CIVITAS EDUCATIONIS.
EDUCATION, POLITICS AND CULTURE
Rivista semestrale

Ambiti di interesse e finalità
Civitas educationis. Education, Politics and Culture è una rivista internazionale peer-reviewed che promuove la riflessione e la discussione sul legame fra educazione e politica, intesa come dimensione fondamentale dell'esistenza umana.
Tale legame ha caratterizzato il pensiero e le pratiche educative occidentali sin dai tempi degli antichi greci, così come testimonia il nesso *paideia-polis*.
La rivista vuole essere un'agorà in cui sia possibile indagare questo nesso da diverse prospettive e attraverso contributi teorici e ricerche empiriche che focalizzino l'attenzione sulle seguenti aree tematiche:

Sistemi formativi e sistemi politici;
Educazione e diritti umani;
Educazione alla pace;
Educazione alla cittadinanza democratica;
Educazione e differenze;
Educazione e dialogo interreligioso;
Educazione e inclusione sociale;
Educazione, globalizzazione e democrazia;
Educazione e cultura digitale;
Educazione ed ecologia.

Questa rivista adotta una procedura di referaggio a doppio cieco.

Aims and scope
Civitas educationis. Education, Politics and Culture is an international peer-reviewed journal and aims at promoting reflection and discussion on the link between education and politics, as a fundamental dimension of human existence.
That link has been characterizing western educational thinking and practices since the time of the ancient Greeks with the bond between *paideia* and *polis*.
The journal intends to be an agora where it is possible to investigate this topic from different perspectives, with both theoretical contributions and empirical research, including within its scope topics such as:

Educational systems and political systems;
Education and human rights;
Peace education;
Education and citizenship;
Education and differences;
Education and interfaith dialogue;
Education and social inclusion;
Education, globalization and democracy;
Education and digital culture;
Education and ecology.

This journal uses double blind review.

Founder:
Elisa Frauenfelder

Editor-in-chief:
Enricomaria Corbi

Editorial Advisory Board:
Pascal Perillo, Stefano Oliverio, Daniela Manno, Fabrizio Chello

Secretariat of Editorial Board:
Martina Ercolano, Anna Mancinelli

Coordinator of the Scientific Committee:
Margherita Musello, Fabrizio Manuel Sirignano

Scientific Committee:
Massimo Baldacci (Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"), Gert J.J. Biesta (Brunel University London), Franco Cambi (Università degli Studi di Firenze), Enricomaria Corbi (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Michele Corsi (Università degli Studi di Macerata), Lucio d'Alessandro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Luigi d'Alonzo (Università Cattolica del Sacro Cuore), Ornella De Sanctis (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Franco Frabboni (Università di Bologna), Elisa Frauenfelder (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Janette Friedrich (Université de Genève), Jen Glaser (Hebrew University of Jerusalem), Larry Hickman (Southern Illinois University Car-bondale), David Kennedy (Mont Claire University), Walter Omar Kohan (Universidade de Estado de Rio de Janeiro), Cosimo Laneve (Università di Bari), Umberto Margiotta (Università Ca' Foscari Venezia), Giuliano Minichiello (Università degli Studi di Salerno), Marco Eduardo Murueta (Università Nazionale Autonoma del Messico), Margherita Musello (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Stefano Oliverio (Università degli Studi di Napoli "Federico II"), Pascal Perillo (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Vincenzo Sarracino (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Marie-Noëlle Schurmans (Université de Genève), Fabrizio Manuel Sirignano (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Giancarla Sola (Università degli Studi di Genova), Maura Striano (Università degli Studi di Napoli "Federico II"), Natascia Villani (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Carla Xodo (Università degli Studi di Padova), Rupert Wegerif (University of Exeter)

Web site: http://www.civitaseducationis.eu
e-mail: civitas.educationis@unisob.na.it

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
SUOR ORSOLA
BENINCASA
FACOLTÀ DI
SCIENZE
DELLA FORMAZIONE

care
Centro di Ateneo per la Ricerca Educativa
e per l'alta formazione degli insegnanti e degli educatori

Civitas educationis

EDUCATION, POLITICS AND CULTURE

Anno VII
Numero 1
Giugno 2018

MIMESIS

SUOR ORSOLA
UNIVERSITY PRESS

Iscrizione al registro operatori della comunicazione R.O.C. n. 10757
Direttore responsabile: Arturo Lando

Pubblicazione semestrale: abbonamento annuale (due numeri): € 36,00

Per gli ordini e gli abbonamenti rivolgersi a:
ordini@mimesisedizioni.it
L'acquisto avviene per bonifico intestato a:
MIM Edizioni Srl, Via Monfalcone 17/19
20099 - Sesto San Giovanni (MI)
Unicredit Banca - Milano
IBAN: IT 59 B 02008 01634 000101289368
BIC/SWIFT: UNCRITM1234

Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, via Suor Orsola 10, 80135 Napoli
Phone: +39 081 2522251; e-mail: civitas.educationis@unisob.na.it

MIMESIS EDIZIONI (Milano – Udine)
www.mimesisedizioni.it
mimesis@mimesisedizioni.it

Isbn: 9788857551739
Issn: 2280-6865

© 2018 – MIM EDIZIONI SRL
Via Monfalcone, 17/19 – 20099
Sesto San Giovanni (MI)
Phone: +39 02 24861657 / 24416383

Sono rigorosamente vietati la riproduzione, la traduzione, l'adattamento anche parziale o per estratti, per qualsiasi uso, o per qualunque mezzo effettuati, compresi la copia fotostatica, il microfilm, la memorizzazione elettronica, senza la preventiva autorizzazione scritta della casa editrice. Ogni abuso sarà perseguito a norma di legge.

