

Essere “presenza” curante: aver cura dell’esperienza della cura

Cristina Palmieri

Università degli Studi di Milano Bicocca

ABSTRACT

Prima di essere una categoria pedagogica e filosofica, la cura è pratica incarnata in gesti, sguardi, posture, parole. La cura è “presenza”: heideggerianamente, “essere-nel-mondo-con-gli-altri”. La cura dona qualità uniche alle situazioni vissute in contesti sanitari o socio-educativi. Per esempio, nei luoghi in cui si accompagna qualcuno nel suo morire o in cui si consente a coloro che vivono situazioni di disagio esistenziale di sperimentare possibilità altre di essere se stessi. Nell’“essere presenza di cura” del professionista “ne va di sé”, in un intreccio indistricabile tra dimensioni personali e professionali. L’articolo si chiede come poter sostenere, dal punto di vista pedagogico, la presenza di chi cura e individua nell’aver cura di sé, intesa come pratica professionale formativa e autoformativa, una risposta in grado di andare oltre l’empowerment individuale. L’aver cura di sé può infatti divenire condizione essenziale per aver cura dell’esperienza esistenziale vissuta nei servizi sociali o sanitari: occorre però comprendere come.

Parole chiave: Essere presenza di cura – Esperienza di cura – Cura autentica – Cura di sé – Autoformazione

To be a caring "presence": taking care of the experience of caring

Before being a pedagogical and philosophical category, caring is a practice embodied in actions, looks, postures, words. Caring is “presence”: according to Heidegger, it is “being-in-the-world-with-the-others”. Caring endows situations experienced in healthcare contexts with unique qualities, e.g. when we accompany the dying, or when we allow people who live in existential distress to experiment different opportunities to be themselves. Being a caring presence “is at issue for it”: the practitioners live an inextricable and problematic intertwining between personal and professional dimensions. The article questions how to support this presence from a pedagogical point of view. Self-care, understood as an educational, professional and self-learning practice, could be considered as an answer that allows us to go beyond the individual empowerment. Indeed, self-caring could be an essential condition to take care of the whole existential experience in the healthcare contexts. The very understanding of how this process could work is a question open to further investigation.

Keywords: Caring Presence – Care Experience – Authentic Care – Self-Care – Self-Learning

Se non vogliamo ridurre la cura a prestazione tecnica, abbiamo bisogno di vederla attraverso uno sguardo fenomenologico (Iori, 2006). Occorre poi qualcosa che ci scuota, per cogliere quelle caratteristiche della cura che la routine offusca. In questo possono essere d'aiuto le opere d'arte.

Immaginiamo di visitare la Villa dei Misteri di Pompei. Rimarremo incantati da un affresco, *La maschera del sileno*. Un vecchio sileno porge una coppa a un giovane satiro. Egli guarda nella coppa e, credendo di vedere se stesso, vede una maschera, la maschera del sileno. Essa è tenuta, in una straordinaria architettura corporea, da un altro giovane. Il giovane satiro, concentrato, non si accorge della sua presenza. Nella coppa vede riflessa l'immagine di *chi lui potrà essere*: un sileno come l'uomo che siede accanto a lui. La scoperta è eccitante. Il ragazzo è catturato dal rito d'iniziazione che si sta compiendo. L'esperienza che sta vivendo lo porta altrove: lo ingaggia in un percorso di formazione, di autoformazione.¹

In situazione di cura: la *possibilità* di esperienza autentica

Cosa accomuna questo affresco a una delle tante scene di vita quotidiana di un servizio socio-sanitario? Apparentemente nulla, ma, se iniziamo a interrogarci sul senso di quelle scene, possiamo scoprire che non è così.

Proprio come nel rito misterico, anche in una situazione di cura chi è curato può essere *portato altrove*. All'interno delle routine di un ospedale o di un servizio, capita che, in alcuni momenti, quando viene visitato o assume una terapia, quando è aiutato a mangiare, quando fa fisioterapia o qualunque altra attività, chi è curato *possa fare esperienza* di ciò che sta vivendo. In alcune situazioni – certo, a volte rare –, grazie ai gesti di chi cura, il paziente – o l'“utente”, come si usa dire² – può avviare una ricerca sul senso di una condizione dolorosa o critica non scelta. Può comprendere cosa significhi *essere in* quella condizione, cosa c'entri la situazione in cui adesso è “gettato” con la sua esistenza passata, presente e, comunque, futura.

