

## ARTICOLO SPECIALE

### L'EDUCATORE PROFESSIONALE COME PROMOTORE DI SALUTE

#### SOCIAL HEALTH EDUCATORE

DARIO FORTIN

Università di Trento

#### Riassunto

L'obiettivo di questo elaborato è di evidenziare come l'Educatore Professionale (EP) sia da intendersi un promotore di salute in quanto i suoi principi deontologici, il suo *core competence* e le sue metodologie di intervento, si identificano facilmente nella definizione di Promozione della Salute ovvero "il processo che consente alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla"<sup>(39)</sup>. In Italia l'EP, diversamente da altri Paesi, è formato all'interno del comparto delle professioni sanitarie a partire dal 1984. Chiaramente la sua caratterizzazione, tradizionalmente educativo riabilitativa, lo ha posto di fatto ad operare non solo in contesti sanitari maggiormente "di confine" – come psichiatria, disabilità e dipendenze - ma anche nei vicini settori sociale, penitenziario, scolastico e culturale, a favore di persone vulnerabili di ogni età. Egli è un facilitatore di processi di autonomia personale e di liberazione da vincoli interni ed esterni, grazie alla realizzazione di progetti educativi individualizzati, o collettivi in favore di comunità territoriali. E' associato a livello nazionale con l'ANEP e si coordina con gli educatori di tutto il mondo attraverso l'AIEJI. In Italia lavora per il 50% all'interno di Organizzazioni del Terzo Settore accreditate e per il 30% lo vede occupato all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Il suo spazio disciplinare educativo tende attualmente a collocarsi in modelli ecologico sociali o Biopsicosociali in quanto, nel suo percorso universitario triennale, si nutre delle varie scienze e tecniche dell'educazione, assieme alle scienze biomediche orientate alla riabilitazione funzionale di soggetti particolarmente fragili.

**Parole chiave:** EP: Educatore Professionale; ANEP: Associazione Nazionale Educatori Professionali; DM: Decreto Ministeriale; PV: Provincia; CD: Codice Deontologico

#### Abstract

##### Professional educator as health promoter

The objective of this paper is to highlight how the Professional Educator (EP) is to be considered a health promoter because the principles of ethics, its core competence and its methodologies of intervention, are easily identified in the definition of Promotion of the Health or "the process that allows people to exercise greater control over their health and improve it"<sup>(39)</sup>. In Italy, the EP, unlike other countries, is formed within the health professions sector since 1984. Clearly its characterization, traditionally educational rehabilitation, has in fact put it to work not only in health care environments more "of border" - such as psychiatry, disability and addictions - but also in the neighboring social, penitentiary, educational and cultural sectors, in favor of vulnerable people of all ages. He is a facilitator of processes

of personal autonomy and of liberation from internal and external constraints, thanks to the realization of individualized or collective educational projects in favor of territorial communities. It is nationally associated with ANEP and coordinates with educators around the world through the AIEJI. In Italy he works for 50% in accredited Third Sector Organizations and for 30% he sees him employed within the National Health Service. Its educational disciplinary space currently tends to be placed in ecological social or biopsychosocial models because, in its three year university course, it nourishes itself of the various educational sciences and techniques, together with the biomedical sciences oriented to the functional rehabilitation of particularly fragile subjects.

**Key words:** Social Health Educator, AIEJI: International Association of Social Educators, Core competences, Educational intervention, Ottawa Charter, WHO: World Health Organization

## L'EDUCATORE PROFESSIONALE: una breve presentazione

La figura dell'Educatore Professionale (EP) è presente in Italia e nei Paesi europei sin dagli anni '50<sup>(43)</sup> ma è dall'inizio degli anni '80 che in Italia è stato identificato il profilo professionale dal punto di vista politico istituzionale.

Tra i suoi padri ispiratori ci sono delle figure magistrali stupende come per esempio l'educatore e umanista Vittorino da Feltre (1373-1446) e poi i santi fondatori di importanti ordini religiosi Ignazio di Loyola (1491-1556), don Bosco (1815-1888) e Leonardo Murialdo (1928-1900).

Più recentemente ricordiamo il fondatore degli scout Robert Baden Powell (1857-1941), l'educatrice e neuropsichiatra Maria Montessori (1870-1952) e don Lorenzo Milani (1923-1967) solo per nominarne alcuni di molto noti.

Per vari motivi tuttavia la professione di EP risulta, ancora oggi, sostanzialmente sconosciuta o confusa con altre, per cui è importante presentarla con le parole dell'Associazione Nazionale Educatori Professionali (ANEP) ovvero la sua associazione di riferimento:

L'Educatore professionale è l'operatore che, in base ad una specifica preparazione di carattere teorico e tecnico-pratico, svolge la propria attività mediante la formulazione e la realizzazione di progetti educativi, caratterizzati da intenzionalità e continuità, volti a promuovere lo sviluppo equilibrato della personalità e delle potenzialità, il recupero ed il reinserimento sociale di soggetti portatori di menomazioni psico-fisiche e di persone in situazione di disagio o esposte a rischio di emarginazione sociale o di devianza<sup>(1)</sup>.