Table of contents – Indice

EDITORIAL – EDITORIALE

Enricomaria Corbi
Education in check. In memory of Elisa Frauenfelder 11
L'educazione in scacco. In memoria di Elisa Frauenfelder 15

SYMPOSIUM
Self-care, care of the others and of institutions.
A political thinking for education

Luigina Mortari
Introduzione 21

Monia Andreani †
La cura degli altri è cura del vivere civile: i "piccoli gesti profetici del CeIs di Pesaro" 27

Micaela Castiglioni
"Mettiti nei tuoi panni": per una cura etico-politica 45

Pierluigi Ciritella
La responsabilità della cura di sé nella formazione alla relazione terapeutica per una psicoterapia etica 61

Paola Dusi
Di fronte a chi ci sentiamo responsabili oggi?
Dalla libertà all'etica: la mediazione del riconoscimento 77

Andrea Galimberti
Dal mito al mercato? I dilemmi dell'Università nella cultura della performance. Alla ricerca di modi creativi di giocare con il vocabolario neoliberista 91

Valentina Guerrini
L'educazione alla cura per promuovere forme di cittadinanza attiva e democratica. Il ruolo della scuola. 109

Viviana La Rosa
Coltivare memoria, nutrire democrazia: processi formativi per una cittadinanza partecipata 131

Patrizia Manganaro
Empatia come terapia. Oltre il narcisismo postmoderno 149

Stefania Massaro, Laura Sara Agrati, Viviana Vinci
Aver cura del "bene comune" a scuola: una ricerca-formazione di *citizenship education* 167

Giovanni Menafra, Livia Pescarollo, Roberta Coluccia, Giovanna Gallo, Nadia Attalla El Halabieh, Caterina Santolamazza, Erika Pagannone, Cristina Cenci, Massimo Volpe, Marco Testa
Tailoring self-care education to heart failure patients through a narrative medicine approach using DNM, a web-based digital platform 195

Elisabetta Musi
La cura di sé a fondamento di una rinascita politica e sociale: il compito dell'educazione 209

Cristina Palmieri
Aver cura del disagio educativo: riscoprire il senso del metodo nella professionalità pedagogica 227

Isabella Pescarmona
Imparare a partecipare a scuola per far pratica di responsabilità. Uno studio etnografico della Complex Instruction di Elizabeth G. Cohen 245

Lucia Zannini, Maria Benedetta Gambacorti Passerini, Anne Destrebecq, Stefano Terzoni
La formazione al caring nel fine vita. Il lavoro sull'intelligenza socio-emotiva e sullo sviluppo morale 265

ESSAYS – SAGGI

Margherita Cardellini
Colorism and primary school children in Italy: opinions and representation about skin colors 285

Morena Cuconato
Youth participation in Europe: a pedagogical reflection at the crossroads between discourses and policies 301

Salvatore Lucchese
L'‘architrave' pedagogico degli scritti meridionalistici di Pasquale Villari: formare le élites per educare le "moltitudini" 315

Lorena Milani, Cristina Boeris
Una concezione della giustizia pedagogica 345

BOOK REVIEWS – RECENSIONI

Rossana D'Elia
Batini F., De Carlo M.A., *Alternanza scuola-lavoro: storia, progettazione, orientamento, competenze*, Torino: Loescher, 2016 367

Stefano Oliverio
Baggio G., *La mente bio-sociale. Filosofia e psicologia in G.H. Mead*, Pisa: Edizioni ETS, 2015 371

Abstracts 377

"Mettiti nei tuoi panni": per una cura etico-politica

Micaela Castiglioni*

Riassunto

Facendo nostro il punto di vista di Luigina Mortari per cui: "l'assunzione della responsabilità della relazione di cura si manifesta come risposta alla chiamata a essere-con-gli-altri in una dimensione di senso" (2015: 119) ci sembra imprescindibile – riferendoci, in questo contributo, all'organizzazione sanitaria o più precisamente all'azienda ospedaliera – che ogni interlocutore coinvolto, i professionisti della cura, i pazienti e i famigliari possano trovare il proprio senso nella direzione, anche, di una inevitabile negoziazione e condivisione di senso possibile. Un senso che, a seconda degli attori cui ci si riferisce, è più di cifra professionale e/o esistenziale, sicuramente riconducibile per tutti loro alla dimensione dell'"attenzione" e della "responsabilità" (Ibidem) civile, secondo il focus di questa call. Abbiamo a che fare con un discorso pedagogico-educativo sulla cura medico-sanitaria che va oltre il motivo della centralità della relazione tra curante e chi è curato, chiamando in causa criticamente e con sguardo sistemico, il luogo-organizzazione in cui l'intervento di cura viene agito e la relazione di cura prende forma. Il discorso pedagogico-educativo sulla cura clinica si fa discorso etico-politico che mette in gioco la dimensione etico-civile.

Parole-chiave: *cura dell'organizzazione; organizzazione che cura; cura etico-civile; responsabilità civile; formazione.*

1. Il focus della questione

Nel presente contributo l'attenzione sarà rivolta alla stretta correlazione tra 'cura di sé', 'degli altri' e delle 'organizzazioni' con riferimento specifico alle aziende ospedaliere così come oramai sono definite nella nostra contemporaneità secondo ben precise opzioni di significato che implicano altrettanti orientamenti procedurali di natura anche etico-politica.

Ancor più precisamente riteniamo che si debba partire dalla "cura delle organizzazioni" sanitarie affinché esse possano configurarsi come "organizzazioni che curano" (Mori & Varchetta, 2012) capaci cioè di dare cura ai vari attori che le abitano: i curanti – medici, infermieri, ecc. – i pazienti e i loro famigliari.

* Università degli Studi di Milano-Bicocca (Italy).

Secondo il punto di vista qui avanzato, è soltanto se l'organizzazione, o sistema ospedale, è in grado di rivolgere in termini di processo una presa in carico realisticamente attenta e responsabile di se stessa, come luogo di cura, che si può davvero progettare e sperimentare nella quotidianità dei reparti la cura di sé da parte dei professionisti, a loro volta, disponibili e capaci di prendersi cura dei pazienti.

Il raggiungimento di tali finalità non può non chiamare in causa il tipo e la *qualità* della formazione in ambito organizzativo-sanitario sia quella universitaria di base, sia quella erogata in servizio, per le differenti figure professionali coinvolte, dentro il più globale e ampio alveo epistemologico e metodologico della formazione permanente veramente orientata a sviluppare, potenziare e presidiare una costante progettualità processuale di ampliamento in profondità della qualità secondo i principi di una 'formazione di qualità'.

Tutto ciò, nell'ottica del potenziamento di un progetto antropologico-culturale e civile, prima di tutto, e successivamente sanitario, sensibilmente ed eticamente responsabile.

Pensiamo a una *formazione permanente* che si prenda cura, dentro il dispositivo pedagogico-formativo, della cura, o anche della resilienza, di coloro che a vario titolo – anche dirigenziale – lavorano nel sistema ospedale. Secondo noi, infatti, esiste un forte nesso tra 'organizzazioni che curano' e 'organizzazioni resilienti'.

Siamo consapevoli ovviamente di come muoversi lungo questa direzione metta inevitabilmente in gioco, secondo un andamento piramidale, le istituzioni di governo e più nello specifico il Ministero della Salute, ma non per questo, rinunciamo, almeno, a una sensibilizzazione scientifico-culturale come pedagogisti che si occupano di educazione degli adulti e di formazione dei professionisti della cura.

2. "Programmati" per la relazione e la cura?