In molti servizi sanitari o socio-sanitari la guarigione, intesa come remissione della malattia, è preclusa. L'essere curati coincide con l'esperienza – dura e drammatica – del morire: gli *hospice*, a questo proposito, sono emblematici (Cramer, McCorkle, Cherlin, Johnson-Hurzeler & Bradley, 2003)³. Oppure implica un quotidiano confronto con segni di cronicità o ferite esistenziali ineliminabili, come accade nei servizi per persone con disabilità o in situazione di disagio psichico. Lì, però, *dentro* queste esperienze, *si può* dispiegare un'altra esperienza, quella di sé in *quella* situazione; situazione che *può* essere intesa come il “compimento” di una vita, l'apprensione del “più proprio poter essere” (Heidegger, 1976; Binswanger, 2001). Se il giovane satiro, vedendo la maschera di ciò che potrà diventare, è proiettato verso le sue future possibilità esistenziali, il paziente o l'utente di un servizio, attraverso l'esperienza che chi cura predispone, può comprendere come affrontare ciò che

¹ Si deve ad Angelo Franza una lettura pedagogica molto acuta dell'affresco e del rito (Franza, in Mottana, 1996, pp. 22-39).

² Il termine “utente”, ormai entrato nel vocabolario comune per indicare chi usufruisce di un servizio, rischia di ridurre la persona al suo bisogno di cure e quindi di prestazioni specifiche. Nel testo il termine viene utilizzato consapevoli di questa criticità.

³ Il riferimento all'*hospice* è dovuto a esperienze di formazione per professionisti e volontari impegnati in tali contesti. Accanto ad altre, tali esperienze hanno animato queste riflessioni.

l’aspetta. Può sentire che è possibile confrontarsi con quella situazione in modo proprio, originale: autentico. Dal punto di vista medico, il suo futuro è segnato: la drammaticità di ciò che deve attraversare non è negata. Ma la presenza di chi cura può offrire testimonianza di apertura a possibilità esistenziali anche laddove il limite è così evidente e tremendo. E il contesto in cui ciò accade può aiutare la persona a fare esperienza di ciò, a vivere pienamente ed elaborare, per come può, ciò che sta vivendo.

L’esperienza di cura *può* trasformarsi in un evento esistenziale. Non è garantito che accada. Perché sia “possibile che sì” (Bertin & Contini, 2004), occorre aver cura dell’esperienza di cura vissuta dai pazienti e dai curanti. La parte che chi cura svolge, la sua *presenza* in tale esperienza, è centrale.

Essere *presenza* curante e assumerne l’intrinseca problematicità

Nel rito misterico, la presenza del sileno è particolare. Egli non rivolge il suo sguardo al giovane: guarda altrove, quasi disinteressato. Ma tutto il suo corpo è teso in uno sforzo, quello di porgergli la coppa, coordinandosi con la postura dell’aiutante che mostra la maschera. Il sileno lascia al giovane il tempo – e lo spazio – di specchiarsi nella coppa, facendo da sé la sua scoperta. Il giovane è *libero* dallo sguardo del sileno. Egli, in altre parole, non lo stringe in una relazione giudicante: non valuta l’adeguatezza del suo vedere. E il satiro non si sente valutato, quindi può vedere ciò che vede, a partire da sé e dalla posizione che occupa in questa strana architettura posturale. Egli, al tempo stesso, è *costretto a vedere* – perché il setting predisposto lo porta a ciò –, ed è *libero di vedere*, perché fa quell’esperienza *senza sentirsi costretto*.

Possiamo rintracciare in questa esperienza segni di quell’”anticipare liberando” di cui è fatta la “cura autentica” (Heidegger, 1976, p. 158). L’apparente disattenzione del sileno, smentita dal suo coinvolgimento corporeo, è attenzione al contesto, alla situazione in generale, e al contempo concentrazione in un gesto e una postura che consentano all’altro di fare la *sua* esperienza.

Cosa significa allora *essere “presenza” curante*? Che cosa significa in contesti particolarmente toccanti e difficili, come i servizi sociali e socio-sanitari?