## Il quadro istituzionale e universitario

Fino a questo momento il profilo professionale dell'EP è stato riconosciuto e regolamentato solo dal Ministero della Sanità attraverso il DM 8 ottobre 1998, n. 520, che lo ha inserito tra le professioni dell'area della riabilitazione (DM 19/3/1999) e connotato come professione

dotata di autonomia professionale piuttosto che "ausiliaria" del medico.

La sua formazione di base è un corso di laurea di primo livello, presso le facoltà di Medicina, attivato da circa 15 anni tra i corsi di laurea delle professioni sanitarie (SNT2), conferendone anche l'abilitazione professionale.

Nell'Università italiana parallelamente esistono anche altri corsi di laurea con varie denominazioni, istituiti presso i Dipartimenti di Scienze della Formazione (L-19) già Facoltà di Pedagogia, ma senza aver ricevuto pieno riconoscimento giuridico da parte dello stato che ne abilita alla professione per la quale si sono laureati.

Questa situazione disarticolata crea notevoli confusioni sia nei confronti degli studenti, che a livello di servizi ed enti locali nel territorio, i quali non possono effettivamente comprendere il senso pratico di questo doppio canale formativo. Nonostante il notevole sviluppo di questo settore del mercato del lavoro già dagli anni ottanta, abbiamo visto come sia il mondo universitario, sia il mondo della politica italiana non hanno saputo prendersi carico organicamente della formazione di base degli operatori socio sanitari ed educativi, lasciando ingiustamente un senso di indefinitezza, precarietà e imprevedibilità in chi si occupa quotidianamente di attività educative con persone malate e vulnerabili. Un piccolo segnale di speranza da parte degli educatori viene dalla recentissima Legge-quadro "Lorenzin" n.3/2018 sul riordino delle professioni sanitarie che permette la costituzione dell'Albo professionale specifico. Un obiettivo raggiunto che secondo l'ANEP "diventa un'ulteriore punto di partenza: il sistema universitario dovrà affrontare la questione del doppio canale formativo discutendone con l'ordine professionale e il Ministero della Salute dovrà affrontare l'equivalenza dei titoli progressivi"<sup>(2)</sup>.

Vedremo se si riuscirà ad avere un accordo tra Ministeri e Università che metta in primo piano le esigenze di salute e benessere per i soggetti più deboli e dunque l'ordinamento di una figura unica di Educatore Professionale in grado di realizzare progetti educativi in tutti i settori.

## I contesti di attuazione dell'intervento educativo

Secondo una recente indagine a livello nazionale<sup>(18)</sup> oggi l'EP lavora per un unico datore di lavoro (83%) composto per il 54% di Organizzazioni non profit, per il 30% nel Servizio Sanitario Nazionale e la restante parte in Enti locali (Comuni, PV, ASP ecc..) oltre che nello Stato, Regioni, Scuola e Università. Le stime dell'ANEP facendo riferimento alla citata ricerca, ma probabilmente per difetto, ci dicono che attualmente vi sono operativi 31.550 EP in Italia (il 72% al nord) di cui due terzi è di genere femminile. Solo il 4% lavora come libero professionista. Il 25% circa svolge o ha svolto funzioni dirigenziali, mentre 18% si occupa anche di formazione. L'EP dichiara inoltre di svolgere attività di ricerca con lavori pubblicati, od in corso di pubblicazione, per il 21% del campione esaminato. Gli EP sono presenti in tutti i settori dei servizi sociosanitari. In particolare l'area di lavoro con la disabilità (27%) e quella con i minori (24%) impegna più della metà degli EP italiani; segue il lavoro nell'area del disagio psichico per il 20%

ed il resto del lavoro con gli adulti in difficoltà, nell'area delle dipendenze patologiche, con gli anziani ed altri.

L'attività prevalente di lavoro è la pianificazione e realizzazione degli interventi educativi sia a livello personalizzato che rivolti a gruppi o comunità territoriali.

Possiamo descrivere i campi dell'intervento educativo secondo le azioni di lavoro "diretto" (con l'utenza) e lavoro "indiretto" (per l'utenza).