Come essere umani sociali e relazionali non possiamo non prenderci cura degli altri fin da quando nasciamo e proprio tale movimento di cura verso l'altro richiede un movimento di cura verso noi stessi e implica la cura di sé che, lontano dall'essere un agire egoistico, o individualista, (cfr. Mortari, 2015) costituisce una premessa fondamentale e irrinunciabile per una postura relazionisticamente empatica.

Ci ricorda Mortari:

> In quanto mancanti d'essere e per questo destinati a cercare di divenire il nostro essere possibile, non possiamo sottrarci al compito della cura della nostra esistenza. Ma per quanto delicato e intenso possa essere questo nostro prenderci a cuore il proprio essere, tale impegno ha il limite di non bastare, perché noi siamo esseri relazionali e in quanto tali bisognosi degli altri (2015: 35).

Molti sono stati i filosofi di epoche diverse e di differenti orientamenti e scuole di pensiero, da Socrate, Platone, Aristotele, Kant, Heidegger, ecc., che hanno posto l'accento sulla cifra politico-sociale ed etico-sociale dell'essere umano (*Ibidem*), così come il vertice psicologico e psicoanalitico, rappresentato soprattutto da Winnicott e da Bowlby (*Ibidem*), ne ha evidenziato l'essenza relazionale intesa anche come "dipendenza da…", non necessariamente la madre biologica ma la figura che si pone e che viene riconosciuta dal neonato come quella di riferimento e che, in quanto tale, soddisfa con regolarità i suoi bisogni primari legati alla nutrizione e alle funzioni fisiologiche fornendo al tempo stesso con costanza protezione e cura emotiva in una condizione di estrema fragilità che può slittare facilmente in vulnerabilità in mancanza di tali fattori protettivi.

Come esseri incompleti, lacunosi, "bisognosi di…" e "dipendenti da…", non possiamo essere "autosufficienti", "non bastiamo alla la cura di noi stessi", necessitiamo ontologicamente dell'altro (*Ibid.*: 36) e, laddove, si sia noi a prenderci cura dell'altro, ci prendiamo inevitabilmente cura di noi stessi secondo un andamento circolare, o meglio, di "va e vieni", e dobbiamo prenderci cura di noi stessi:

> L'essere è con-esserci, quindi è insufficiente a se stesso, non basta a sé: c'è un bisogno di altri e l'altro ha bisogno di me. Il fatto che ciascuno abbia necessità di cura rende evidente che ciascuno ha da aver cura per gli altri. È lo scambio continuo di cure che rende possibile la vita. A rendere la cura per l'altro qualcosa di necessario è l'evidente datità ontologica dell'esistere come co-esistere. In questo senso la cura per gli altri non è solo un possibile ideale di esistenza, ma una necessità dell'esserci (*Ibid.*: 118).

Abbiamo a che fare con una inevitabilità esistenziale sempre più urgente anche per specifiche e particolari congiunture epocali e socio-culturali che vedono l'allungarsi, anche di molto, della vita media delle donne e degli uomini della nostra contemporaneità, la co-esistenza di differenti coorti generazionali, oltretutto, nell'assenza quasi totale di un welfare politico-istituzionale.

Potremmo dire che siamo costitutivamente e strutturalmente 'programmati' per la relazione e per la cura. Anche se, dobbiamo tenere sempre presente che la disponibilità interiore, emotiva e affettiva al prendersi cura di…, così come, l'agire stesso di cura necessitano di essere oggetto di un altrettanto, concomitante e raffinato lavoro di cura che possiamo intendere come sguardo attento, sensibile e costante rivolto a tale sentire e agire: disposizioni, posture e azioni, queste, che vanno prese in carico, osservate e alimentate con continuità (*Ibid.*: 177-219)[1] sia quando la cura avviene in modalità "naturali"/informali sia quando essa è intenzionalmente professionalizzata.

1 Relativamente a tale motivo Mortari (2015) riprende in modo critico il punto di vista di Noddings (2012).

Riferendosi a Noddings (2002), per prenderne tuttavia le distanze, Mortari ci ricorda, inoltre, come il concetto di *natural caring* non possa essere disgiunto da quello di *ethical caring,* per cui anche la cura non professionale non è scevra da implicazioni di responsabilità etica *(Ibidem),* oltre che emotiva, affettiva e relazionale:

> Il nascere coincide con il trovarsi esposto e la cura è l'atto di accogliere per proteggere dal minaccioso che comporta l'esposizione. […] Prima del tempo e dello spazio in cui l'essere verrà a esistere, ci sono i gesti e le parole di cura di chi accoglie il nuovo che viene al mondo. E di gesti e di parole che attestano che siamo tenuti dentro una relazione di cura ciascuno ha una viva e ineludibile necessità per tutto il tempo della vita (*Ibid.*: 45).

Inoltre, ci fa presente sempre Mortari – riprendendo a sua volta la nozione di cura di Heidegger, simbolicamente rappresentata nella ben nota favola della Cura – i "pensieri" e i "sentimenti" "di cura" costituiscono lo sfondo, la premessa, in un certo senso, il contesto entro cui la cura deve tradursi e attuarsi in un "progetto", ossia, in un "agire concreto di cura": "tale da far sentire alla persona che lo riceve di essere oggetto di cura" (*Ibid.*: 81). Senza tale procedere la cura non si dà (*Ibidem*).

3. Cura degli altri, cura di sé: un nesso inscindibile

Ci sembra importante a questo punto cercare di comprendere meglio che cosa intendiamo per cura degli altri e per cura di sé – prendendo in esame soltanto alcuni aspetti pertinenti con la nostra riflessione – per cogliere il nesso tra queste due istanze dell'agire di cura al fine di rendere più chiaro il nostro discorso che mette a tema un terzo nesso con la cura delle organizzazioni-che curano.

La cura degli altri, ancor più se in condizione di fragilità o di vera e propria vulnerabilità, come è la vicenda di malattia e di cura, è un agire molto complesso, delicato, che mette in gioco, secondo modalità anche sistemiche, una molteplicità di fattori contestuali, organizzativi, politici, economici, sociali, emotivi, affettivi, relazionali, spirituali, etici, giuridici, ecc.

La cura medica dal punto di vista del *disease*, o della malattia come dato biologico, ha fatto enormi progressi per tecniche utilizzate e impiego di nuove terapie e sofisticati protocolli di indagine e di intervento. Essa è cambiata molto dal punto di vista delle procedure tecnologiche e strumentali sempre più raffinate, precise e efficacemente competenti, ma è sempre la stessa da secoli se ci riferiamo alle profonde, centrali, articolate e anche impalpabili istanze e dimensioni che abbiamo appena richiamato. Del resto:

> Il modo in cui un ammalato chiede aiuto al medico non è cambiato con il passare degli anni, o meglio, dei secoli, e la debolezza davanti alla malattia

> è sempre rimasta invariata così come la paura del dolore o l'angoscia di perdere la propria forza fisica (Marino, 2005: 7).

