

Lo sguardo socio-fenomenologico per connettere benessere individuale e bene comune*

Patrizia Garista

Lucia Zannini

Published: 22 maggio 2020

Socio-Phenomenological Perspectives to Connect Personal Wellbeing and the Common Good

Health and education are fundamental aspects of human and social development, which we will analyze through the lens of the Socio-phenomenological approach applied in both health promotion and education. Health is constitutively related to education, and it cannot be intended just as a psychological condition. Self-determination of our own health requires assuming responsibility and active citizenship. The right of deciding about our own health cannot be automatically accomplished through an «innate» capacity, but it requires education, metaphorically intended as a flywheel that initially allows the individual to acquire awareness of his/her health needs/desires and, later, to assume a political position in the community, in order to make those needs/desires acknowledged. How can we avoid to reduce health promotion activities in schools and community to standardized practices, which do not consider the embodied needs/desires of the individuals? The Socio-phenomenological approach calls to the «human» component of preventive activities, connecting the individuals' need for wellbeing with the common good.

Salute ed educazione sono due aspetti cruciali dello sviluppo umano e sociale, che qui analizzeremo attraverso la lente dell'approccio socio-fenomenologico alla promozione della salute e di quello fenomenologico all'educazione. La salute non è solo una questione psico-biologica, essa è costitutivamente legata all'educazione. L'autodeterminazione della propria salute richiede un'assunzione di responsabilità e cittadinanza attiva per poter essere affermata. Il diritto di decidere per la propria salute non si esprime automaticamente attraverso una capacità «innata», ma necessita di un lavoro educativo, inteso come volano per acquisire, prima, una consapevolezza dei propri bisogni/desideri e, poi, una posizione politica nelle comunità, per far riconoscere quei bisogni/desideri. Come non ridurre quindi i progetti di promozione della salute nelle scuole, nelle comunità e nei servizi a pratiche «disincarnate», che non considerano i bisogni/desideri dei singoli individui? L'approccio socio-fenomenologico accompagnerà una riflessione per ritrovare il volto «umano» di molte prassi preventive, connettendo il bisogno di benessere individuale con le istanze per il bene comune.

Keywords: Education; Health; Active Citizenship; Reliance; Salutogenesis.

* Il presente contributo è frutto di un lavoro congiunto di entrambe le autrici, che ne hanno discusso insieme ogni sua parte. Ai soli fini concorsuali, si segnala che i primi tre paragrafi (Premessa, Par. 1 e 2) sono stati scritti da Patrizia Garista, mentre l'ultimo paragrafo (Par. 3) da Lucia Zannini.

Patrizia Garista: INDIRE; Università degli Studi di Perugia (Italy)

📧 <https://orcid.org/0000-0002-5132-4393>

✉ patrizia.garista@unipg.it

Patrizia Garista, pedagoga, PhD in *Health Education*, ricercatrice nell'area didattica, formazione e miglioramento presso INDIRE dal 2014. È stata docente a contratto di Pedagogia presso l'Università di Milano, Cagliari e Perugia. È stata founding Editor di *Pedagogy in Health Promotion. The Scholarship of teaching and learning*, SAGE.

Lucia Zannini: Università degli Studi di Milano (Italy)

📧 <https://orcid.org/0000-0001-7287-6616>

✉ lucia.zannini@unimi.it

Lucia Zannini, PhD in *Metodologie della formazione del personale medico e infermieristico*. Dal 2006 è professore associato di Pedagogia presso la Scuola di Medicina dell'Università di Milano, dove si occupa di educazione del paziente, medicina narrativa e *medical humanities*, metodologie innovative nella formazione dei professionisti della cura e *faculty development*.

Premessa. La salute come questione eminentemente educativa

Salute e malattia rappresentano esperienze quotidiane che attraversano i flussi di vita, con mutevoli modalità, contribuendo a disegnare quell'equilibrio che, come afferma Antonovsky (1996), oscilla continuamente tra una polarità di completo benessere e un'altra di completo malessere. Tali correnti esistenziali sono imbricate in vicende di vita e formazione, esperienze che si rendono possibili laddove sono garantite come diritti o, ancora, laddove la partecipazione attiva delle persone sia in grado di restituire significati all'azione, di unire "discorso e azione", rivelando identità "vive e attive" (Arendt, 1994), attraverso relazioni e connessioni con il mondo circostante. Potremmo chiederci, allora, cosa possono fare le persone della realtà in cui vivono, delle loro esperienze di malattia (spesso più consapevoli) e di quelle di salute (spesso meno consapevoli)? Possono avere un ruolo? Esercitare un'*agency* – ossia la capacità di agire attivamente e trasformativamente nel contesto in cui sono inserite –, per far valere i loro diritti, come frequentare percorsi educativi, pur se ammalati, o informarsi per scegliere con maggiore consapevolezza una terapia o, ancora, come affrontare un evento che può avere ripercussioni sulla propria salute fisica e mentale? Le risposte a queste domande dipendono a nostro avviso dal modello di salute che si decide di adottare (WHO, 1986) e, aggiungiamo, dallo sguardo pedagogico che si vuole assumere nei confronti delle pratiche educative finalizzate a promuovere salute nei contesti educativi e di cura (Massa, 1997).

