la tradizionale disattenzione per le dimensioni biografiche, affettive e relazionali è stata in parte corretta in virtù di certa pedagogia clinica e fenomenologica impegnata a dis-velare le dimensioni latenti, le ambivalenze e i paradossi della cura (Bertolini & Massa, 1998). Ma la cura della vita emotiva non è qualcosa che si possa dare per acquisito una volta per tutte tramite una alfabetizzazione sommaria: essa esige percorsi a lungo termine e, dati gli imprevisti del mestiere, una "manutenzione" permanente.

Diventa allora estremamente importante che gli operatori della cura possano sperimentare, in sede di formazione continua, non tanto ipotetiche strategie risolutive per "difendersi" dal coinvolgimento, quanto piuttosto spazi di dialogo e di confronto in cui emozioni e sentimenti, tratti dall'ombra in cui sono stati relegati, vengano finalmente legittimati, possano esprimersi e trovare una qualche "forma" che li contenga senza distorcerli. Questa scelta, peraltro, può avvenire soltanto laddove la messa in discussione del paradigma anaffettivo sia già avviata, se non nella realtà perlomeno nella coscienza di qualcuno. Come sottolinea Vanna Iori, infatti

porre attenzione scientifica e formativa ai sentimenti implica una trasformazione della cultura dei servizi sociali che li ponga non più nella prospettiva della '*prestazione*' ma della '*relazione*'. (Iori, 2003, p. 206)

Per una formazione fenomenologicamente orientata

Da quanto fin qui argomentato risulta evidente che l'apporto della fenomenologia nella formazione al lavoro di cura si pone su un triplice livello: sul piano della gnoseologia, essa può rettificare le distorsioni prodotte dall'oggettivismo della cultura scientifica e promuovere nei professionisti una maggiore "responsabilità epistemologica" (Caronia, 2011, p. 118); sul piano dell'ontologia e dell'antropologia, può correggere le derive riduzionistiche e deterministiche della scienza, contribuendo a configurare un'immagine integrale dell'essere umano (Bruzzone, 2012b); infine, sul piano dell'etica, può aiutare a riabilitare quelle dimensioni intuitive ed affettive che sono connaturate all'esperienza della cura, valorizzandole come veri e propri strumenti di lavoro.

Nel panorama internazionale, da diversi anni, sono ricomparsi tentativi di applicazione del paradigma fenomenologico in ambito sanitario (tra i più recenti: Toombs, 2001; Carel, 2011) e alla metodologia della ricerca nel campo della medicina e delle scienze umane (Tarozzi & Mortari, 2010; Chan, Bryczynsky, Malone & Benner, 2010); tuttavia, l'esperienza di formazione⁴ dimostra ampiamente che la sua più feconda valenza pedagogica si riscontra sul piano di quella "epistemologia della pratica riflessiva" (Schon, 2001; Kinsella, 2010) che la crisi dei modelli tradizionali del pensiero rende sempre più urgente e necessaria. Se, infatti, la formazione professionale in passato aveva sposato, senza molti margini di ripensamento, la logica "ingegneristica" della costruzione della competenza professionale attraverso l'apprendimento di tecniche *prêt à porter* (presumendo, tra l'altro, di poter ridurre a tecnica anche ciò che è di natura differente), oggi si avverte semmai in maniera sempre più marcata l'esigenza di fronteggiare l'incertezza e l'imprevisto, che caratterizzano il nostro tempo, mediante strumenti più flessibili, che chiamano in causa il profilo unico e originale del soggetto, più che le sue abilità acquisite.

Si tratta di quella "scuola della vita" (Quaglino, 2011) che ha per contenuto non più un qualche oggetto di apprendimento ma il soggetto stesso e la sua esperienza viva. Ciò significa incentrarsi non tanto sugli accadimenti, bensì sui pensieri e le emozioni che li accompagnano; indagare non soltanto i fatti, ma i significati che li connotano; ricorrere non più soltanto alla logica calcolante della razionalità strumentale, ma anche ai linguaggi analogici della metafora e dell'immagine; e infine privilegiare le modalità narrative rispetto ai dispositivi concettuali, allestendo e custodendo nel tempo spazi (esteriori ed interiori) in cui sia possibile raccontarsi e ri-scrivere il vissuto per sottrarlo al fatalismo del destino e dischiudere altre possibilità.