Traduciamo con “presenza” il *Dasein* heideggeriano: quell’”essere-nel-mondo-con-gli-altri”, caratterizzato al tempo stesso da “tonalità affettive” e “conoscenza”, dal suo essere implicato e già da subito preoccupato in e dal mondo. Secondo Heidegger, l’Esserci è *Cura*: quell’intreccio strutturale tra effettività e possibilità in cui si snoda il suo progetto di mondo e di sé (*ibidem*; Iori, 2006, p. 96). Dunque, in quanto esseri umani, *la nostra presenza è già Cura*: essa esprime il modo in cui noi siamo *chi possiamo essere* a partire dai nostri limiti e dal contesto, materiale e relazionale, in cui viviamo. Nella cura possiamo vivere autenticamente quando scopriamo le nostre più proprie potenzialità, affrontando l’angoscia in cui si manifesta la possibilità di scegliere *chi* poter essere, ogni volta come se fosse la prima. Ma, nella cura, possiamo vivere anche inautenticamente: quando seguiamo il “si-fa” o il “si-dice” e fuggiamo il vuoto dell’angoscia riempiendoci di un fare senza senso.

Tutti noi, quindi, in quanto esseri umani, *siamo presenza di cura*. Binswanger (2007) esplicita le modalità *ontiche* di questa presenza. Essa è un innanzitutto un “come”: si esprime nelle modalità – uniche e irripetibili, perché soggettive – in cui *ci muoviamo nello spazio* e lo abitiamo, *viviamo il tempo*, il “nostro” tempo, *siamo corpo, parliamo*; nel modo in cui *siamo con gli altri*.

Il rapporto con gli altri, esistenzialmente, è *aver cura*. Secondo Heidegger, possiamo aver cura degli altri autenticamente, come abbiamo visto, “lasciando gli altri liberi per la propria cura”, oppure possiamo “sostituirci agli altri nella loro cura”, quindi nella loro facoltà di sperimentare i loro limiti e le loro potenzialità, di scegliere chi essere nelle diverse situazioni quotidiane, decidendo di cosa essi abbiano bisogno (*ivi*, p. 157). Allora curiamo “inautenticamente”. È questa una modalità di aver cura molto frequente, talora inevitabile laddove il destinatario delle cure è fragile e/o vive in condizioni di vulnerabilità. Il problema sorge quando, nell’arco dell’esistenza di una persona, diviene *l’unica* modalità possibile di aver cura o di essere curato. Secondo Binswanger, infatti, si può sperimentare autenticità esistenziale solo quando l’“essere-con-gli-altri” tenda al “*modus amoris*” o al “*modus amicitiae*”. Ovvero, quando nell’incontro con l’altro si possa sperimentare una “*communio*”, un “avere in comune un mondo” (Binswanger, 2007, p. 135) che vada oltre – senza però negare – le reciproche differenze e le asimmetrie connaturate alla situazione in cui la relazione si dà, come accade nella relazione tra operatore sanitario e paziente.

Divenire presenza curante: progettare e vivere la propria “parte” nell’esperienza di cura

Cosa significa tutto questo per un professionista della cura?

Se la cura è ciò che struttura l’esistenza umana (Heidegger, 1976, pp. 227-231), non è caratteristica solo di chi sceglie di farne una professione.

Di primo acchito, potremmo pensare che questa consapevolezza sminuisca le professioni di cura: chiunque, infatti, è capace di cura. Se però pensiamo che le professioni di cura siano orientate a promuovere esperienze di cura autentica, le cose cambiano: curare autenticamente non è nulla di spontaneo o di naturale, ma una possibilità che deve essere costruita e sperimentata in tutta la sua problematicità. Si tratta di comprendere *come* curare per permettere a chi è curato di “essere libero per la propria cura” e di agire di conseguenza. Ciò significa *formarsi* ad aver cura: modellare, esercitare, interrogare il proprio modo di aver cura. Proprio in quanto innanzitutto esistenziale, quando declinata professionalmente la cura si rivela essere una competenza estremamente complessa e soprattutto mai definitivamente acquisita o acquisibile.