La tabella che segue illustra chiaramente un'articolazione delle complesse funzioni ed attività gestite dell'EP (tabella 1):

## Un core competence promotore di salute

Nella seconda metà degli anni '90 l'ANEP ha dato impulso all'attività di ricerca, favorendo la pubblicazione di una serie di lavori che hanno cominciato a definire un'epistemologia caratterizzante, inizialmente sostenuta dall'Editrice "Masso delle Fate" di Firenze, mentre dal 1998 la casa Editrice "Unicopli" di Milano, ha attiva-

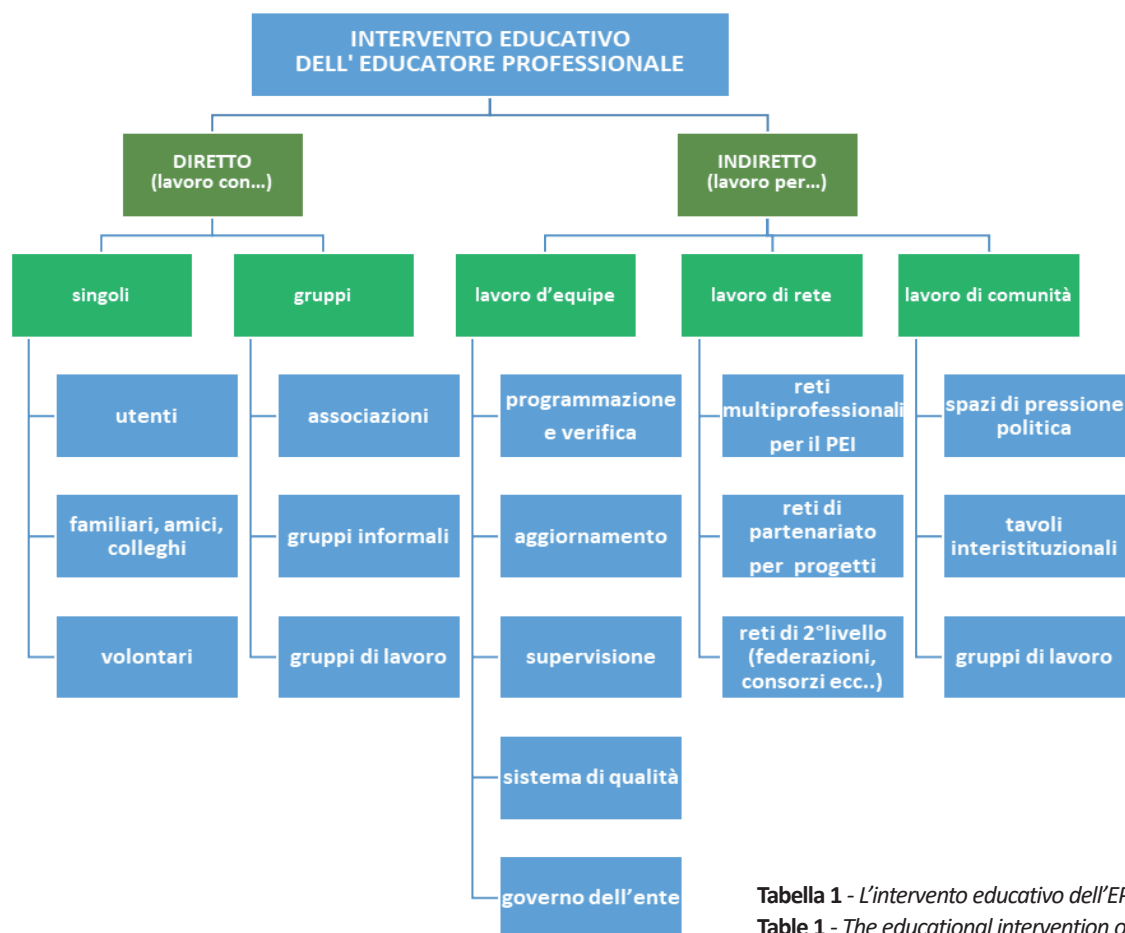


Tabella 1 - L'intervento educativo dell'EP.

Table 1 - The educational intervention of the EP.

to la “Collana Chiaroscuri, percorsi attraverso l’educazione” in collaborazione con ANEP. Dal 2003 anche la casa Editrice “Carocci” ha pubblicato alcuni volumi, sempre in collaborazione con ANEP<sup>(9,10,16,20)</sup>.

Altri punti di riferimento epistemologico, vicini sia agli ambienti accademici che ai servizi sociosanitari, durante gli anni novanta, sono stati con i loro lavori: Piero Bertolini, Duccio Demetrio, Andrea Canevaro, Fabio Folgheraiter, Mario Groppo, Cesare Kaneklin, Paolo Marcon, Riccardo Massa, Franca Olivetti Manoukian, Floriano Poffa, Mario Pollo, Cesare Scurati. Non possiamo certo dimenticare il grosso lavoro del Gruppo Abele di Torino attraverso la rivista “Animazione Sociale”, il ruolo importante di “Prospettive Sociali e Sanitarie” ed il contributo del CNCA Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza attraverso la sua “Comunità Edizioni”.