La salute può essere raffigurata come una materia polisemica, incarna diverse rappresentazioni di se stessa e del reale, pertanto necessita di diverse epistemologie per essere compresa, anche differenti tra loro. Come sostengono Desgrosseilliers e Vonarx (2013), la salute è una dimensione della nostra esistenza, ormai studiata in svariati settori per cui oggi ci troviamo a selezionare informazioni sulla salute in "un carrefour disciplinare" (*ivi*, p. 18). Alla complessità di questo oggetto non è seguita una ricerca capace di tenere insieme tale complessità, caratterizzata, al contrario, da studi frammentati, volti a smembrare e a ricomporre la salute. Questo perché sia la ricerca sia le pratiche tendono a studiare il reale in modo paradigmatico, intercettando azioni deterministiche, seguendo un approccio disciplinare focalizzato sulle evidenze del proprio settore, che rischia di perdere "relianza teorica" (*ibidem*), un'espressione che argomenteremo a breve per ricomprendere la complessità della salute. Nello studio della salute dell'ultimo secolo possiamo quindi rintracciare: delle "divergenze epistemologiche" (*ibidem*), caratterizzate dalle diverse semantiche utilizzate in ambiti disciplinari plurimi per descrivere le azioni e i determinanti della salute; delle "divergenze filosofico-pedagogiche" (teorie critiche) che hanno cercato di problematizzare la questione del reale, inteso come esperienza di salute soggettiva in un dato contesto, tempo e in relazione agli oggetti e alle interazioni presenti nel proprio ambiente. La posizione che accetta passivamente ogni determinismo verrà tuttavia oltrepassata da approcci che hanno introdotto il concetto di intenzionalità umana, guardando a possibili modalità di risignificare e reinventare la realtà (Caronia, 1997; 2018; Iori, 2016). La salute, come oggetto polisemico, multiforme e multi-significante necessita dunque di essere ricompresa con la finalità di riconoscere la singolarità e la storicità dell'oggetto reale; di oltrepassare il rischio di una promozione della salute che nell'operazionalizzare teorie e modelli rischia di creare disgiunzioni o riduzionismi (come spesso si assiste all'attuale discorso pervasivo intorno all'Agenda 2030 (Selomane *et al.*, 2019), perdendo di vista "il fattore umano" (Bruzzone, 2018), ossia l'esperienza del soggetto, le sue attribuzioni di significato, la connessione con il suo mondo.

Fare proprio un modello salutogenico di salute e malattia, orientato soprattutto a favorire l'emergere di una *epochè* rispetto a ciò che produce malessere, significa poter mettere in discussione il mondo dato dagli studi su ciò che genera tale malessere, provando a sovvertire la domanda intorno a cosa crea salute. Quest'ultima è una condizione che viene garantita dalla medicina, dalle politiche sanitarie o ha anche molto a che fare anche con le scelte, l'*agency*, l'intenzionalità che può influenzare la qualità di vita delle persone e dell'ambiente e passare attraverso un percorso di cura educativa (Zannini, 2001; Garista, 2014)? Un modello di salute che considera fondamentale il ruolo delle risorse dell'ambiente (anche materiali) e delle potenzialità delle persone e del loro contesto, esige da educatori, e professionisti della cura, non solo di acquisire competenze tecniche e specialistiche sulla prevenzione delle malattie, ma soprattutto educative, al fine di adottare uno sguardo composito e al contempo flessibile. Si tratta di sviluppare una modalità di interrogarsi continuamente sul guadagno formativo dell'esperienza (Mortari, 2003), comprese quelle della malattia o della salute, esercitando un pensiero critico e riflessivo (Zannini & D'Oria, 2018), capace di mettere in discussione i nuclei pedagogici che sottendono alla possibilità di

intendere le esperienze di salute e malattia come esperienze di apprendimento (Lindström & Eriksson, 2011; Kinchin, 2019).

Benessere e apprendimento sono fortemente connessi in molteplici ambiti educativi e tale connessione non è influenzata solo dalla possibilità di riflettere sulla narrazione della propria esperienza e di quella altrui, sulla possibilità di creare significati e guadagnare un sapere capace di guidare la ricerca di senso e l'orientamento verso decisioni positive per la propria salute. Vogliamo qui evidenziare come molti contributi imperniati su concetti chiave nella promozione della salute quali *l'empowerment*, la resilienza, i beni comuni, la sostenibilità e la lotta alle disuguaglianze sociali (Garista, 2018), abbiano creato spazi per discutere sull'autodeterminazione di un diritto: quello definito nella Carta di Ottawa del 1986, e nei successivi documenti (WHO, 1986; 2005; 2017), ovvero essere messi nelle condizioni di poter controllare la propria salute. Non si tratta quindi solo di poter scegliere cosa mangiare, quanta attività fisica fare o se vaccinarsi, ma è necessario attraversare l'esperienza di uno stile di vita democratico, per acquisire una consapevolezza e un ruolo politico nelle comunità, capace di influenzare i propri stili di vita e, a un livello più organizzato, di *empowerment*. Si tratta di influenzare le politiche che incidono su benessere e apprendimenti nelle istituzioni che si occupano di sanità, *welfare*, ricerca e scuola, dal diritto alle cure alla possibilità di partecipare alla progettazione di una scuola organizzata con spazi e tempi capaci di favorire benessere e apprendimento o, ancora, di partecipare alle decisioni che riguardano il proprio piano terapeutico, fino alla libertà di scegliere percorsi di studio e contesti in grado di supportare esperienze di apprendimento e benessere in tutte le fasi della vita.