Il “come curare”, infatti, non ha a che fare solo con competenze di tipo tecnico-specialistico (Zannini, 2008). Piuttosto, ha a che fare con il *modo* di incarnare quelle competenze, di renderle utili, fruibili, significative per coloro che vengono curati all’interno di un’esperienza in cui essi possano diventare protagonisti della propria cura. Riguarda il modo in cui il professionista *agisce* la cura *decidendo* (o meno) di essere presenza di cura, utilizzando *anche* competenze tecniche per consentire alla persona di vivere un’esperienza che può cambiare il suo modo di sentire, di pensare, di essere e, anche, la propria disposizione nei confronti delle cure altrui (Convington, 2003; Finfgeld-Connett, 2006).

Tutto ciò mette in scacco una delle convinzioni più diffuse sulle professioni di cura e d’aiuto: la contrapposizione tra dimensione personale e dimensione professionale. A uno sguardo fenomenologico esistenziale si mostra la presenza, *insieme personale e professionale*, di chi cura. Questo sguardo può cogliere come in quel particolare modo di interpretare la parte del curante il professionista faccia i conti con i propri limiti e le proprie potenzialità, con ciò che la fragilità dell’altro, la sua malattia, la sua follia, la sua disabilità, la sua storia di vita e il suo modo di morire dicono *a* e *di* lui/lei. Nella presenza e nei gesti di cura, nel modo di usare il linguaggio, di toccare e di guardare la persona, di

starle accanto nella quotidianità, di accompagnarla alla morte, di abitare il contesto di cura si rivela l'esistenza del professionista: si mostra ciò che sente dinnanzi alla condizione umana che una persona in situazione di malattia, disagio, difficoltà rappresenta, si esprime il significato esistenziale che l'operatore, sanitario o pedagogico, attribuisce a quella condizione. Le modalità attraverso cui di fatto un professionista veste il suo ruolo dice chi è come professionista e come persona che ha imparato a essere-nel-mondo e ad aver cura degli altri così.

Divenire professionalmente presenza curante implica allora comprendere come trasformare la dimensione esistenziale e personale in risorsa in grado di qualificare come autentica l'esperienza di cura, vissuta sia dal curante che dal paziente. Questo, in contesti così esposti alla vulnerabilità dell'esistenza umana quali sono i servizi sociali e sanitari, è tanto più importante quanto più intense e motivate possono essere le difese emotive, che spingono a rifugiarsi in ruoli e situazioni in cui il coinvolgimento personale (presente nonostante tutto) viene messo a tacere (Iori, Augelli, Bruzzone & Musi, 2010). Così, si corre il rischio di vivere un'esperienza di cura che manca sia l'obiettivo dell'efficacia – non viene affrontato o elaborato il dolore del vivere il limite, la difficoltà, la cronicità, il morte, dal momento che non si può placare solo con il ricorso a farmaci o a tecniche accreditate –, sia l'obiettivo della significatività – l'esperienza vissuta non offre appigli per comprenderne il significato esistenziale, in tutto il suo mistero. Così non si ha cura dell'esperienza della cura.

In uno dei suoi ultimi lavori di ricerca e formazione svolti presso l'allora Facoltà di Scienze della Formazione di Milano Bicocca, Riccardo Massa indicava nell'esperienza teatrale una metafora in grado di mostrare come oltrepassare la dicotomia ruolo/persona nella formazione del professionista dell'educazione: come la “parte” del professionista e la sua esistenza personale potessero arricchirsi a vicenda quando finalizzate a promuovere un'esperienza educativa autentica (Cappa & Antonacci, 2001). Questa metafora può essere utile alle professioni di cura in generale, non solo per la dimensione educativa implicita che le percorre (Zannini, 2001), ma anche perché la cura, in quanto esistenziale, è intrinsecamente educativa (Mortari, 2006; Palmieri, 2000).

Cosa fa il teatro? “Doppia” la vita. Ripropone la vita quotidiana attraverso una serie di “messe in scena” che rendono possibile allo spettatore essere coinvolto da quello che accade sul palco, vedere la propria quotidianità da altri punti di vista, porsi delle domande, iniziare una ricerca di senso, trovare il *proprio* senso. Il teatro consente a chi partecipa come spettatore di fare esperienza – mediata e condivisa – della vita stessa e al tempo stesso del proprio rapporto con essa: cosa che la vita in sé non garantisce. La parte dell'attore è essenziale nel determinare un tale effetto: egli vive la vita in scena e offre la sua interpretazione perché l'altro possa farne esperienza. L'attore è parte integrante dell'esperienza vissuta. Perché sia efficace, egli deve interpretare la sua parte autenticamente: “sentirla”, metterla in relazione con le proprie esperienze pregresse, esercitare costantemente empatia nei confronti del suo personaggio, diventando quel personaggio proprio attraverso l'essere pienamente se stesso. La gratificazione dipende da come l'applauso di fine spettacolo testimoni di un'esperienza avvenuta, di un incontro realizzato, di un senso scoperto e incarnato.