Il vissuto rispetto alla propria e personale esperienza di malattia, definito anche come *illness,* pur variando da paziente a paziente, è comunque, attraversato da reazioni emotive e bisogni di cura stratificati e universalmente trasversali alla condizione umana.

Non è un caso che Mortari, tra le tante concettualizzazioni della parola cura, affermi: "aver cura è prendersi a cuore, preoccuparsi, avere premura, dedicarsi a qualcosa" (2015: 117).

In *Credere e curare* Marino scrive:

> I medici studiano le patologie, valutano gli esami, prescrivono le terapie, operano, e in molti casi contribuiscono alla guarigione dei pazienti, tuttavia, non riescono ad avere un quadro complessivo dei problemi delle persone (2005: 8).

Il ché, rimanda alla nota distinzione possibile nella lingua inglese tra "to care" e "to cure", ossia, tra "curare" e "prendersi cura" proprio nel mentre si cura (Mortari, 2015:27).

Di qui, l'attualizzarsi del "to cure" – "prendersi cura" – attraverso l'assunzione da parte del curante, medico o infermiere, di sottili "posture" (*Ibidem*) *o atteggiamenti esistenziali* che, come vedremo di seguito, necessitano di formazione, o meglio ancora, di una formazione alternativa e purtroppo non riconosciuta e legittimata a più livelli e per diversi motivi in ambito medico-sanitario, sulla quale ci soffermeremo.

Ci riferiamo alle posture, quali[2]:

- l'*esserci* e l'*esserci-con*, ossia, quella forma di presenza tipica della cura, fenomenologicamente orientata, che anche silenziosa permette all'altro di non sentirsi solo e abbandonato mentre affronta una situazione faticosa e dolorosa;
- la *responsabilità*, come riconoscimento, rispetto e "risposta" dinamicamente contestualizzata alla domanda dell'altro, e quindi, come consapevolezza delle proprie azioni; ma anche come, non negazione di se stessi e del proprio sé più autentico dentro il proprio ruolo professionale e nei confronti dell'organizzazione di cui si fa parte. La responsabilità di cura è verso l'altro, verso se stessi come professionista e verso la struttura che eroga cura;
- l'*accoglienza*, come agire che fa sì che l'altro possa essere accompagnato e sentirsi il più possibile a proprio agio e "contenuto" emotivamente proprio in un luogo come l'ospedale che genera vissuti e sentimenti di estraneità, spaesamento, anonimato, ecc.;

2 Con la consapevolezza di aver preso in considerazione soltanto alcune tra le posture della cura. Per un approfondimento di tale tema si rimanda ai testi di Mortari (2006, 2013, 2015).

– l'*attenzione*, come disponibilità e capacità di "stare" fenomenologicamente e minuziosamente "aderente" alla res, nel nostro caso, emotivamente non facile, trattandosi di situazioni di malattia, di sofferenza e di morte. Essa è "concentrazione", "osservazione", "ascolto", "considerazione per l'altro", e soprattutto, "tensione verso l'altro", che richiede "esercizio". Prestare attenzione, ci ricorda sempre Mortari è: "[…] in sé una postura morale, della mente e del cuore" (*Ibid.*: 179);
– l'*empatia*, quella forma di vicinanza del sentire e nel sentire, che come ben sappiamo, non significa, poiché impossibile e per fortuna, sentire nello stesso modo;
– la *responsività*, da intendersi come intervento solerte capace di mettersi in sintonia cognitiva, emotiva e relazionale con l'altro per poterne interpretare il bisogno;
– l'*interessamento*, che possiamo tradurre nella locuzione "tu mi interessi, la tua condizione mi sta a cuore, mi interroga", "la tua storia mi suscita una "curiosità sana";
– il *sentire con premura*, quella forma di accoglienza e di vicinanza all'altro che poggia sulla disponibilità e la competenza indispensabili di sapersi "mettere in sintonia con l'altro";
– *il riconoscimento*, per cui, l'altro viene riconosciuto, legittimato e valorizzato nella sua singolarità e specificità, anche di paziente*;*
– *l'ascolto*, come azione che passa attraverso la parola, il silenzio, lo sguardo, i gesti, l'interesse autentico per l'altro, per i suoi bisogni, desideri, emozioni, punti di vista, valori, scelte, ecc., che possono essere anche molto differenti da quello che vive e sperimenta chi ascolta. A ritagliarsi dallo sfondo sono i rispettivi volti che escono da una condizione di anonimato che è l'opposto della condizione di cura;
– il ricorso a una *parola fragile* (cfr. Borgna, 2014), ossia, una parola attentamente, raffinatamente e sensibilmente leggera sempre situata contestualmente e relazionalmente, che in quanto tale, apre…, genera…, e soprattutto, non anticipa, non colonizza e non ferisce l'altro;
– l'*affidabilità-fiducia*, come presenza "che c'è", "si sente", anche se non sempre fisicamente lì, che l'altro può portare e mantenere dentro di sé sotto forma di riattivazione, "al bisogno", di parole ricevute e ascoltate, di gesti sperimentati di silenzi accoglienti, di sicurezze emotive e di pensiero, interiorizzate e fatte proprie;
– la *coerenza*, come corrispondenza tra i pensieri, le parole e i gesti; negli atti comunicativi, nelle decisioni, ecc.,.
– la *costanza*, ossia, la tenuta nella presenza, negli atteggiamenti e nelle scelte purchè ovviamente pertinenti;
– la *tenerezza*, come globale e quasi personale e intima sensazione di stare bene con l'altro, anche in situazione di sofferenza, per cui si condividono anche solo brevi momenti fatti di emozioni piacevoli, parole, gesti, sorrisi, carezze, ricordi, ipotesi di progetti; e l'altro, può vivere e percepire tutto ciò;

– la *fermezza,* come capacità sia di contenere le ansie, le regressioni, le paure, ecc., dell'altro, sia di saper mettere dei "paletti", se necessari e salutari, che significa anche legittimarsi nel pronunciare una parola che dis-confermi, che introduca un'interferenza, o perfino, una discordanza, se non un vero e proprio divieto, sempre che l'altro sia su quella soglia sufficientemente prossimale di tollerabilità emotiva;
– […].

Di fronte a tale fenomenologia della cura dell'altro, qui appena richiamata, ci sembra evidente come si renda necessaria la cura di sé, sia che l'agire di cura venga svolto dal curante sia che esso venga svolto dal caregiver famigliare. Ovviamente laddove il curante sia un professionista inserito in una struttura la cura di sé diventa, a nostro parere, un imperativo categorico.

