

Strumenti pedagogici per l'operatore sanitario

Franco Blezza

Ordinario di Pedagogia generale e sociale, Facoltà di Scienze Sociali, Università "d'Annunzio", Chieti

Il reciproco apporto di due saperi antichi

L'esercizio professionale in campo sanitario, a cominciare da quello del Medico Chirurgo, ha sempre importanti ed essenziali aspetti di carattere educativo e culturale nei confronti del paziente; d'altra parte, l'educazione è altrettanto importante ed essenziale sia per la salvaguardia della salute, specie nel senso ampio della definizione dell'OMS, per la prevenzione, per un corretto accesso alla terapia e per la costruzione di un migliore decorso della convalescenza.

L'incontro e la cooperazione stretta tra la Medicina e la Pedagogia parrebbero quindi scontati. Se così ancora non è, e siamo ben lontani da quanto potrebbe dare ad entrambe l'effettiva e piena sinergia tra i due saperi e i due esercizi professionali, lo si deve a precise carenze storiche della Pedagogia, specie negli ultimi due secoli, nei quali si è lasciata in gran parte ridurre ad alcune età dello sviluppo e ad alcuni gradi di scuola, l'infanzia e la fanciullezza. Non sono infatti mancati contributi importanti della Medicina allo sviluppo della Pedagogia nello stesso periodo, basterebbe citare Ytard e la fondazione della Pedagogia speciale, Séguin, Maria Montessori e Edouard Claparède, considerato fondatore della Pedagogia sperimentale (*Psychologie de l'enfant et pédagogie expérimentale*, 1909), entrambi accostatisi alle problematiche della Pedagogia speciale e poi occupatisi di Pedagogia generale; l'elenco sarebbe lunghissimo, e potrebbe estendersi a Biologi e Psicologi (Reale Antiseri Laeng).

Per due secoli educare secondo il paradigma dominante era ristretto in una parte minoritaria del corso della vita umana, era altamente impegnativo e fin pesante ma non richiedeva competenze particolari, e difatti la Pedagogia non ha espresso una sua professione. La Pedagogia sociale, in particolare, è nata e cresciuta nello stesso contesto ottocentesco nel quale hanno avuto le loro radici professioni che poi si sarebbero affermate nel secolo successivo, come quelle dello Psicologo, dello Psicanalista e del Sociologo, ma non ha fatto segnare analogo discendenza per lo meno in Italia (Blezza 2005).

Solo da qualche decennio le cose stanno cambiando, in considerazione del farsi più complesso e più articolato dell'educare, tanto da richiedere competenze apposite e l'apporto di specialisti. Per questi motivi, essa si qualifica anche come professione intellettuale superiore dell'area sociale e sanitaria, e come componente essenziale per la cultura professionale di una pluralità di operatori anche della Sanità (AA.VV. 1998, AA.VV. 1999, Blezza 2001): già sarebbe obbligatoria nella formazione iniziale nei CdL e CdLS-M non a ciclo unico, ed è presente nella formazione continua di tutti i professionisti della Sanità.

E non è un caso che la professione emergente di Pedagogista (o meglio, ri-emergente dopo alcuni secoli di eclissi, o scotomizzazione) faccia ricorso anche a strumenti concettuali propri della Medicina, come l'anamnesi, la diagnosi, la clinica (nel senso metodologico, di trattamento casistico-situazionale; Crispiani 2001, Trisciuzzi), mentre vi sono posizioni diverse circa la possibilità di impiegare il concetto di "terapia" e in quale accezione.

È dunque la Pedagogia che deve dimostrare la sua attitudine a fornire alle professioni mediche e sanitarie contributi di strumenti concettuali ed operativi, onde testimoniare che il rapporto, pur comprensibilmente diseguale, può essere pieno e reciproco ed abbia prospettive di sviluppo.

Il problema reale, a questo punto, è quale Pedagogia vada trattata nel contesto sanitario: ovviamente non la Pedagogia scolastica, né la Storia della Pedagogia se non in alcuni episodi come quelli cui si è accennato, e neppure la Filosofia dell'educazione se non per istituzioni e fondamenti; ma neppure solo componenti operativi speciali come sarebbero la Pedagogia dell'Infanzia per i Pediatri e i Vigiliatori d'infanzia, la Pedagogia Speciale per i Fisiatri e Fisioterapisti e per gli operatori di Neurologia e Psichiatria, la Pedagogia della Famiglia e

l'EDA per Andrologi, Ginecologi e Ostetriche. e la Pedagogia della comunicazione per i Radiologi e i Tecnici delle immagini.