1. La promozione della salute come pratica educativa per una cittadinanza attiva

Secondo Antonovsky (1996), il principale teorico della salutogenesi, la salute coincide con la ricerca continua di un equilibrio, che può oscillare e ricomporsi spesso nel corso di un ciclo di vita. La costruzione di questo equilibrio dipenderà da risorse interne come il patrimonio genetico, le conoscenze, le *life skills* e molto altro, e da risorse esterne, caratteristiche e opportunità (oggetti) del mondo reale, che possono essere riconosciute e utilizzate, modificate o accettate nel loro rappresentarsi e connettersi con la nostra condizione di vita. Cruciale sarà la capacità del soggetto di comprendere se stesso nella propria realtà, di interpretare e dare un significato agli eventi e di orientare *intenzionalmente* le proprie scelte. Tale capacità è ciò che Antonovsky definisce "senso di coerenza" (*Sense of Coherence, SOC*) (Mittlemark *et al.*, 2017). Se la salute è vista come un processo, non è possibile concepire alcun suo aspetto in maniera separata; inoltre, l'intero contesto socio-culturale e il suo repertorio di significati risultano fondamentali nell'acquisizione e uso delle risorse che creano salute (Cowley, 1999). Sembrerebbe quindi che il processo di costruzione della salute sia fortemente determinato dai singoli individui e dalla loro *agency* nel riconoscere e reperire risorse nel *contesto* in cui vivono.

Eppure l'autodeterminazione dei soggetti, a essere parte attiva nei processi decisionali che riguardano il proprio stato di salute (Garista, 2014), non è così scontata: anzi, spesso, richiede un'assunzione di responsabilità e cittadinanza attiva per poter essere affermata. E tutto ciò non accade da sé, ma richiede un lavoro di accompagnamento, di supporto, anche educativo, per coinvolgere i cittadini nelle questioni che li riguardano. Tarozzi infatti definisce l'educazione alla cittadinanza in riferimento alla nostra Costituzione affermando che:

[...] le democrazie oggi più di ieri richiedono cittadini attivi e governi che promuovono in vario modo lo sviluppo di virtù politiche e una partecipazione responsabile alla sfera pubblica. L'educazione alla cittadinanza attiva mira a costruire nei soggetti in formazione gli strumenti e le competenze necessarie ad agire politicamente come individui autonomi, indipendenti, critici. Li forma a saper analizzare situazioni per prendere posizione, a saper argomentare per giustificare le proprie posizioni, a sviluppare capacità analitiche e di descrizione oggettiva e imparziale, a saper ascoltare e interagire, a rispettare le opinioni altrui (2014, p. 57).

È quindi lecito domandarsi quanto nel lavoro educativo per la promozione della salute sia necessario prevedere un campo d'esperienza che avvii l'esercizio di una cittadinanza attiva, ad esempio attraverso