Per mettersi in sintonia con l'altro, secondo l'orientamento di una cura autentica, è necessario, prima di tutto, mettersi in sintonia con se stessi, con la propria storia, con le personali esperienze di malattia, o dolore, e con le altrettante situazioni di ri-presa e di cura ricevuta. La cura rivolta verso l'altro è al tempo stesso cura rivolta verso se stessi, non solo perché prendendosi cura dell'altro ci si prende cura di sé, ma soprattutto perché la relazione di cura in cui è implicato l'altro, in particolare se fragile e vulnerabile, ci richiede di interrogare la nostra *soggettività* e *come* essa venga coinvolta o meno, nel *legame* con l'altro: è una soggettività che ci *lega*, ossia, ci rende troppo reciprocamente dipendenti l'uno dall'altro, o che anticipa e colonizza l'altro, per cui lo confondiamo con noi stessi e non lo ri-conosciamo, impedendogli, a sua volta di ri-conoscersi; oppure, la nostra soggettività negata ci rende indifferenti, non-curanti, indifferenti, o al contrario, la mettiamo in gioco talmente tanto, da svuotarci e da sentirci inariditi?

Quando, la cura dell'altro è una risorsa per l'altro e contemporaneamente per noi, per la cura di noi stessi e del nostro sé? E, quando, viceversa, limita l'altro e ci limita? (Mortari, 2015: 46).

4. Le organizzazioni sanitarie sanno veramente di non stare bene e di non curare[3]?

Di fronte a tale scenario appare evidente come le organizzazioni sanitarie, o meglio le aziende ospedaliere, siano chiamate ad affrontare una complessità e una problematicità a più livelli che possiamo anche intendere come complessità/problematicità stratificata che riguarda i vari attori coinvolti nella vita organizzativa, dalle figure dirigenziali, ai medici, agli infermieri fino ai pazienti compresi i loro famigliari.

3 In questo contributo non entriamo nel merito della differenza, non soltanto semantica, tra organizzazioni e istituzioni e ci riferiamo pertanto ai contesti organizzativi che tuttavia presentano delle trasversalità con le istituzioni.

Ci riferiamo alla complessità intrinseca ed interna all'organizzazione stessa generata dalle caratteristiche e dagli orientamenti della nostra contemporaneità che richiede costante apertura ai continui cambiamenti, permanente flessibilità, competenza nella gestione subitanea dell'imprevisto secondo una logica dell'emergenza, da 'pronto soccorso', visto che ci stiamo riferendo all'ambito ospedaliero.

A ciò, va aggiunta la complessità delle donne e degli uomini di oggi, che è complessità identitaria adulta, di prolungamento dell'età media di vita, di differenza di appartenenza culturale, una complessità pertanto generatrice di un'altrettanta complessità di bisogni e di azioni di cura, laddove, appunto, subentri una condizione di fragilità, se non di vera e propria vulnerabilità, legata all'esperienza di malattia grave, degenerativa, o sempre più, cronica.

Fattore quest'ultimo che introduce un'ulteriore e delicato livello di complessità organizzativa inerente la presa in carico e la gestione delle dimensioni emotive esplicite ed implicite del lavoro e della relazione di cura con i pazienti e i loro famigliari, tra colleghi, e tra diversi ruoli professionali.

Per cui, un ulteriore elemento di complessità riguarda la necessità e la capacità di coniugare il sapere tecnico e il sapere umano, il sapere professionale, o anche saper fare, con il saper essere.

Anche se può sembrarci paradossale, le organizzazioni sanitarie – come del resto tutte le organizzazioni profit – hanno indirizzato le risorse, le potenzialità, le competenze, le strategie gestionali, al loro interno, affidate a differenti figure professionali a seconda del ruolo ricoperto, verso la semplificazione di tale complessità appena richiamata, adottando una logica lineare, riduttiva e strumentale dell'immediato tornaconto economico e della subitanea trasferibilità di tecniche e competenze apprese.

Ferrari, riferendo la sua riflessione ai servizi educativi del territorio che, tuttavia condividono la stessa sorte delle aziende ospedaliere, ci ricorda come:

> Nella costante enfasi che viene posta sulla capacità di ottimizzare costi e di semplificare processi e procedure, si tende quindi a sottovalutare il fatto che al centro di ogni azione, anche da parte delle istituzioni, vi è sempre la persona (2010: 124).

Appiattite sul tempo presente del ricavo immediato e del profitto che deve rientrare le organizzazioni sanitarie stanno diventando cieche rispetto alla propria, precipua e originaria identità e funzione, ossia, quella di essere un servizio alla persona:

> Solo se la centralità della persona verrà riproposta a livello di sistema e diventerà profonda consapevolezza individuale e – aggiungiamo noi – collettiva, si può sperare di riuscire a restituire al principio di cura dell'altro una valenza etica utile a ristrutturare il senso delle relazioni sociali […] *(Ibidem)*.

La sfida da raccogliere è senza dubbio molto faticosa anche perché chiama in causa il progetto più ampio e globale di progetto politico, economico, sociale e culturale che una società decide di darsi e in cui si riconosce. A questo punto, siamo obbligati pertanto a fare un passo indietro dentro la nostra riflessione.

L'economia e la logica finanziaria e di profitto ad essa sottesa hanno preso il posto nella nostra contemporaneità della politica e dell'etica (Becarelli, 2010: 42), o meglio, esse coincidono con il pensare e l'agire politico ed etico all'interno di ogni appartenenza ed esperienza della nostra vita adulta. Il progetto antropologico odierno è un progetto economico, o più precisamente, di funzionalità e immediata e strumentale efficacia economico-finanziaria.

Purtroppo però il disastro globale e paradossalmente anche economico generato da questo modello di economia imperante e da tale pervasiva e performante politica economica è davanti agli occhi di tutti (*Ibid*.: 42).

Non potevano non farne le spese la medicina, il sapere e l'agire clinico-medico e, pertanto, l'agire di cura, dentro le organizzazioni sanitarie ma anche nei luoghi del sapere accademico, quali le facoltà di medicina e di scienze infermieristiche che, tra l'altro, sappiamo essere colonizzate da discipline e saperi, perlopiù, tecnico-scientifici.

Ci chiediamo dunque con Becarelli, se sia:

> […] pertinente mettere a fianco medicina ed economia[4], due mondi che in apparenza non hanno niente in comune, se non per il recente ricorrere di un identico auspicio di "umanizzazione" (2010: 74).