La Pedagogia odierna possiede un apparato di strumenti concettuali adeguati allo scopo generale. *Si parva licet componere magnis*, scopo di questa nota sarà passare in rassegna sintetica alcuni di tali strumenti di pertinenza pedagogica impiegabili dai professionisti della sanità, Medici compresi o a cominciare da essi, a scopo esemplificativo. In fin dei conti, a provare l'esistenza basta un esempio.

Ovviamente, non è un manuale, ciascuno degli esempi che portiamo ne richiederebbe uno e anche ciascuno di quegli cui accenneremo: rimandiamo alla bibliografia, comprensiva dei testi generali già richiamati, per tutti quei dettagli che qui non possono essere trattati e il cui sviluppo esulerebbe dallo scopo posto.

La mediazione

Molti sono i retaggi dell'800 che pesano sulla scienza in generale e sulle nostre scienze nello specifico, con i quali e con il cui carattere ostativo e diversivo abbiamo a che fare problematicamente ancor oggi: dal mito delle "scienze esatte" a "la matematica non è un'opinione". La richiesta al Medico, impossibile ad esaudirsi quanto reiterata dai pazienti, di "fatti puri" o di regole deterministiche ne costituisce un'esemplificazione buona quanto pesante.

Uno di questi riguarda il preteso dualismo tra *teoria e prassi*. Che potrebbe essere declinato in tanti modi, rispettivamente *dover essere - essere, prescrizione - descrizione, filosofia - storia*, o gli svariati altri che John Dewey (1959-1952) criticava anche in una delle sue opere più note (Dewey 1916).

La dimensione educativa, e il campo dell'esercizio professionale strettamente pedagogico, si colloca invece su un piano intermedio, chiamato *Empirie* dalla *Systematische Pädagogik* (Benner 1993), e in italiano piuttosto "applicatività". Lo specifico pedagogico si gioca nella mediazione continua ed irrisolta nei due versi tra il piano della teoria e quello della prassi, consentendo alla prassi di fruire di tutto quanto proviene dalla teoria cioè un'educazione saldamente fondata, studiata, in continuo divenire, e consentendo alla teoria di fruire dei Feedback della prassi specie quando sono negativi, garantendone insieme la democraticità, la scientificità, l'evolutiveità (Antiseri 1981). In particolare la soppressione di tale retroazione (asimmetrica, sulla quale torneremo) è necessaria nei casi di pedagogia autoritaria ed oppressiva, di stato o *Kommandierte Pädagogik*, in sistemi nei quali la Pedagogia si riduce a filosofia e non esistono pedagogisti di professione, bensì educatori, cioè esecutori fedeli di piani calati dall'alto, non criticabili, interrogarsi sui quali è di per sé è considerato un errore grave.

Vengono in mente tante campagne per la tutela della salute pubblica, la prevenzione, contro i comportamenti a rischio, validi come fine, lodevoli per impegno e dedizione, quanto di scarsa efficacia e di inadeguata incidenza sui comportamenti comuni. Si tratta di campagne anch'esse di imperio, per quanto suavisamente condotte, che prescindono dalla mediazione tra norme certamente valide e comportamenti che seguitano ad essere umanamente e sanitariamente incongrui, e soprattutto dalla possibilità per chi le conduce di conoscere le cause di tali comportamenti tanto da poter intervenire su di esse anziché inefficacemente sui sintomi.

Ma anche nell'esercizio professionale, del Medico come di tanti altri professionisti della sanità, non basta formulare diagnosi e prescrivere terapie correttamente. Occorre anche chiedersi come e perché in tanti casi certe terapie vengano seguite in modo inadeguato, scorretto, negligente, o vengano più o meno consapevolmente rifiutate; occorre agire sui pregiudizi che ostano al ricorso a talune specialità, dal Neurologo al Ginecologo, dall'Andrologo al Proctologo e via elencando, e come si combattano le pregiudiziali dei pazienti verso terapie chirurgiche, a cominciare dalla più semplice Odontoiatria, che a fronte di scarsi rischi e grandi benefici se praticate tempestivamente, preparano a rischi e danni ben più gravi se non praticate per tempo, sia di ordine sanitario che sociale e relazionale.