la competenza dell'*advocacy* (processo attraverso cui sostenere la propria causa con gli organismi istituzionali, mirando a influenzare le politiche pubbliche e l'allocazione delle risorse all'interno dei sistemi politici, economici e sociali). Tale competenza, ad esempio, è strettamente connessa all'*empowerment*, il processo che si propone di farci acquisire potere sulle decisioni che ci riguardano, anche e soprattutto nell'ambito della salute e della qualità di vita. Il richiamo all'*empowerment*, e alla funzione politica di un lavoro educativo nell'ambito della salute, è oggi ben rappresentato dalla prospettiva critica dell'*health education* che ha le sue radici, intesa in questo modo, nel pensiero di Freire, Gramsci e altri autori contemporanei (Wallerstein & Bernstein, 1988; Mayo, 2007; Fitzpatrick & Tinning, 2014; Garista *et al.*, 2015) per connettere le questioni che riguardano la relazione tra benessere, apprendimento e democrazia. Studiosi che, allora come oggi, hanno compreso il legame tra disuguaglianze sociali, scarse competenze, bassi livelli di istruzione e la costruzione di un benessere personale, nonché un approccio ecologico e responsabile verso la propria comunità e l'ambiente (Garista *et al.*, 2015; Zannini & Garista, 2018). I riferimenti di letteratura, tuttavia, tengono conto del fatto che la promozione della salute rappresenta un dominio di ricerca giovane nella storia della medicina, che nasce nella seconda metà del XX secolo (Desgrosseilliers & Vonarx, 2013, p. 19). Anche se a partire dagli Anni 70 ci sono stati molti movimenti culturali che ne hanno delineato i campi d'azione (si pensi al modello bio-psico-sociale o ancora al cambio di paradigma proposto da Antonovsky per studiare i fattori che generano salute), di fatto la promozione della salute fatica ancora ad affermarsi. Se da una parte è presente e diffusa una letteratura scientifica che ha sottolineato una serie di aspetti importanti da un punto di vista delle politiche pubbliche, educative e sanitarie come: l'equità, l'importanza di lavorare per combattere le disuguaglianze sociali, il lavoro per promuovere *empowerment* sociale e individuale, le battaglie per i diritti e l'affermazione di una giustizia sociale in riferimento a diverse questioni che ruotano intorno alla salute, alla disabilità, alla malattia; dall'altra persiste una tendenza al pragmatismo degli interventi, portando sempre più la promozione della salute a perdere la sua connotazione politica e sociale, ovvero di approccio capace di dare al cittadino la possibilità di autodeterminare il suo vissuto di salute e di affermarlo in un'azione sociale su cui far dialogare la sua esperienza soggettiva e i suoi desideri con il mondo in cui avviene tale esperienza. In questo senso, consideriamo particolarmente interessante il contributo della sociologia fenomenologica (Desgrosseilliers & Vonarx, 2013; Caronia, 2018) che permette, a nostro avviso, di andare oltre il tecnicismo, per offrire accesso alla realtà delle persone nel loro contesto di vita e risignificarla in una prospettiva salutogenica.

La promozione della salute è una pratica che, fin dalla sua nascita (WHO, 1986), proponeva di trascendere il riduzionismo di un'educazione sanitaria concentrata sui comportamenti individuali o di considerare l'influenza ambientale sui comportamenti come determinanti di salute (Pocetta, 2015). Strada facendo, tale pratica ha perso la sua istanza fondatrice, politica e sociale, di volano per l'autodeterminazione di un'idea di salute complessa e polisemica, facendosi sommergere dalla ricerca di evidenze oggettive e dalla burocratizzazione dei progetti. Nell'ambito dell'educazione alla salute, ma potremmo dire anche in molti contesti scolastici e soprattutto di detenzione (Annamma, 2017), una riflessione particolarmente interessante riguarda la «patologizzazione» di comportamenti che non aderiscono a performance predefinite (si pensi a espressioni come stili di vita salutari o "corretti"). Nella *governance* e nelle politiche che devono individuare i bisognosi di aiuto, i vulnerabili, il rischio è quello di medicalizzare, di attribuire un'etichetta che sintetizzi il tipo di patologia. Secondo i critici di un certo modo di intendere l'educazione alla salute, la visibilità dei discorsi patologizzanti, come quelli legati al *salutismo*, può essere considerata una forma di "pedagogia pubblica" (Fitzpatrick & Tinning, 2014) o come sostiene Annamma di "pedagogia della patologizzazione". Il che, ancora una volta, conferma il carattere eminentemente educativo della salute e dei discorsi su essa.

Cosa si può rischiare di smarrire, dunque, negli approcci più diffusi della promozione della salute? Dal nostro punto di vista, il soggetto e la sua relazione col mondo. Una perdita che richiama urgentemente l'adozione di una prospettiva fenomenologica. Se partiamo dal fatto che la salute è un fenomeno multiforme, comprendiamo come, per essere compresa, essa abbia bisogno di un pensiero complesso, per cui tutte le costruzioni sociali si formano al termine di un ciclo organizzatore che deriva da un dialogo tra il sé del soggetto e il contesto fenomenologico in cui si inserisce (Desgrosseilliers & Vonarx, 2013, p. 21). Ciò significa che ognuno di noi, per determinare la propria qualità di vita in relazione a esperienze di salute e malattia, ha bisogno di mediare ("bilanciare", per usare le parole di Antonovsky)

tra aspirazioni personali (desideri, bisogni, biografie) e un ordine sociale più grande. La salute è una categoria esperienziale che integra tutti gli elementi di significato che uniscono le persone e orientano la loro esistenza. È incarnata nel soggetto e temporalizzata dall'azione sociale inerente al suo contesto (*ivi*, p. 21). La versione soggettiva della salute emerge nella storicità del soggetto, dalla dimensione temporale che caratterizza le esperienze quotidiane del mangiare, muoversi, prendersi cura del mondo e degli altri e dalla capacità dei soggetti di riflettere su queste azioni, di dar loro un significato. In linea con tale prospettiva, Antonovsky ha definito la promozione della salute non solo come accesso alle risorse e come riconoscimento di risorse personali e opportunità nel proprio contesto, ma anche come processo di attribuzione di significati (*SOC*) che noi colleghiamo qui all'approccio socio-fenomenologico nella lettura della salute e della sua promozione.