Ovviamente, la domanda è retorica. Sempre in sintonia con l'autore, non dobbiamo dimenticarci come:

> Il dissesto economico mondiale determinato da una finanza slegata da qualsiasi principio etico (priva cioè dell'*ethos* che fonda le relazioni umane), è di per sé una rappresentazione particolarmente incisiva degli effetti destruenti che un sistema che perde di "umanità" produce sulle persone e sulla loro vita (*Ibidem*).

Le organizzazioni sanitarie non possono non soffrire e produrre al loro interno un *mal-essere* globale, complessivo e diffuso poiché hanno fatto proprio senza alcun minimo margine di dubbio e di messa in discussione un modello di medicina e di cura che si fonda proprio come l'attuale modello di economia sul "principio operativo" e "quantitativo" di "misurabilità" (*Ibid*: 76):

4 In questo contributo incrociamo sguardo medico-economico-filosofico e pedagogico per affrontare il tema della cura di sé, degli altri e delle organizzazioni nell'accezione qui proposta.

> […] l'econometria ha modificato una scienza umanistica, quale era stata l'economia fino agli anni Cinquanta, in una scienza dei numeri, anteponendo il criterio della "misurabilità" a quello precedente dei fini, ed escludendo da lì in avanti qualunque riflessione sulla congruità morale delle scelte che venivano via via propugnate in nome dell'incremento numerico. I valori sono diventati numerici e non etici […]. Il criterio di misurabilità ha profondamente contagiato anche la medicina, distorcendo il primitivo impegno a produrre salute come benessere […] e l'ha trasformato nella produzione di quantità numeriche come principale prova del suo operato (*Ibidem*).

Le organizzazioni che hanno come *mission* quella di curare (Varchetta, 2012: 51), di fatto, avrebbero bisogno di essere fatte loro stesse oggetto di cura proprio secondo il principio – già considerato sopra – per cui la cura dell'altro ha come premessa la cura di sé, in questo caso, l'organizzazione stessa.

Ci fa presente Varchetta come la sofferenza e il mal funzionamento delle organizzazioni – comprese quelle che erogano cura delle quali ci stiamo occupando – dipendano da una molteplicità di fattori. Secondo una lettura heideggeriana della cura, l'autore sottolinea come esse operino in emergenza, o per fossilizzazione di pratiche, attenendosi al "Si" (*Ibid.*: 68) impersonale e anonimo di cui parla Heidegger. *Si fa* come *solitamente* si fa, *si pensa* come si è *sempre pensato*, *si deve fare* o *non si deve fare*, *si cura* come *solitamente* abbiamo curato, ecc.

In questo modo, il soggetto sperimenta un'appartenenza *inautentica* all'organizzazione (*Ibidem*) poiché non è riconosciuto, non è valorizzato nella sua singolarità originale, nel suo apporto specifico e creativo, nel suo essere risorsa competente, innovativa, agente di un pensare, agire, sentire… diverso dal solito, se necessario: "[…] Nella nostra contemporaneità si assiste alla caduta della capacità delle istituzioni di generare significati condivisibili" (*Ibidem*). Ci si attiene infatti a significati già trovati, non conquistati e partecipati dagli individui. Ciò vale anche per i luoghi di cura dove protocolli, routines, pratiche consolidate, regole, norme, modalità comunicative sperimentate, ecc., raramente sono fatte oggetto di riflessione da parte dei professionisti al fine di un possibile ri-trovamento di senso possibile, negoziabile e condivisibile. Di qui, il vissuto di *non-senso* che nell'età adulta è fonte di forte malessere e disagio, anche nei luoghi di lavoro. L'individuo, pertanto, sperimenta un vissuto profondo di *ambiguità*, di confusività generato proprio *dall'ambiguità organizzativa,* costretto a una *dolorosa remissività autotradentesi* (*Ibidem*), che impedisce, tra l'altro, di far leva *creativamente* e *tras-formativamente* sulle risorse e competenze che già ci sono.

A ciò, si aggiunge la debolezza della *leadership:* "[…] la leadership ha sempre più difficoltà a indicare gli scopi dell'organizzazione e i processi operazionali a essi connessi" (*Ibidem*).

Aspetti e dimensioni, questi appena indicati, che ci permettono di leggere il caso restituito nel successivo paragrafo.

5. La storia di C, 85 anni[5]

Riportiamo di seguito una situazione in cui chi scrive si è trovata direttamente coinvolta.

C, uomo di 85 anni[6] viene ricoverato, pochi mesi fa, in una grande azienda ospedaliera di Milano, situata nella zona sud della città[7], con la diagnosi quasi certa di neoplasia al colon.

C, è rimasto vedovo circa quattro anni fa e da allora vive sostanzialmente con la badante, prima dell'intervento chirurgico è sempre stato autonomo nell'espletamento delle proprie funzioni fisiologiche e per quanto riguarda la cura della sua persona, seppur supportato nella gestione della quotidianità dalla figlia, di fatto, molto presente e attenta come care giver informale.

Durante il periodo di degenza – pre e post intervento chirurgico – appaiono evidenti macroscopiche criticità, se non perfino, vere e proprie inadempienze di cura e nella cura, che chiamano in causa più livelli del sistema-ospedale e quindi più figure, dal primario-direttore del reparto di chirurgia – che tra l'altro, ha preso in carico il signor C, come suo medico-chirurgo – al coordinatore infermieristico, a buona parte degli infermieri del reparto, fino ad arrivare al personale asa e oss.

Ci limitiamo per ragioni di limiti espositivi e per rimanere aderenti al nostro focus di riflessione a indicare alcune principali non-curanze che mettono in gioco, in un andamento piramidale, il vertice dirigenziale e dunque il direttore generale della struttura.

In sintesi, l'esperienza di ospedalizzazione di C, è stata contrassegnata da quella forma grossolana e vistosa di non-curanza – di matrice heideggheriana – di sistema, contestuale, professionale, comunicativo-relazionale, oltre che esistenziale, ecc., che è poi negazione della cura stessa e che – in sintonia con l'oggetto di ricerca di questo simposio – implica una questione centrale e profonda di mancanza di *etica e di responsabilità civile* che possiamo intendere come mancanza di rispetto prima ancora che dell'altro – nel nostro caso, anziano, malato e fragile e dei suoi famigliari – di se stessi, come adulti, e come adulti nel proprio ruolo di curanti, così come, dell'organizzazione in cui si svolge il proprio lavoro di cura che costituisce come identità professionale, una parte non trascurabile della più ampia identità personale.