In questi criteri già sono presenti tracce di quella *metodologia formativa fenomenologicamente orientata*, che potrebbe utilmente informare i percorsi dedicati alla cura di sé dei professionisti della salute. Tale metodologia si ispira a quattro principi fondamentali:

- 1) *Partire dall'esperienza* (Iori, Augelli, Bruzzone & Musi, 2010) e non da modelli o teorie precostituite: solo l'aderenza al vissuto dei professionisti può legittimarli quali generatori - e non solo fruitori - di un sapere che si alimenta della vita.

⁴ Il gruppo εἶδος - *Fenomenologia & Formazione*, fondato da Vanna Iori presso la sede piacentina dell'Università Cattolica, dal 2004 svolge ininterrottamente attività di formazione continua dei professionisti nei servizi socio-educativi e sanitari e in altri contesti organizzativi.

2) *Esercitare la riflessività* per promuovere l'autoappropriazione di pensieri e sentimenti: perché l'autentica cura di sé coincide con l'esplorazione della vita nascosta del pensare e del sentire (Mortari, 2009; Cunti, Lo Presti & Sabatano, 2010).

3) *Destruire e ristrutturare*, tramite l'esercizio dell'*epoché*, le precomprensioni del senso comune, dell'abitudine e della *routine*, per demolire quadri di riferimento troppo rigidi ed esclusivi ed incoraggiare il dubbio e la domanda, di cui la ricerca di senso si alimenta sempre.

4) *Espandere il campo esperienziale* (Bertolini, 1988), favorendo la contaminazione tra ambiti di sapere differenti (scienze, filosofia, arti figurative e performative, mediazione corporea, ecc.) e incentivando la condivisione di vissuti e linguaggi: perché la più profonda comprensione delle cose spesso va di pari passo con l'amplificazione dell'orizzonte.

Il metodo fenomenologico appare inoltre promettente nell'ambito delle cosiddette competenze trasversali, che in altri termini (e con un lemma che non rende giustizia della loro importanza, né della complessità della loro costruzione) vengono chiamate "*soft skills*" (Caudron, 1999; Klaus, 2007). Abilità comunicativa, capacità empatica, gentilezza, rispetto, intuito, attenzione, attitudine riflessiva, equilibrio emozionale, motivazione, resilienza, flessibilità, spirito cooperativo e doti di leadership sono soltanto alcune delle qualità "umane" che si richiedono ad un professionista della cura, senza peraltro che sia stato approntato un vero e proprio dispositivo formativo deputato a coltivarle.

La letteratura divulgativa e la fiorente manualistica su questi temi, in genere, nasconde un'illusione ingannevole: che, cioè, sia possibile imparare meccanicamente (e superficialmente) certi atteggiamenti complessi come comprendere empaticamente o comunicare in modo efficace o gestire le emozioni, mentre essi non sono che il riflesso spontaneo di un'umanità costantemente (e profondamente) coltivata. È necessario, in altri termini, tornare a quella "pedagogia introspettiva" (Demetrio, 2000), a lungo accantonata a favore di obiettivi più immediati e strumentali, dalla quale soltanto può scaturire il vero e proprio rimedio ad ogni dispersione, demotivazione o *burnout*: il possesso, cioè, di una *vita interiore*, dalla quale l'impegno professionale, intellettuale, civile, etico e perfino politico scaturiscono con rinnovata forza e freschezza.