2. L'approccio socio-fenomenologico come sguardo sul rapporto tra benessere individuale e bene comune

La teoresi pedagogica di Piero Bertolini, definita da Iori come capace di "esprimere un pensiero critico, complesso, problematico" (Iori, 2016, p. 19) si presenta come riferimento per leggere le realtà educative e, nello specifico, anche quelle che si legano ai processi di promozione della salute. I temi dell'intenzionalità, dell'*epochè*, dell'esperienza vissuta, del mondo della vita, dell'entropatia, dell'intersoggettività, della possibilità, del progetto e della responsabilità, del corpo, dello spazio vissuto e dell'esigenza di senso (Tarozzi, 2001; Zannini, 2001; Bertolini, 2003; Iori, 1996; 2016) si connettono direttamente con molti temi caratterizzanti il modello di salute di Antonovsky e l'approccio della promozione della salute. Sulla scia del ponte tra promozione della salute e approccio socio-fenomenologico tracciato da Desgrosseilliers e Vonarx (2013), esploreremo le intersezioni tra i temi della pedagogia fenomenologica e le epistemologie della promozione della salute.

Nel percorso che stiamo qui tracciando per restituire complessità alla promozione della salute, la prospettiva fenomenologica si inserisce quale possibile via per recuperare la multidimensionalità della salute, il ruolo del contesto e delle esperienze nel suo determinarla, ma anche la comprensione di come sia possibile fare un lavoro educativo nell'ambito dell'*agency*, nonché della genesi nella costruzione delle conoscenze in grado di mediare tra risorse interne ed esterne, mettendo in connessione una genesi attiva, il ruolo attivo dell'individuo nel produrre significati, con una genesi passiva, rispetto alla realtà data (Caronia, 2018). I processi di costruzione di significati che risultano fondamentali nel sostenere il proprio equilibrio personale e la realtà del mondo in cui viviamo sono cruciali, tanto in una prospettiva fenomenologica quanto salutogenica. Il mancato bilanciamento tra questi due aspetti rischia di produrre distorsioni nelle pratiche di promozione della salute (Massa & Catella, 2000). Forse può essere utile, per interpretare e implementare i processi che generano salute, far riferimento ad altri costrutti, come l'*eudaimonia*, il concetto di felicità per i Greci, come punto di intersezione tra interesse individuale e bene comune. Essa si distanzia nettamente dalla prospettiva *edonica*, ovvero quella che raccoglie prevalentemente gli studi volti ad indagare la dimensione del piacere, delle emozioni positive e del benessere prettamente soggettivo. Viceversa, la prospettiva *eudemonica* privilegia l'analisi dei fattori che favoriscono la crescita e la realizzazione delle potenzialità umane, in rapporto al bene comune (Gambacorti-Passerini, Palmieri & Zannini, 2017).

Un approccio socio-fenomenologico può aiutare a promuovere un pensiero complesso nello studio della salute e sostenere l'alleanza (o meglio, la «relianza», su cui ci concentreremo nel prossimo paragrafo) tra soggetto e mondo della vita, attraverso riflessività e attraverso un'inter-soggettività che riguarda le azioni sociali come pratiche di costruzione di conoscenze e salute (Caronia, 1997; 2018), quindi di promozione della salute. È un approccio che permette di entrare nella realtà significata e vissuta dai soggetti, mostrando la pertinenza del progetto di costruzione dell'identità della persona in un panorama multidisciplinare. L'approccio fenomenologico permette di conoscere le persone in profondità, nelle loro contraddizioni, rotture esistenziali (Desgrosseilliers & Vonarx, 2013, p. 26) e attraverso dispositivi specifici permette di entrare nelle comunità, esplorare bisogni e desideri, comprenderli nel profondo. Nella narrazione e nella riflessione, ad esempio, il soggetto attribuisce significati e quindi crea relazioni perché unifica, integra, assorbe mentalmente le esperienze di vita. Le pratiche sociali della salute passano

dunque per quel luogo soggettivo (il sé, i significati che attribuisce nel suo rapporto col mondo) che ne è la sorgente e che può diventare «spazio di educabilità». Per comprendere come ciò avvenga bisogna ritrovare «costellazioni» di referenti identitari (del soggettivo) e, seguendo l'analisi di Desgrosseilliers e Vonarx (2013), si possono considerare i rapporti del soggetto:

- *Con gli altri*: modi di connettersi agli altri, di presentarsi, di mostrarsi. Rapporti di genere, ruoli sociali, movimenti ideologici.
- *Con lo spazio*: lo spazio è *spazio vissuto*, è spazio denso di significati, luogo di relazioni e socializzazione; (Iori, 1996). È spazio dell'esperienza (passeggiare al parco e non solo attività fisica in palestra). I luoghi in cui si fa esperienza di salute sono anche luoghi di educazione informale come i caffè o le panetterie, luoghi in cui partecipare a esperienza di vita positive. Sono luoghi in cui si costruiscono i referenti, i repertori di significato delle identità.
- *Con il corpo*: referenti sensoriali nel conoscere il mondo: i ricordi.
- *Con il tempo*: momenti di riposo, tempo per sé, il tempo dell'infanzia, della famiglia e della responsabilità. Tempi che evocano biografie, che traducono soggettività inedite e che storicizzano le vite delle persone; (Garista & Zannini, 2003).