Abbiamo a che fare, a nostro parere, con una storia di cura che interroga il discorso pedagogico-educativo sulla cura medico-sanitaria – che rappresenta il nostro vertice epistemologico – sollecitandolo ad andare *oltre* il motivo, seppur irrinunciabile, della centralità della relazione tra

5 Restituiamo questa sorta di ingrandimento focalizzato facendo nostro uno sguardo da osservatore partecipante-etnografo.

6 Si è scelto di mantenere l'anonimato (cfr., la nota seguente).

7 Omettiamo il nome dell'Azienda Ospedaliera poiché le finalità del nostro contributo sono puramente di riflessione scientifica e di denuncia etica.

curante e chi è curato – che ovviamente non disconosciamo – ma che può rischiosamente slittare in retorica o astrattezza pedagogica, se non attento a tematizzare criticamente e con sguardo sistemico il luogo-organizzazione in cui l'intervento di cura viene agito e la relazione di cura prende forma.

Ma ritorniamo brevemente alla vicenda di C. Alcuni infermieri entrano nella sua stanza, condivisa con altri tre pazienti, rivolgendosi a lui e/o agli altri con parole pronunciate con un tono di voce molto alto, incuranti che i pazienti, tra cui C, stiano riposando. Anche le conversazioni con i colleghi in corridoio mantengono una tonalità di voce molto alta, non congrua con un luogo di cura. Non poche volte, sembrano dimenticare che C, è sì molto anziano, debilitato e fragile, ma non per questo essi sono legittimati a mettersi in relazione con lui come se fosse un bambino, pertanto, infantilizzandolo e usando con lui il 'tu' o il saluto affidato al 'ciao', senza che tali atti comunicativi vengano concordati e condivisi con C.

Nei giorni che precedono l'intervento gli infermieri decidono di far indossare al paziente i pannoloni, trattandosi della sua 'prima volta', C fa fatica ad utilizzarli, perché non abituato e per una sorta anche di pudore e di rispetto della propria dignità e autonomia che percepisce come sminuite. È così, che quando c'è la figlia le chiede spesso di accompagnarlo in bagno. A tal proposito, un infermiere di turno di notte riprende la figlia facendo riferimento ad argomentazioni che slittano nell'insensato: "O suo padre se ne fa una ragione, o guardi che noi non lo portiamo tutte queste volte in bagno e se dovesse cadere la responsabilità non è nostra".

Paradossale, un professionista della cura che lavora in ospedale non ha la consapevolezza che il suo agire di cura è in se stesso atto responsabile di responsabilità?

Come è possibile inoltre non mettersi, almeno un po', nei panni di C, o meglio ancora, 'nei propri panni', di quando diventato anziano, questo infermiere, potrebbe, perché no, sperimentare una simile situazione? Potrebbe succedere anche a un suo famigliare…

L'elenco delle criticità si allunga perché la figlia di C, si rende conto quasi subito, come manchi la circolarità, continuità e coerenza della e nella comunicazione sia tra le differenti figure professionali sia tra le stesse. Ovviamente, si tratta di un empasse, o incidente di cura, non da poco, avendo esso delle possibili ripercussioni anche rischiose per il paziente stesso. Inutile dire come tale modalità comunicativa disfunzionale generi incertezza e confusione nell'anziano paziente e una buona dose di ansia e di sfiducia nel famigliare che lo accompagna. Se poi, il paziente non può contare sulla presenza di un famigliare attento, la situazione si complica ulteriormente.

A ciò, si aggiungono due episodi in cui davanti alla figlia il primario chirurgo, che avrebbe operato C, squalifica apertamente una collega della sua equipe di collaboratori con parole pesanti non consone al luogo né alla situazione. Come può, ci chiediamo, un professionista, nel ruolo importante che ricopre, muoversi con una simile superficialità, grossolanità e disattenzione? Chi manterrebbe la fiducia e affiderebbe in seguito il proprio famigliare a questa dottoressa? E più ancora, chi potrebbe continuare a

considerare affidabile il chirurgo stesso? In fondo, il linguaggio che usiamo veicola il nostro modo di pensare, le nostre visioni di mondo e quindi il nostro modo di attribuire valore all'esperienza, a quello che siamo e facciamo, agli altri con cui ci relazioniamo e che dipendono da noi – colleghi, pazienti e/o famigliari – alla vita.

Non fosse sufficiente tutto questo, anche qualche infermiere senior manifesta apertamente con la figlia del paziente la scarsa fiducia che ripone nei giovani medici collaboratori del primario, secondo l'equazione "giovane-professionista-non sempre all'altezza della situazione".

Ora, può anche essere che un infermiere con molta esperienza sul campo ravvisi delle incertezze nel giovane curante, o abbia diversi punti di vista su come agire/intervenire, o perfino, espliciti in questa modalità, difficoltà di relazione, più o meno latenti, rispetto a un'altra categoria di professionisti, che seppur giovani, sono in posizione up rispetto alla figura dell'infermiere, ma il letto del paziente non è il setting per 'buttare fuori', senza filtri, quello che il curante pensa e sente.

Quanto si chiede emotivamente e paradossalmente proprio a coloro, paziente e figlia, hanno tutto il diritto di essere rassicurati in una condizione impegnativa e faticosa di per sé?

Gli episodi inoltre in cui le pratiche routinarie come le flebo, il cambio dei pannoloni, la somministrazione del cibo vengono svolte, a dir poco, frettolosamente, sono piuttosto frequenti. I gesti di cura, come questi, che 'toccano' la sfera intima del paziente, il suo corpo, ecc., non necessitano di un tempo biblico – per essere provocatori – ma solo di un tempo qualitativamente attento e concentrato e per questo coerente all'agire di cura.

L'esercizio della delega, non sempre motivata e giustificata, al collega-infermiere, in prossimità del cambio di turno, costituisce una pratica abbastanza consolidata che non sempre è sintonica con i bisogni e i tempi del paziente, in particolare, se anziano.

Si arriva perfino a delegare alla badante per supplire non tanto a un sovraccarico di lavoro o a una carenza di personale, il reparto in cui è C, è stato ricoverato durante le festività natalizie, non dava l'impressione di essere sotto organico né tanto meno affollato di pazienti. Inadempienza 'nella cura' e 'di cura' che chiama in causa il singolo professionista? Disattenta e dis-funzionale gestione del reparto? Senza dubbio, ad essere introdotta implicitamente è una forma di discriminazione tra anziani pazienti, con o senza badante, laddove, in un servizio pubblico la cura è per tutti e nelle stesse modalità.