Un film per concludere

Hanna, la protagonista de *La vita segreta delle parole*⁵, è una giovane operaia che conduce una vita solitaria, ossessivamente ordinata, scandita da strane ritualità e appartata in un isolamento acustico (ha un misterioso problema all'udito) ed affettivo. Durante un periodo di vacanza forzata, si offre come infermiera volontaria per assistere un estraneo, allettato a seguito di una grave ustione, su una piattaforma petrolifera in mezzo all'oceano (altro emblema della solitudine, del naufragio e della plumbea desolazione in cui il dolore talvolta confina l'esistenza). Il paziente, Josef, è un uomo esuberante, loquace, deciso a far breccia nel cuore di quella ragazza misteriosa che si prende cura di lui con tanta abnegazione, ma senza mai dire nulla di sé. Giorno dopo giorno, Hanna si attiene ostinatamente alla disciplina del silenzio e dell'anonimato: svolge i suoi compiti con precisione ed efficienza, ma non vuole stabilire un reale contatto umano. Dietro l'apparente freddezza con cui tenta di evitare ogni tipo di coinvolgimento, la giovane nasconde però un dramma inenarrabile. Solo l'insistenza (prima) e l'amore (poi) di Josef riusciranno a scalfire la barriera che Hanna ha eretto

⁵ *La vita segreta delle parole*, regia di Isabel Coixet. Con Sarah Polley, Tim Robbins (Spagna, 2005).

attorno a sé per evitare di soffrire, permettendole di riaprirsi alla vita. Così, il destino dei protagonisti si inverte mostrando una verità più profonda e paradossale: è *chi cura* che *dev'essere curato*. Egli non è necessariamente il più forte o il più "sano". Proprio la sua fragilità gli consente di riconoscere la sofferenza altrui come un appello e di prendersi cura degli altri: a patto di aver parimenti cura di sé e delle proprie ferite.

Questo soggetto cinematografico suppone, in effetti, una riflessione radicale sulla cura: su come tutti (curati e curanti) siamo al tempo stesso soggetti e destinatari di cure; su come la propensione alla cura, anzi, supponga sempre (a volte esprima disperatamente) un bisogno di cura; su come la cura si dia nei gesti, certo, ma sia essenzialmente impossibile (e in ultima analisi inefficace) se non avviene entro un vero incontro da persona a persona. Implica un ragionamento, volendo, sul fatto che il sapere della cura non si alimenta solo di conoscenza e di esperienza pratica, ma anche (o soprattutto) di intuito e di capienza emozionale: di quei "fattori umani", cioè, che precedono e trascendono i limiti della conoscenza scientifica e dell'agire tecnicamente orientato. Di qui l'esigenza, propriamente fenomenologica, di non mettere "fuori circuito", ma anzi includere e rispettare l'umanità - quella di chi cura e quella di chi è curato - alimentandola incessantemente.

Riferimenti bibliografici

- Aragona, M. (2005). Le emozioni nella relazione di cura in oncologia. In M. Gensabella Furnari (a cura di), *Il medico, il paziente e l'arte della cura* (189-211). Soveria Mannelli: Rubbettino.
- Balint, M. (1957). *Medico, paziente e malattia*. Milano: Feltrinelli.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Bertolini, G. & Massa, R. (eds.) (1998). *Clinica della formazione medica*. Milano: Franco Angeli.
- Bertolini, P. (1988). *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*. Firenze: La Nuova Italia.
- Binswanger, L. (2013). *La psichiatria come scienza dell'uomo*. Milano: Mimesis.
- Borgna, E. (2004). *L'arcipelago delle emozioni*. Milano: Feltrinelli.
- Borgna, E. (2013). *La dignità ferita*, Milano: Feltrinelli.
- Bruzzone, D. (2012a). *Viktor Frankl. Fondamenti psicopedagogici dell'analisi esistenziale*. Roma: Carocci.
- Bruzzone, D. (2012b). *Farsi persona. Lo sguardo fenomenologico e l'enigma della formazione*. Milano: Franco Angeli.