Nella promozione della salute il soggetto è visto come “sito antroposociale” (Desgrosseilliers & Vonarx, 2013) in cui transitano referenti multipli. Il progetto identitario deve dunque tornare a essere al centro delle pratiche sociali per la salute. In questa prospettiva, l'approccio socio-fenomenologico fa emergere i referenti di significato a cui questo progetto si lega. È l'identità che lega (in francese, *relie*) le persone alle realtà sociali, che unifica i vissuti personali e li reinserisce e comprende in un ordine sociale più ampio.

3. Ritrovare il volto umano nei contesti disincarnati dei servizi alla salute e alla cura della persona

Morin (2005, 2015) ha proposto una nuova espressione per affrontare la sfida educativa capace di gestire le incertezze della società contemporanea, quello della «relianza», che è data, come è noto, dall'unione di due parole francesi: *relier* (unione) e *alliance* (alleanza). La relianza indica tutto ciò che unisce e rende solidali, contro la divisione (Morin, 2005; Mannese, 2016). Con questo costrutto, si riporta il focus della nostra riflessione sulle questioni della vulnerabilità e la sua patologizzazione, della fragilità umana, sulla necessità di dare un ruolo alle emozioni nella costruzione delle conoscenze per il cittadino democratico (Nussbaum, 2001). Gli «operatori di relianza», secondo Morin, consentirebbero di collegare tanto la biologia e la fisica, quanto la cosmologia e la cultura umanistica e, più in generale, di cogliere legami e connessioni, di muoversi in una visione neuro-fenomenologica dell'educazione (Strollo, 2018). Sempre secondo Morin, al cuore dell'educazione va posta l'acquisizione di competenze esistenziali e non solo di quelle tecnico-professionali. Il compito dell'educazione non dovrebbe essere solo quello di spiegare e orientare eventi, processi e quant'altro, ma offrire una comprensione umana, sempre intersoggettiva, che richiede apertura verso l'altro, quella che Iori nel suo intervento (*infra*), riprendendo Edith Stein, chiama «etica dello sguardo».

Come possono essere declinate queste affermazioni nell'ambito della salute? Innanzitutto, ribadendo, ancora una volta, il cruciale ruolo delle *humanities* nella formazione dei professionisti sanitari (Zannini, 2008), in primis per quelli che si occuperanno di promozione della salute. Questi professionisti devono essere messi nelle condizioni di saper sostenere azioni educative finalizzate a sviluppare *advocacy* nei cittadini e dialogo con le istituzioni. In secondo luogo, creando consapevolezza negli insegnanti sul ruolo dell'educazione nella salute delle persone. L'educazione, soprattutto quella che connette, che insegna a riconoscere l'altro, a rispettare l'ambiente e se stessi non promuove soltanto cittadinanza attiva, ma anche capacità di prendere decisioni, soprattutto sulla propria salute e su quella della comunità a cui si appartiene. In questo senso, l'educazione indirizza la politica, è politica.

Se la rappresentazione dei bisogni di salute e della sua esperienza è statica e uniformata, il contesto perde gli elementi di vissuto e di storia collettiva: è un contesto disincarnato (per esempio: promuovere stili di vita «sani»). Ritrovare i vissuti, le esperienze e i volti umani che danno senso ai comportamenti di salute significa adottare una nozione di contesto indissociabile dall'azione sociale dei soggetti che lo abitano. Questo ci suggerisce il pensiero complesso: comprendere la vita sociale, gli stili di vita delle persone (ovvero azioni che determinano la salute delle persone), i processi in sinergia tra loro costantemente reinventati sull'impulso dell'emergenza e delle contingenze (Desgrosseilliers & Vonarx, 2013; Strollo, 2018).

Il contributo della riflessione di Morin sulla *relianza*, ripresa anche in ambito pedagogico (Mannese, 2016), finalizzato a ritrovare i soggetti e i significati che contribuiscono a definire la loro esperienza di salute, rappresenta una modalità per mettere in discussione il modello dominante di genesi passiva della salute, e richiama il costrutto di «agentività» (*agency*)¹ e di intenzionalità educativa. L'agentività chiede di concepire le persone come agenti che agiscono e prendono decisioni in seguito a informazioni ricevute, a processi cognitivi, metacognitivi, simbolici ed emotivi che influenzano i loro comportamenti (Caronia, 2018). Morin richiama però la necessità di «*relier*» tra loro le componenti e le qualità della vita umana come l'amore, la poesia, la follia, il piacere, l'immaginazione e considerarle pari alla ragione (Desgrosseilliers & Vonarx, 2013). Disgiungere tali elementi significa, al contrario, disgregare, ridurre la complessità dell'esistenza individuale e collettiva. La postura epistemologica proposta da Morin è dunque quella della *relianza* come capacità di legare le pratiche sociali della salute alle condizioni emergenziali del loro contesto e ai sistemi di significato che ne permettono l'esistenza. Gli approcci conoscitivi alla salute che tendono ad astrarre e specializzare senza creare «*relianza*» hanno come effetto quello di mutilare il reale (*ibidem*), di perdere il fattore umano (Bruzzone, 2014), i soggetti e il loro mondo di significati che contribuiscono a influenzare la loro salute.