Il dialogo

Liberiamoci dall'accezione comune de termine: tra paziente e personale sanitario vi deve essere maggior dialogo nel senso che ci si deve parlare di più e in modo maggiormente significativo. Questo va bene, ma il termine tecnico ha un significato e una portata molto diversi.

L'arte del dialogo, come noto, ci riporta a Socrate e a Platone (Reale ed.): vengono in mente occasioni e tempistiche difficilmente compatibili con quelle degli operatori sanitari. Tuttavia l'individuazione in questa relazione umana delle due fasi costituenti, chiamate *ironia* e *maieutica* come ben noto, è di grande strumentalità in Medicina, anche (o soprattutto) oggi. La prima fase consiste nel far cadere via via le idee errate che possono interferire con il perseguimento dello scopo, qui la salute come allora la ricerca della verità; passare direttamente alla diagnosi e alla prescrizione, ancorché corrette, potrebbe non sortire l'effetto salutare se nel paziente-dialoante permanessero idee sbagliate ed ostative, o verso taluni trattamenti considerati a torto od a ragione penalizzanti, o verso la stessa figura del Medico o di altro operatore sanitario ovvero verso la Medicina Chirurgia in generale. Non si tratta solo dei casi di operazioni chirurgiche invalidanti o che comunque lasciano cicatrici, a volte il rifiuto riguarda pregiudizi nei confronti di trattamenti medici, anche la semplice assunzione farmacologica richiede rimozione di pregiudizi più spesso di quanto non si creda.

Socrate chiamò *maieutica* la fase successiva in ricordo dell'arte di sua madre, la levatrice Fenarete, impiegando la metafora fin nei minimi dettagli: la verità doveva uscire dall'allievo, al maestro spettava l'assistere e l'aiutarlo nel darla alla luce quando matura. A parte l'impiego del termine "vero" e derivati da impiegarsi con molte cautele, può sembrare che questa fase poco abbia a che fare con la Medicina considerata la forte professionalità del Medico Chirurgo e di altri operatori del settore, ed anche le interferenze per lo più negative che si hanno nei casi di pazienti che vorrebbero opporre una velleitaria pseudocultura specifica da rotocalco o da Talk-Show televisivo.

In effetti non è questo il punto. Il punto è che l'idea che si sviluppa nel paziente-allievo-dialoante non nasce per partenogenesi, ed anzi la metafora va portata a compimento se si considera che la fecondazione è atto di un momento mentre la gestazione di nove mesi, e pure senza dell'uno non si ha tutto ciò che segue. Come dire che le parole del Sanitario, anche se sintetiche e ripetibili in pochi sgorbi sul ricettario o sulla cartella clinica, debbono proporsi non solo e non tanto di chiudere un discorso, quanto piuttosto di avviarne un altro di prevenzione e di terapia più lunga ed articolata, alla ricerca di stili di vita più sani e meno affetti da idee sbagliate che l'ironia può prendere di mira.

D'altra parte, nel differenziarsi di figura professionali sanitarie non mediche con laurea e progressivamente laurea specialistica-magistrale si possono rinvenire quelle risorse umane e culturali che possono prendersi in carico di interventi dialogici con tempistiche che sarebbero incompatibili con il servizio della gran parte del rimanente personale sanitario a cominciare dai Medici.

Il problema

Fino a non pochi decenni fa, il *problema* non godeva di buona fama nel linguaggio comune come anche in quello di tante categorie professionali, presupponendosi l'ideale di una vita a-problematica. Ci è voluta larga parte dell'Epistemologia del '900 (Popper 1934, Antiseri), anche nelle sue traduzioni applicative alla politica o agli stessi esercizi professionali, per valorizzare appieno questo strumento concettuale, causa efficiente ed insieme motivazione forte per l'evoluzione personale e sociale. In questo si è riscoperto e messo nella giusta luce quanto già i Pragmatisti classici avevano chiaramente teorizzato, e tradotto in termini Pedagogici nello Strumentalismo di John Dewey.