- Bruzzone, D. & Musi E. (eds.) (2007). *Vissuti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie*. Milano: Guerini.
- Carel, H. (2011). Phenomenology and its application in medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 32, n. 1, 33-46.
- Caronia, L. (2011). *Fenomenologia dell'educazione. Intenzionalità, cultura e conoscenza in pedagogia*. Milano: Franco Angeli.
- Caudron, S. (1999). The hard case for soft skills. *Workforce*, 78(7), 60-66.
- Chan, K.G., Brykczynski, K.A., Malone, R.E., & Benner P. (2010). *Interpretive phenomenology in health care research*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Cunti, A., Lo Presti, F., & Sabatano, F. (2010). *Le competenze relazionali in ambito sanitario. Per una formazione all'agire riflessivo*. Roma: Carocci.
- Demetrio, D. (2000). *L'educazione interiore. Introduzione alla pedagogia introspettiva*. Firenze: La Nuova Italia.
- Foucault, M. (1969). *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*. Torino: Einaudi.
- Frankl, V.E. (2001). *Logoterapia medicina dell'anima*. Milano: Gribaudi.
- Heidegger, M. (1997). *Essere e tempo*. Milano: Longanesi.
- Husserl, E. (1987). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Milano: Il Saggiatore.
- Illich, I. (2004). *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Milano: Bruno Mondadori.
- Iori, V. (2003). Il sapere dei sentimenti. In V. Iori (ed.), *Emozioni e sentimenti nel lavoro educativo e sociale* (193-209). Milano: Guerini.
- Iori, V. (ed.) (2006). *Quando i sentimenti interrogano l'esistenza. Orientamenti fenomenologici nel lavoro educativo e di cura*, Milano: Guerini.
- Iori, V., Augelli, A., Bruzzone, D. & Musi, E. (2010). *Ripartire dall'esperienza. Direzioni di senso nel lavoro sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Jaspers, K. (1991). *Il medico nell'età della tecnica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Kanizsa, S. (1994). *L'ascolto del malato. Problemi di pedagogia relazionale in ospedale*. Milano: Guerini.

- Kinsella, E.A. (2010). Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing Philosophy*, 11(1), 3-14.
- Klaus, P. (2007). *The hard truth about soft skills*. New York: HarperCollins.
- Kuhse, H. (1997). *Prendersi cura. L'etica e la professione di infermiera*. Torino: Edizioni di Comunità.
- Little, M. & Little, J.M. (2005). *Human medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori.
- Mortari, L. (2009). *Aver cura di sé*. Milano: Bruno Mondadori.
- Musi, E. (2006). La vita emotiva: risorsa delle professioni di cura. In V. Iori (ed.), *Quando i sentimenti interrogano l'esistenza. Orientamenti fenomenologici nel lavoro educativo e di cura* (163-221). Milano: Guerini.
- Noddings, N. (1984). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press.
- Quaglino, G.P. (2011). *La scuola della vita. Manifesto della terza formazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Reich, W.T. (2005). L'idea di simpatia: la sua importanza per la pratica e l'etica della medicina. In M. Gensabella Furnari (ed.), *Il paziente, il medico e l'arte della cura* (13-31). Soveria Mannelli: Rubbettino.
- Schon, D. (2001). The crisis of professional knowledge and the pursuit of an epistemology of practice. In J. Raven, J. Stephenson (eds.), *Competence in the Learning Society* (185-207). New York: Peter Lang.
- Stein, E. (2000). *La struttura della persona umana*. Roma: Città Nuova.
- Tarozzi, M. & Mortari, L. (eds.) (2010). *Phenomenology and human science research today*. Bucharest: Zeta Books.
- Toombs, S.K. (ed.) (2001). *Handbook of phenomenology and medicine*. Dordrecht: Kluwer.
- Veronesi, U. & Pappagallo, M. (2004). *Una carezza per guarire*. Milano: Sperling & Kupfer.
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Weizsäcker, V. von (1951). *Der kranke Mensch. Eine Einführung in die medizinische Anthropologie*. Stuttgart: Koehler.

Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina.

Daniele Bruzzone, laureato in Filosofia e dottore di ricerca in Pedagogia, è professore associato di Pedagogia generale e sociale presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università Cattolica e presidente dell'Associazione di Logoterapia e Analisi Esistenziale Frankliana. Come membro del gruppo εἶδος - *Fenomenologia&Formazione*, svolge da anni attività di ricerca e formazione per lo sviluppo delle competenze relazionali ed emotive dei professionisti nei contesti socioeducativi, aziendali e sanitari.

Contatti: daniele.bruzzone@unicatt.it