Ci si può chiedere, in ultima istanza, quale possa essere il possibile contributo educativo e formativo di un approccio socio-fenomenologico alla promozione della salute e della cittadinanza attiva. Negli ultimi decenni, l'epidemiologia e altri approcci disciplinari delle scienze della salute, con le loro epistemologie, hanno operato una svolta riduzionista, smembrando fattori da analizzare e poi da promuovere per potenziare soprattutto le capacità adattive dei soggetti.² Questi approcci tendono a proporre credenze normative, autoregolazione, stili di vita salutari, la percezione di controllo, l'intenzione comportamentale. Tutto ciò rischia di materializzarsi in pratiche semplificate del reale (Desgrosseilliers & Vonarx, 2013, p. 23). L'approccio epidemiologico-realista decostruisce la salute in unità autonome di realtà, un «*decoupage mutilante*» (*idem*, p. 24) adottando una concezione matematica del mondo sociale in cui vengono a mancare soggettività e storicità.

Se la promozione della salute deve sostenere equità ed *empowerment*, nonché contrastare le disuguaglianze sociali, non può ridursi a una pratica educativa orientata a cambiare i comportamenti o a promuovere capacità adattive. È necessario recuperare un progetto identitario (vedi Iori, *infra*), l'esperienza vissuta dei soggetti e i significati che si attribuiscono nel dialogo con il mondo circostante (Desgrosseilliers & Vonarx, 2013, p. 28). Questo significa, in ultima istanza, non commettere «abus» educativi e non fare «violenza» sui soggetti: adottare un'etica politica per cui promuovere la salute si fonda su una modalità di riconoscimento sociale, ossia riconoscenza tra stato e cittadini, ma anche riconoscimento reciproco tra i cittadini.

La politica del riconoscimento prevede, in ultima istanza, che ognuno sia accettato nella sua differenza e nella sua autenticità. Promuovere la salute significa quindi contribuire all'emancipazione dei soggetti rispetto a norme e a repertori conformanti di stili di vita e cura del mondo. Ma se la promozione della salute comporta altresì un principio di giustizia sociale, che riconosce a tutti i soggetti il diritto di far va-

1. Si veda la Premessa in questo scritto.

2. Il rischio di focalizzare gli interventi di educazione alla salute sulle capacità adattive è riscontrabile in alcuni progetti sulle *life skills* che presentano modelli di riferimento multidimensionali, ma che smembrano il vissuto soggettivo, dalla partecipazione attiva ai processi decisionali all'esperienza di vita e di azione sociale nella propria comunità, nonché il rischio in cui può incorrere un modello di sostenibilità che si ispira al *framework* dell'*Agenda 2030*, trattandola come una tabella di azioni da stressare con mini-progetti *ad hoc*, perdendo di vista le connessioni e le intersezioni, l'*in-between*» come direbbe Caronia (2018).

lere la propria identità, il riconoscimento reciproco diventa la via per la realizzazione del sé, della propria salute e del contesto in cui ci è dato di vivere (Desgrosseilliers & Vonarx, 2013).

Riferimenti bibliografici

- Annamma, A. S. (2017). *The Pedagogy of Pathologization. Dis/abled girls of color in the school-prison nexus*. Los Angeles: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315523057>
- Antonovsky, A. (1996). A salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Arendt, H. (trad. 1994). *Vita activa*. Milano: Bompiani.
- Bertolini, P. (2003). *Educazione e politica*. Milano: Cortina.
- Bruzzone, D. (2014). Il “fattore umano” e l’approccio fenomenologico nella formazione al lavoro di cura. *Encyclopaideia*, XVIII(39), 9-20.
- Caronia, L. (1997). *Costruire la conoscenza. Interazione e interpretazione nella ricerca in campo educativo*. Scandicci (FI): La Nuova Italia.
- Caronia, L. (2018). The phenomenological turn in education. The legacy of Piero Bertolini’s theory. *Ricerche di Pedagogia e Didattica*, 13(2), 1-22. <https://doi.org/10.6092/issn.1970-2221/8600>
- Coveney, J. (1998). The government and ethics of health promotion: the importance of Michel Foucault. *Health Education Research*, 13(3), 459-468. <https://doi.org/10.1093/her/13.3.459>
- Cowley, S. (1999). Resources revisited: salutogenesis from a lay perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 29(84), 994-1004. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00968.x>
- Desgrosseilliers, V., & Vonarx, N. (2013). Retrouver la complexité du réel dans les approches théoriques de promotion de la santé : transiter par l’identité du sujet. *Santé Publique*, 26(1), 17-31. <https://doi.org/10.3917/spub.137.0017>
- Fitzpatrick, K., & Tinning, R. (a cura di) (2014). *Health Education. Critical Perspectives*. Los Angeles: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203387993>
- Gambacorti-Passerini, M. B., Palmieri, C., & Zannini, L. (2017). Bene comune e salute mentale di comunità. Il contributo dell’educazione. *MeTis*, 13, 141-164. <https://doi.org/10.30557/MT00110>
- Garista, P. (2014). Salutogenesi come diritto di apprendere e creare la salute. *Life Long Learning*, 24. <https://doi.org/10.19241/lll.v10i23.212>
- Garista, P. (2018). *Come canne di bambù. Farsi mentori della resilienza nel lavoro educativo*. Milano: Franco Angeli.