Abbiamo ricostruito minuziosamente alcuni momenti critici di centrale importanza in questa esperienza di ospedalizzazione e di cura clinica non con la finalità di 'denunciare' l'organizzazione sanitaria coinvolta – altre sarebbero, infatti, in tale caso, le sedi preposte – ma con l'obiettivo di sollevare un nodo cruciale anche sotto forma di interrogativo rivolto a chi ci legge, per cui tale situazione di non-cura non ci sembra soltanto interpretabile come uno tra i tanti episodi di malasanità del nostro paese. Una lettura simile alla quale siamo abbastanza assuefatti per quanto leggiamo

sui quotidiani o ascoltiamo in televisione rischia appunto di non toccarci quasi più e di slittare in secondo piano tra le tante cose che non vanno come dovrebbero andare ma rispetto alle quali siamo addomesticati e ci adattiamo senza speranza di cambiamento.

La questione è senza dubbio più complessa, perché se è vero e innegabile, che le condizioni di lavoro nelle organizzazioni ospedaliere sono molto impegnative e faticose per i motivi sui quali ci siamo già soffermati, è altrettanto vero, che non poche volte, come nella storia di C, ai vincoli strutturali e procedurali di sistema e sistemici che rendono problematico l'agire di cura, si aggiungono vincoli di natura più profonda e personale che chiamano in causa la cecità (?) di chi dirige l'organizzazione e il saper essere del curante, sia esso primario, chirurgo, medico di reparto, infermiere, ecc.,. Un saper essere non coltivato, che in linea con questo contributo, diventa – in un contesto strutturale 'fertile', che non possiamo negare – un *non saper essere* coincidente con una forma di *analfabetismo* non soltanto emotivo e relazionale, ma anche, e soprattutto, *etico* e di *responsabilità civile*. Sul quale, in fondo, si può pensare di poter agire ancora, prendendo le mosse dal 'qui e ora' e proprio per questo andando *oltre,* per inaugurare realisticamente l'*istituente* dall'*istituito*: pena l'imbarbarimento dell'intero progetto antropologico, societario ed educativo della nostra contemporaneità.

In fondo, siamo convinti che pur dentro le molteplici e varie defaiances di un'azienda ospedaliera, un adulto professionista possa scegliere a quale tipo di adulto che cura, vuole o non, appartenere, proprio in quanto adulto.

La sfida da raccogliere e progettare non è sicuramente facile ma non fare i conti con essa significa tradire il senso di sé nel proprio ruolo professionale e appiattirsi su un modo sterile e rischioso dell'aver cura, per citare Heidegger:

L'essere uno per l'altro, uno contro l'altro, il trascurarsi l'un l'altro, il non importare all'uno dell'altro, sono modi possibili dell'aver cura. Sono proprio i modi citati per ultimi, cioè i modi della deficienza e dell'indifferenza, quelli che caratterizzano l'essere insieme quotidiano e medio […] (1976: 56).

Arrivati a questo punto, il discorso si amplia e si complica ulteriormente poiché l'agire di cura è un agire dalle profonde implicazioni politiche ancor più nella nostra contemporaneità in cui l'allungamento dell'età media di vita e la conseguente crescita della popolazione anziana e dei processi di cronicizzazione di alcune patologie costituiscono dei fenomeni, oggettivi ed evidenti, non compensati e supportati da un welfare politico-istituzionale in grado di operare in modo strategico, congruente e rispondente ai complessi e articolati bisogni di cura e di salute dei cittadini, adulti e anziani di oggi (Scarcella & Podavitte, 2010: 200).

Dal nostro punto di vista pedagogico non possiamo non interpellare come si è già accennato il modello di formazione di base e in servizio dei professionisti della cura che è chiamato a rimettere al centro una medicina centrata sulla persona e sulla relazione medico-paziente e una formazione

non sempre e soltanto tecnica, ma anche, personale capace di accompagnare e sostenere chi cura in un percorso di cura di sé, di presa in carico del proprio mondo interiore e affettivo e di auto-riflessione critica sul profondo significato etico del proprio agire di cura e del proprio ruolo di curante dentro un'organizzazione – anche essa fatta oggetto di formazione autoriflessiva – maggiormente capace di prendersi cura di se stessa laddove si prenda cura di chi la abita, in questo caso, gli operatori.

Non porre attenzione a ciò, fa sì, a nostro parere, che nelle organizzazioni che curano si cerchi, al contrario, tra vittime e carnefici, la "sopravvivenza soggettiva" (*Ibid*.: 197).

Bibliografia

Becarelli, R. (2010), "Percorsi di umanizzazione fra medicina ed economia", in don Colmegna, V., Guida, M.G., Ferrari, A. & Sampietro, C. (2010) (a cura di), *Etica della cura. Riflessioni e testimonianze su nuove prospettive di relazione,* Milano: il Saggiatore.

Borgna, E. (2014), *La fragilità che è in noi*, Torino: Einaudi.

Castiglioni, M. (2011) (a cura di), *L'educazione degli adulti tra crisi e ricerca di senso*, Milano: Unicopli.

Ead. (2016), *La parola che cura*, Milano: Librerie Raffaello Cortina Editore.

Ferrari, A. (2010), "Educazione: etica, cura e relazione educativa", in don Colmegna, V., Guida, M.G., Ferrari, A. & Sampietro, C. (2010) (a cura di), *Etica della cura. Riflessioni e testimonianze su nuove prospettive di relazione,* Milano: il Saggiatore.

Heidegger, M. (1927), *Essere e Tempo*, tr. it. (1976) Milano: Longanesi.

Marino, I. (2005), *Credere e curare*, Torino: Einaudi.

Mori, L. & Varchetta, G. (2012) (a cura di), *Cura e formazione. Le organizzazioni che curano*, Milano: FrancoAngeli.

Mortari, L. (2006), *La pratica dell'aver cura*, Milano: Bruno Mondadori Editore.

Ead. (2013), *Aver cura della vita della mente*, Carocci: Roma.

Ead. (2015), *Filosofia della cura*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Noddings, N. (2002), *Starting at Home*, University of California Press: Berkeley and Los Angeles.

Scarcella, C. & Podavitte, F. (2010), "Scelte organizzative a tutela della qualità delle cure e della dignità del malato. L'esperienza nell'AsL di Brescia", in don Colmegna, V., Guida, M.G., Ferrari, A. & Sampietro, C. (2010) (a cura di), *Etica della cura. Riflessioni e testimonianze su nuove prospettive di relazione,* Milano: il Saggiatore

Tramma, S. (2005), *L'educatore imperfetto*, Roma: Carocci.

Varchetta, G. (2012), "Le organizzazioni che curano", in Mori, L. & Varchetta, G. (2012) (a cura di), *Cura e formazione. Le organizzazioni che curano*, Milano: FrancoAngeli.

Finito di stampare
nel mese di agosto 2018
da Digital Team - Fano (PU)