Torniamo in un *hospice* o in qualunque altro servizio sociale o sanitario. In questi luoghi, di primo acchito, sembra prevalere la “gettatezza” dell'esistenza: le persone vengono accolte sulla base di disagi esistenziali, sociali, relazionali che paiono consegnarle a un destino già dato. È possibile doppiare la vita in contesti come questi? Forse sì, se l'essere in condizione di disagio, di disabilità, di malattia – cronica o terminale – è paradossalmente inteso come situazione in cui *si può* diventare consapevoli di

vivere e di aver vissuto. Se il senso di un luogo di cura come l'*hospice* è anche e soprattutto quello di accompagnare il morire (Kübler-Ross, 1976), e quello della residenzialità per persone in situazione di disagio è quello di re-imparare a vivere una quotidianità che venga a patti con i segni della malattia mentale (Brambilla & Palmieri, 2010), della disabilità, della grave emarginazione sociale, allora la vita, in questi contesti, si può "ri-presentare", in tutte le sue contraddizioni e ambivalenze. Se ne può fare esperienza *in un altro modo*: la si può vedere attraverso altri sguardi, sentire attraverso altre sensibilità, concepire attraverso altri pensieri. Perché questi sguardi, sensibilità, pensieri si possano accendere, occorre che chi cura faccia la sua parte, fino in fondo: quella di chi come medico, infermiere, educatore, volontario mette a disposizione il *suo* sguardo, il *suo* sentire, il *suo* pensare perché l'altro possa fare esperienza, insieme a lui/lei, del proprio esistere anche e soprattutto in condizioni difficili. Ciò significa mettere a disposizione la propria soggettività: non incondizionatamente né spontaneamente, ma all'interno di una cornice – le finalità esperienziali ed esistenziali della relazione e la materialità contestuale in cui essa avviene – che aiuta chi cura a disciplinare i propri atteggiamenti, sentimenti e pensieri, e a incarnarli in maniera *autenticamente mediata* (Binswanger, 2007). Ciò implica lavorare su quello che chi cura osserva, su ciò che lo colpisce, che sente e che pensa in situazione in modo da dare una forma al proprio agire; una forma tale da portare il paziente a vivere un'esperienza di cura autentica e da consentire a chi cura di vivere quell'esperienza trovando attimo per attimo il punto di equilibrio tra esposizione, espressione e protezione di sé.

Nell'affresco della Villa dei Misteri, il sileno non guarda altrove né porge la coppa a caso: il suo atteggiamento è tale da produrre nel contesto e nel giovane determinati effetti. Ciò che il sileno sente e pensa è incarnato nella sua parte, che gli consente di esprimersi autenticamente e di proteggersi. Se non fosse così, questa sapiente architettura crollerebbe e il rito si svuoterebbe di senso.

Aver cura di sé: condizioni e strategie per aver cura dell'esperienza di cura

Imparare a vivere la propria parte implica riconoscere l'aver cura di sé come condizione dell'aver cura degli altri (Mortari, 2009). Ma cosa significa aver cura di sé per un professionista della cura?

In una contemporaneità in cui il benessere è diventato slogan obsoleto, la cura di sé rischia di essere travisata o interpretata riduttivamente.

Essa non è semplicemente occuparsi di sé sottraendosi alle fatiche della quotidianità, alle pressioni dei colleghi, dei pazienti, degli utenti, dei loro parenti. Ha che fare con il prendersi tempo per sé, ma non si riduce a fruizione individualistica e privata. Non è qualcosa che si vive in solitudine o quando si ha la possibilità di sfogarsi con qualcuno e non è neppure conoscenza intellettuale di se stessi.