- Garista, P., Mereu, A., Sardu, C., Campagna, M., & Contu, P. (2015). The mouse gave life to the mountain. Gramsci and health promotion. *Health Promotion International*, 30(3), 746-755. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau002>
- Garista, P., & Zannini, L. (2003). Tempo per sé e salute. *Adulità*, 18, 128-137.
- Iori, V. (1996). *Lo spazio vissuto. Luoghi educativi e soggettività*. Scandicci (FI): La Nuova Italia.
- Iori, V. (2016). Lo studioso che ha dato vita e respiro alla pedagogia fenomenologica in Italia: Piero Bertolini. *Encyclopaideia*, XX(45), 18-29. <https://doi.org/10.6092/issn.1825-8670/6334>
- Kinchin, I. M. (2019). The Salutogenic Management of Pedagogic Frailty: A case of Educational Theory Development Using Concept Mapping. *Education Sciences*, 9(2), 157. <https://doi.org/10.3390/educsci9020157>
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2011). From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational science. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6 Suppl.), 85-92. <https://doi.org/10.1177/1403494810393560>
- Mannese, E. (2016). La pedagogia come scienza di confine. Empatia e resilienza: una prospettiva educativa, *Pedagogia Oggi*, 1, 214-225.
- Massa, R. (1997). *La clinica della formazione. Un'esperienza di ricerca*. Milano: FrancoAngeli.
- Massa, R., & Catella, M. (2000). *Prevenzione: un alibi minimalista?* Milano: Centro Ambrosiano.
- Mittlemark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes G. (Eds.) (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Cham (CH): Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Morin, E. (2005). *Il metodo. Vol. 6: L'etica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Morin, E. (2015). *Insegnare a vivere. Manifesto per cambiare l'educazione*. Milano: Cortina.
- Mortari, L. (2003). *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Roma: Carocci.
- Nussbaum, M. (2001). *L'intelligenza delle emozioni*. Bologna: Il Mulino.
- Pocetta, G. (2015). Formazione scolastica alla salute e formazione dei formatori. In F. Calamo Specchia (Ed.), *Manuale critico di sanità pubblica* (pp. 373-379). Rimini: Maggioli.
- Selomane, O., Reyers, B., Biggs, R., & Hamann, M. (2019). Harnessing Insights from Social-Ecological Systems Research for Monitoring Sustainable Development. *Sustainability*, 11(4), 1190. <https://doi.org/10.3390/sui11041190>
- Strollo, M. R. (2018). *Neurophenomenology of education*. Milano: Franco Angeli.
- Tarozzi, M. (2001). Pedagogia come scienza fenomenologica. In M. Tarozzi (Ed.), *Pedagogia Generale* (pp. 195-205). Milano: Guerini e Associati.
- Tarozzi, M. (2014). Cittadinanza. In W. Brandani, & S. Tramma (Eds.), *Dizionario del lavoro educativo* (pp. 55-59). Roma: Carocci.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, 15, 379-394. <https://doi.org/10.1177/109019818801500402>
- WHO (1986). *Ottawa Charter*. Ginevra: WHO Publications. Consultato il 6 settembre 2019 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
- WHO (2005). *Bangkok Charter for Health Promotion*. Ginevra: WHO Publications. Consultato il 6 settembre 2019 https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1

WHO (2017). *Health Promoting School: an effective approach for early action on NCD risk factors*. Consultato il 12 novembre 2019 <https://www.who.int/healthpromotion/publications/health-promotion-school/en/>

Zannini, L. (2001). *Salute, malattia e cura*. Milano: FrancoAngeli.

Zannini, L., & Garista, P. (2018). Educazione alimentare ed educazione ambientale: la costruzione di un equilibrio a partire dal lavoro educativo per prevenire il *food waste*. In C. Birbes (a cura di), *Trame di sostenibilità* (pp. 81-91). Lecce: Pensa Multimedia.

Zannini, L., & D'Oria, M. (a cura di) (2018). *Diventare professionisti della salute e della cura. Buone pratiche e ricerche*. Milano: FrancoAngeli.