Per Popper il problema è una contraddizione tra asserti stabiliti, mentre per Dewey è il momento di crisi tra conoscente e oggetto del conoscere. Oggi, in un contesto di Neopragmatismo pedagogico e di Pedagogia professionale, dobbiamo raffinare il concetto, e distinguere tra *situazioni problematiche* e *problemi* propriamente detti: nella prima locuzione comprendiamo tutto quel complesso di situazioni di difficoltà, ostacolo, crisi, conflitto, lacuna e via elencando nelle quali il soggetto può trovarsi nella sua interazione con la realtà; ma solo quando egli decida di reagire positivamente, costruttivamente, quelle relativamente poche o pochissime situazioni problematiche alle quali egli quindi lavori per tentare una soluzione divengono *problemi*.

Potremmo dire che la Medicina Chirurgia è tutta un tentare di risolvere problemi, come lo è la politica o la vita sociale, la vita individuale od anche la storia dell'umanità. *Alles leben ist Problemlösen* è il titolo dell'ultima rilevante antologia di scritti di Popper (1994), sia sulle scienze della natura che sulle scienze della cultura, che vanno dal 1958 fino al dicembre del 1993. L'importante è capire che il *problema* non sta nella malattia o in qualche cosa di analogo

(queste sono semmai *situazioni problematiche* particolari): il *problema* si pone ove il soggetto sia disposto a fare tutto il possibile per cercare di risolverlo, con l'aiuto del professionista esperto. È ben chiara nel professionista sanitario la necessità della collaborazione e della buona volontà del paziente in ogni forma di cura, come il desiderio di lui di guarire disposto per questo a pagare il prezzo necessario; può invece non essere chiaro ed anzi del tutto inadeguata o fin carente tale consapevolezza nel paziente stesso, e non di rado non lo è: ed ecco un altro strumento concettuale di origine pedagogica, considerare che la guarigione è atto del paziente, non del medico.

L'interlocuzione pedagogica

L'Interlocuzione Pedagogica (Blezza 2001, 2007, 2008), erede legittima del dialogo socratico, costituisce una forma di esercizio per la Pedagogia professionale, e una modalità di implementazione degli strumenti concettuali ed operativi di matrice pedagogica, peraltro impiegabili dai professionisti della Sanità come lo sono da quelli dei Servizi Sociali.

Si tratta di una particolare relazione d'aiuto, nella quale prima di tutto si favorisce nell'interlocutore la transizione dalla situazione problematica con la quale egli ci si presenta, alla posizione del problema che può anche portare in tutt'altre dimensioni. Tipico è il caso dei genitori che vengono per i figli, ma che il problema l'hanno in loro e nel loro rapporto di coppia. In secondo luogo, lo guida e lo stimola nell'avanzamento di ipotesi di soluzioni e nella relativa discussione, con possibilità di messa alla prova dei fatti nella consapevolezza che questa può dare falsità ma mai verità, certezze, definitività.

Il pedagogista è parte integrante dell'interlocuzione per cui non esprime consigli ma suggerimenti, non giudizi ma pareri, opinioni, punti di vista, i suoi tra gli altri, e invita al confronto senza dare regole di merito ma regole di metodo e vigilando sulla loro osservanza.

Non è suo compito esprimere giudizi, pur recependone da chi questo compito l'ha istituzionalmente, così come non impiega la categoria della colpa quanto quella della responsabilità o della corresponsabilità.

Il ricorso alla *Einfühlung* con relativo rischio di logoramento, e la consapevolezza piena della non onnipotenza di qualunque intervento educativo, prescrivono all'I.P. una durata contenuta, imparagonabile (ad es.) a quelle delle relazioni psicoterapeutiche, didattiche, di educazione motoria. Per questi motivi va previsto un reindirizzamento appena possibile o canonico, cioè a continuare il dialogo nelle sedi nelle quali la situazione problematica si è presentata, o professionale cioè con un altro professionista, orientando l'interlocutore in tal senso e rimuovendo i possibili pregiudizi che vi ostassero.

La consapevolezza che il Pedagogista rimane comunque disponibile a riprendere l'interlocuzione non deve mai lasciare l'interlocutore, il quale terrà contatti virtuali od epistolari anche minimi a tale fine.