Piuttosto è una pratica che richiede esercizio, disciplina, dedizione (Foucault, 2003). È una pratica *critica e scomoda*, che non produce immediatamente benessere, anche se implica la ricerca di un "buon modo di vivere" (Mortari, 2006). Aver cura di sé significa prendere posizione riguardo alla propria esistenza: sentirne il sapore, chiedersi che significati abbia, comprendere quale direzione stia prendendo e decidere dove andare. Non è una pratica consolatoria. Piuttosto, costringe a togliersi dal flusso delle abitudini, ad accettare e affrontare l'"angoscia" come elemento strutturale dell'esistenza (Heidegger, 1976). Come possibilità, la cura di sé emerge proprio quando riusciamo a sostare in quei momenti in cui ci colpisce un sentimento di estraneità rispetto al nostro mondo e a ciò che già siamo: quando sentiamo che potremmo esistere altrimenti ma non sappiamo come, anche se intuiamo che

nella ricerca di ciò risiede la nostra autenticità. Così, la cura di sé è una pratica finalizzata a “dare forma a se stessi”, a “far fiorire al meglio la propria umanità”, a sviluppare le potenzialità esistenziali più proprie (Mortari, 2006; Palmieri, 2000).

Per chi professionalmente ha cura degli altri, esercitare la cura di sé significa comprendere come dare spazio a tutto ciò che la relazione con l'altro, nella sua condizione esistenziale, mobilita: angoscia, paure, rabbia, impotenza, onnipotenza, attrazione, repulsione, noia. Non si tratta solo di sentire e vivere le proprie emozioni, ma anche di identificare i pensieri che le accompagnano, i significati attribuiti, per comprendere come quei pensieri e quelle emozioni si concretizzino in determinate azioni e come queste azioni dicano di sé, della propria cura. Tutto ciò allo scopo di produrre una trasformazione nell'agire professionale in cui si incarna quel modo di sentire, di pensare, di relazionarsi, di agire che dice dell'unicità esistenziale di chi cura. Si tratta di promuovere una duplice trasformazione, della propria esperienza e di quella della persona di cui si ha cura, lavorando sulla “parte” agita. Ciò implica da un lato sviluppare sintonia con se stessi nella relazione vissuta con le persone curate in quel particolare contesto; dall'altro, far vivere a quelle stesse persone un'esperienza in cui possano mettersi alla ricerca di un proprio senso, promuovendo la *loro* cura di sé. In questo modo, la cura di sé diventa una competenza professionale, non solo personale o privata, che consente, sostiene e valorizza l'esperienza di cura.

Perché la cura di sé sia effettivamente tale, è necessaria la presenza di alcune condizioni.

Connotandosi come autoformazione continua, la cura di sé chiede di essere sostenuta da esperienze formative adeguate (Iori, Augelli, Bruzzone & Musi, 2010), capaci di sviluppare e sostenere competenze essenziali per l'istituzione di un'esperienza di cura autentica: osservative, riflessive, relazionali, pragmatiche. Ciò significa mettere i professionisti nelle condizioni di fare esperienza del proprio modo di essere presenza curante: non solo di conoscere teorie sulla cura, ma anche di attivare situazioni in cui poter comprendere come si è appreso a curare e, magari, di utilizzare quelle teorie per poter pensare e agire altrimenti. È una faccenda piuttosto complessa, dal momento che si impara ad aver cura non solo nei contesti di educazione formale (il corso di laurea in Medicina, per esempio) ma dalla vita: da come familiari e amici hanno avuto cura di noi, dai modelli di cura (e di “curante”) culturalmente diffusi, dai modelli e dalle pratiche di cura presenti nei contesti di lavoro. Diventare consapevoli delle proprie reazioni di fronte alla sofferenza dell'altro e delle storie formative che le alimentano sembra essere il punto di partenza per comprendere come poter accedere ad altre modalità di cura, magari concertate con i colleghi.

In questo senso, la cura di sé si articola in diverse esperienze, personali e professionali al contempo. Necessita di momenti di solitudine ma anche di momenti di condivisione, di un ritmo che connetta questi momenti e li renda funzionali gli uni agli altri. Soprattutto, è importante pensare la cura di sé come dimensione concretizzabile in pratiche formative e autoformative condivise: la dimensione intersoggettiva è essenziale per vedere, comprendere, elaborare, trasformare atteggiamenti di cura individuali e sviluppare culture e modalità di cura contestuali (Mortari, 2009).