Il rapporto tra idee e fatti e il ruolo dell'esperienza futura

Abbiamo messo in guardia circa l'ingannevole dualismo teoria-prassi, o idee-fatti: un retaggio ottocentesco, un cui lontano discendente sta in taluni fraintendimenti che si hanno circa che cosa sia la *Evidence* nella *EBM*.

L'esperienza fattuale già compiuta è indubbiamente importante, importantissima, nei professionisti del settore sanitario come in tutti i professionisti che hanno alla base una cultura di tipo scientifico empirico. Ma l'esperienza che conta, quella che dà valore alla conoscenza, è l'esperienza che non si è ancora compiuta, quella che si andrà a compiere perché si è avanzata una ipotesi e, prima, perché si è posto un problema cui quella o quelle ipotesi possono recare soluzione. È il concetto di *esperienza futura* che è tipico del Pragmatismo e concorre a farne una corrente di pensiero ben distinta dal Positivismo, pur nella comune attenzione per l'esperienza.

Molti importanti clinici erano Positivisti, come Salvatore Tommasi o Augusto Murri, e lo stesso Cesare Lombroso purché non ci facciano velo alla sua notevole figura di scienziato talune ricerche antropologiche. In genere essi attenuarono di molto il principio-base del Positivismo cioè la conoscenza che deriverebbe dall'esperienza pura per generalizzazione od induzione empirica, verso un rapporto più ragionevole ed equilibrato tra esperienza e conoscenza.

La norma metodologica, poi ripresa da Popper e dal Razionalismo critico, porta a considerare scientifico solo ciò che può essere controllato con l'esperienza "futura", e tale controllo è asimmetrico per ragioni logiche ben precise, nel senso che non può mai dare verità per quante conferme si ricevano, ma basta un dato falsificante per inficiare logicamente l'idea e tutto il sistema di pensiero entro il quale essa è stata inserita e sviluppata.

Questo è il punto: la *controllabilità*, mediante quella che Charles S. Peirce chiamava l'*esperienza futura*. La Medicina è scienza in senso pieno, e non può dare certezze né definitività come qualunque altra scienza, anche se nell'Ottocento la si poteva pensare altrimenti. Al contrario, tutto il sapere scientifico e quello medico nel contesto è ipotetico, fallibile, transitorio, provvisorio, suscettibile quindi di evoluzione futura; la perfeibilità e l'altra faccia dell'imperfezione della stessa medaglia della scienza, e diventa importante norma deontologica. Esiste un *meglio*, sempre relativo e sempre locale, al quale dobbiamo tendere di continuo, certi che ad un bene assoluto non giungeremo mai.

L'esperienza futura e il Feedback asimmetrico sono le premesse per considerare la scienza in continua evoluzione, e per apprezzare tale suo carattere respingendo l'idea ingannevole e fallace di una scienza che proceda per accumulazione di verità. Un ripercorrere anche solo mentalmente il come siano profondamente cambiate tante idee, teorie, tanti apparati precettistici di terapia, prevenzione, dietetica, accudimento dei malati, prendersi cura dei soggetti in età di sviluppo, non va preso come una stroncatura di un presunto passato oscurantista se non in certi casi particolari, ma semmai come segno che la scienza, e la medicina chirurgia in essa, è strutturata in modo aperto, in divenire, in una processualità nella quale il professionista deve fare il possibile per mettersi a regime.

Gli strumenti metodologico-didattici non scolastici

Anche per questo fine, di soggetto professionale in formazione continua, il professionista della Sanità deve essere provvisto di quegli strumenti che gli consentano di ottimizzare il suo processo di apprendimento e di applicazione allo studio. Si tratta di vera e propria didattica, da διδάσκω - insegno, e la specificazione "non scolastica" sarebbe perfettamente superflua se non fosse che per lungo tempo tale disciplina era stata confinata nella scuola, e anche poco curata all'Università, immaginandosi poi che il futuro lavoratore (anche intellettuale, anche di altissimo livello) ne sapesse abbastanza per qualche decina d'anni di applicazione. L'etimo greco classico è rivelatore, a quei tempi non esistevano istituzioni scolastiche.

Storie vecchie, indubbiamente; ma che non ci impediscono di mutuare dall'insegnamento scolastico anche quello che può servire nel contesto dell'ECM.

Inoltre, didattica ne esercita anche il professionista con i suoi clienti-pazienti-interlocutori-utenti in innumerevoli situazioni, e non solo quando spiega come assumere un farmaco. Abbiamo portato l'esempio della necessità di rimuovere cause ostative all'accesso a diagnosi e terapie o all'adozione di norme preventive od ancora di controllo di comportamenti a rischio e relativa consapevolezza, in gran parte conoscenze errate che richiedono proprio un aiuto di tipo didattico in senso stretto.

Si potrebbe cominciare dalla distinzione tra *programma* e *programmazione*, cioè tra quanto va idealmente posto come complesso di obiettivi e conoscenze da perseguire e quanto va posto effettivamente in essere considerato il contesto, la situazione, il docente e il discente, e le particolari esigenze, adeguatamente problematizzando. Anche il *problema* ha uno sviluppo in campo didattico, le prime proposte di insegnamento "per problemi" risalgono agli anni '40 (Polya 1945), e l'attenzione va dal *problem solving* al non meno cruciale ed impegnativo *problem posing*.

L'idea del *curriculum* (nel senso attivo, di traccia che si lascia nel *currere*) è valsa ad introdurre nella didattica la complessità di un apparato strumentale (all'inizio film e diapositive, attrezzature da laboratorio, dischi di vinile, ...) e di un rapporto attivo di fruizione dell'ambiente. Su quello si sono inseriti prima gli organi collegiali, che anche in Medicina hanno un'importanza particolare e certamente non di sostituti dell'esercizio professionale, e poi gli strumenti elettronici digitalizzati e connessi telematicamente.

È curioso che tanta didattica accademica del personale sanitario abbia ancora il suo centro, oltre che nel docente, nel libro. Rispetto ai libri di cento anni fa possono esserci stati dei miglioramenti, per esempio il colore e le illustrazioni, e rispetto a quelli dei futuri Medici di centocinquanta e più anni fa è cambiata la lingua, allora il latino, oggi l'italiano o l'inglese.

Tutto bene, ma il futuro professionista della sanità deve essere in grado di padroneggiare la propria formazione ed autoformazione attraverso competenze adeguate di quelle che chiamiamo genericamente *tecnologie educazionali*: per essere più preciso, non bastano alcuni crediti curricolari di informatica e telematica come non ne bastano altrettanti pochi di inglese medico-scientifico anche se ci vogliono; occorre che l'inglese medico-scientifico al pari della informatica e delle altre tecnologie educazionali facciano parte integrante dei corsi curricolari. Certo, molti docenti insegnano anche parole inglesi, forse parlano poco in inglese con i loro allievi, ma almeno alcuni testi vengono indicati in inglese; forse si potrebbe apprezzare una competenza specifica anche in sede di esame. Invece, dal tempo delle lastre radiografiche proiettate alla lavagna luminosa l'impiego di tecnologie educazionali e didattiche è presente in aula e forse potrebbe esserlo di più, ma rimane largamente assente nella camera nella quale il futuro medico si prepara, e che come sostanza del suo studio ha ancora davanti il libro cartaceo.

E via elencando

Potremmo continuare, parlando di altri strumenti concettuali che diventano operativi nell'esercizio professionale al pari di quelli sopra esemplificati, come la *negoziazione*, la *coerenza logica* e le regole relative, il *criticismo* nelle sue varie versioni, e via elencando.

Si tratta di locuzioni tecniche che individuano strumenti specifici, dalla fruibilità immediata nell'esercizio professionale degli operatori sanitari di ogni ruolo e specialità.

Il processo di avvicinamento della Pedagogia alla scienza medica si svolge con le scontate inerzie e i prevedibili attriti. Ma è ben noto che le prime indicano che vi è materia (o meglio, massa) e i secondi che non si è fermi e che non ci si muove nel vuoto.

Bibliografia

AA.VV. 1998: Rulli G., Basile A- (ed), *L'educazione come relazione d'aiuto ed etica professionale*, A.N.Pe. - Professione Pedagogista, Bologna-

AA.VV. 1999: Blezza F., Rulli G. (ed.), *I processi di insegnamento-apprendimento nella formazione della persona*, A.N.Pe. - Professione Pedagogista, Bologna.