Tutto ciò fa emergere l'importanza dell'ambiente in cui i professionisti hanno cura degli altri e possono aver cura di sé (Finfgeld-Connett, 2006).

Occorre comprendere come, nella loro materialità, i luoghi di cura favoriscano la possibilità di sperimentare esperienze di cura autentiche: quanto articolino spazi e tempi della quotidianità in modo

da consentire a chi cura ed è curato la possibilità di soffermarsi sulle situazioni, da porsi e da porre domande, da cercare dialogo o solitudine, da generare gesti potenzialmente sensati. Ma si tratta anche di comprendere se e come la cornice culturale implicita nelle pratiche di cura consuete apra possibilità di discussione, di ricerca di significato, di elaborazione di nuove culture; perciò è importante comprendere la funzione simbolica, e non solo organizzativa o funzionale, di oggetti, gesti, procedure, etichette, diagnosi: chiedersi a cosa rimandino, cosa aprano e cosa chiudano, a quale esperienza introducano chi, da professionista o da utente, abita quei contesti.

In termini pedagogici, sembra importante chiedersi *che cosa* e *come* i luoghi di cura consentano a chi cura ed è curato di imparare dall'esperienza vissuta (Zannini, 2011), laddove imparare può voler dire scoprire se stessi nell'esperienza o assumere anche inconsapevolmente modalità di pensare, di sentire, di fare: di essere presenza. Ma ciò significa chiedersi se e come quei luoghi abbiano cura dell'esperienza di cura.

Riferimenti bibliografici

- Bertin, G.M. & Contini, M. (2004). *Educazione alla progettualità esistenziale*. Roma: Armando.
- Binswanger, L. (2001). *Il caso Ellen West*. Milano: SE.
- Binswanger, L. (2007). *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*. Milano: Feltrinelli.
- Brambilla, L. & Palmieri, C. (2010). *Educare leggermente. Esperienze di residenzialità territoriale in salute mentale*. Milano: Franco Angeli.
- Cappa, F. & Antonacci, F. (2001). *Riccardo Massa. Lezioni su "La peste, il teatro, l'educazione"*. Milano: Franco Angeli.
- Covington, H. (2003). Caring Presence: Delineation of a Concept for Holistic Nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 21 (1), 301-317.
- Cramer, L. D., McCorkle, R., Cherlin, E., Johnson-Hurzeler, R., & Bradley, E. H. (2003). Nurses' Attitudes and Practice Related to Hospice Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (3), 249-255.
- Finfgeld-Connett, D. (2006). Qualitative Comparison and Synthesis of Nursing Presence and Caring. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19 (3), 111-119.

- Foucault, M. (2003). *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982)*. Milano: Feltrinelli.
- Franza, A. (1996). Méntore tra visibilità e invisibilità, ovvero, l'inquietante. In P. Mottana (a cura di), *Il méntore come antimaestro* (pp. 22-39). Bologna: Clueb.
- Heidegger M. (1976). *Essere e Tempo*. Milano: Longanesi.
- Kübler-Ross, E. (1976). *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella.
- Iori, V. (2006) (ed.). *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) (eds.). *Ripartire dall'esperienza. Direzioni di senso nel lavoro sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori.
- Mortari, L. (2009). *Aver cura di sé*. Milano: Bruno Mondadori.
- Palmieri, C. (2000). *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare*. Milano: Franco Angeli.
- Zannini, L. (2001). *Salute, malattia, cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari*. Milano: Franco Angeli.
- Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina.
- Zannini, L. (2011). Le *medical humanities* nella formazione al lavoro di cura. *Encyclopaideia*, XV (31), 75-90.

Cristina Palmieri, laureata in Filosofia e dottore di ricerca in Pedagogia, è ricercatrice confermata in Pedagogia generale e sociale presso l'Università degli Studi di Milano Bicocca, dove insegna Consulenza nel disagio educativo: teorie e pratiche e Didattica e pedagogia dell'inclusione. È socia fondatrice del Centro Studi Riccardo Massa e collabora con il gruppo εἶδος - *Fenomenologia&Formazione*. Ha sviluppato le sue ricerche su dimensioni fondative e trasversali del lavoro educativo quali cura, esperienza, disagio e metodologia del lavoro educativo.

Contatti: cristina.palmieri@unimib.it