Antiseri D.1981: *Teoria unificata del metodo*, Liviana, Padova.

Benner D. 1993: *Systematische Pädagogik - Die Pädagogik und ihre wissenschaftliche Begründung*, in Borrelli M. (ed.) *Deutsche Gegeneartspädagogik*, Schneider Verlag Hoherngehren, Baltmannsweiler, pag. 43-58. Ed. it. *Pedagogia sistematica - Pedagogia e la sua fondazione scientifica*, in Borrelli M. (ed.) *La pedagogia tedesca contemporanea* I volume, Pellegrini, Cosenza 1995, pag. 71-92.

Blezza F. 2001: *Pedagogia della vita quotidiana*, Pellegrini, Cosenza.

Blezza F. 2005: *La pedagogia sociale*, Liguori, Napoli.

Blezza F. 2007: *Il pedagogista 2007*, Aracne, Roma.

Blezza F. 2008: *Un pedagogista nel poliambulatorio – Casi clinici*, Aracne, Roma.

Crispiani P. 1998, *Itard e la pedagogia clinica*. Tecnodid, Napoli 1998.

Crispiani P. 2001: *Pedagogia clinica*, Junior, Bergamo.

Crispiani P., Giacconi C. 2007, *Hermes 2008. Glossario pedagogico professionale*, Junior, Bergamo.

Dewey J. 1916: *Democracy and Education*. Ed. it. *Democrazia e educazione* (La Nuova Italia, Scandicci-FI 1949¹, 1992 riedizione a cura di Alberto Granese).

Polya G. 1945, *How to solve it*, Princeton University Press. Ed. it.: *Come risolvere i problemi di matematica*, Feltrinelli, Milano 1967.

Popper K.R. 1934: *Logik der Forschung* Julius Springer Verlag, Wien; ed. inglese *The Logic of Scientific Discovery* (Hutchinson, London 1957); ed. ital. *La logica della scoperta scientifica*, Einaudi, Torino 1970.

Popper K.R. 1994 *Alles Leben ist Problemlösen - Über Erkenntnis, Geschichte und Politik*, R. Piper GmbH & co, München 1994; ed. it. *Tutta la vita è risolvere problemi – Scritti sulla conoscenza, la storia e la politica* a cura di Dario Antiseri, Rusconi, Milano 1996.

Reale G. (ed.), *Platone – Tutti gli scritti*, Rusconi, Milano 1991

Reale G., Antiseri D. Laeng M. 1985/86¹, *Filosofia e pedagogia dalle origini ad oggi*, La Scuola, Brescia 1997-2000¹⁴,
Trisciuzzi L. 2003: *La pedagogia clinica*, Laterza, Roma-Bari.

Strumenti pedagogici per l'operatore sanitario

Franco Blezza

Ordinario di Pedagogia generale e sociale, Facoltà di Scienze Sociali, Università "d'Annunzio", Chieti

Indirizzo preferenziale: viale Nazioni Unite, 120 – 31100 Treviso

Telefoni 0422.263309 – 349.8461793

Parole chiave: pedagogia, didattica, dialogo, problema, esperienza

Breve sintesi: La Medicina e la Pedagogia sono due saperi di storia antica paragonabile, e che oggi sono chiamati ad una collaborazione più stretta ed essenziale. Dopo una contestualizzazione all'attuale, a tal fine si portano a titolo di esempio alcuni strumenti concettuali ed operativi di origine pedagogica o didattica, ma che possono essere offerti allo strumentario dell'operatore sanitario, come il dialogo e l'interlocuzione, il problema, il controllo dell'esperienza futura, il complesso dello strumentario didattico, accennando a possibili sviluppi ulteriori del discorso.

Keywords: pedagogy, teaching method, dialogue, problem, experience

Brief summary: Medicine and Pedagogy Education are two scientific and professional Subjects with a History similarly ancient: they are called today to a closer and more essential Partnership. Referring to our topical interest we give here, to this Purpose, as instances some conceptual and operational tools of pedagogical and didactic origin, but that may be offered to the health's tool's, such as the dialogue and the "interlocuzione pedagogica" (pedagogical debate) the problem, the control by future experience, the complex of teaching and learning tools, hinting at possible further developments of the Subject.