Tutti hanno contribuito, a partire dagli anni ‘70 a mettere le basi culturali e scientifiche generative dell’educazione professionale italiana.

Un lavoro di ricerca autorevole più recente, che è diventato punto di riferimento per tutto il comparto, è stato la definizione del *Core Competence* della professione realizzato da un gruppo di EP esperti con la supervisione scientifica di Jean Jaques Guillbert (autore della famosa *Guida pedagogica per il personale sanitario dell’OMS*) e dall’esperta di pedagogia medica Antonella Lotti<sup>(46)</sup>.

La ricerca ha individuato due principali *competenze*: la competenza intellettuale e la competenza di comunicazione interpersonale. Su queste due grandi competenze si appoggiano sei *funzioni* estrapolate dal profilo professionale ministeriale:

- Pianificazione dell’intervento rivolto alla comunità/gruppi (PIE-G)
- Pianificazione dell’intervento educativo rivolto alla persona (PIE-P)
- Educazione e riabilitazione (ER)
- Organizzazione, coordinamento e gestione di strutture e risorse (OCG)
- Formazione (F)
- Ricerca (R)

In questa sede, per ovvii motivi di spazio, non possiamo addentrarci nel dettaglio della descrizione delle *attività* previste, ma già da una veloce lettura, per chiunque è possibile immaginare il ricchissimo e articolato campo di intervento dell’EP.

### Lo spazio internazionale

A livello internazionale il campo di azione dell’EP italiano viene presentato agli altri paesi

come “Social Health Education”<sup>(26)</sup> o educazione sociosanitaria al fine di aiutare i colleghi studiosi di altre università estere a comprendere la specificità di intervento e la delimitazione del campo di ricerca educativa che, come sappiamo, coinvolge sia l’ambito sociale che sanitario<sup>(25,37)</sup>.

L’EP italiano deve dunque saper dialogare almeno con entrambi questi mondi che hanno identità e culture organizzative spesso distanti fra loro e che tendono a separare il cittadino in settori come se fosse un oggetto scomponibile e, secondo alcuni autorevoli educatori, abbandonandolo di fatto<sup>(15)</sup>.

Uno spazio di dialogo professionale a livello mondiale è dato dall’AIEJI International Association of Social Educators nata nel secondo dopoguerra, a cui l’ANEP è federata, con partecipazione diretta nell’ international board ed in gruppi di studio tematici, finalizzati all’azione di policy making ed alla formazione dei suoi membri.

### L’EP NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Dopo aver descritto sinteticamente la figura dell’EP dedichiamo questa seconda parte ad esplorare nel suo quadro epistemologico.

#### La salute non solo come assenza di malattia

Prima di evidenziare l’attività dell’EP in relazione al concetto di Promozione della Salute è necessario intenderci riguardo il significato che diamo al termine “salute”.

La *World Health Organization* (WHO) costituendosi nel 1946 a New York, ha esteso gli spazi della salute superando la storica concezione della salute come assenza di malattia. Sappiamo che dal ‘46 in poi la definizione ufficiale del termine “salute” è “*uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale*”<sup>(33)</sup>. Il benessere diventa quindi un requisito di salute e questa non è più una competenza esclusiva della medicina, ma capiamo subito che riguarda ogni disciplina che può direttamente o indirettamente contribuire a produrre benessere fisico, psichico e sociale.

In quegli anni lo psicologo e pedagogista statunitense Carl R. Rogers (1902-1987) grazie alle sue ricerche in campo psicoterapeutico<sup>(34,35)</sup> diede un contributo rivoluzionario per i professionisti nelle relazioni di aiuto, proponendo una medicina fondata sulla salute e *centrata sulla persona* ritenendola più efficace del modello biomedico centrato sulla malattia. Alla sua base vi è “il concetto di paziente/cliente visto come partner o agente attivo coinvolto nel processo di recupero del proprio equilibrio psicofisico e di sviluppo del proprio potenziale di salute”<sup>(44)</sup>.

In Italia negli anni sessanta Alessandro Sepilli, evidenziava alcuni aspetti innovativi del concetto di salute: *“La salute è una condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale”*. Le parole *“armonico equilibrio”* danno una dimensione dinamica alla salute dove l'equilibrio rappresenta una dialettica tra interno, la capacità di controllo, ed esterno, la situazione favorevole o sfavorevole dell'ambiente<sup>(38)</sup>.

Antonovski, nel 1979, propose il neologismo *“salutogenesis”* – le origini della salute – come un *“orientamento che dimostrava di essere una guida più potente per la ricerca e la pratica rispetto all'orientamento patogeno”*<sup>(4)</sup>. Il suo modello parte dal presupposto che *“il sistema umano (come tutti i sistemi viventi) è intrinsecamente imperfetto, soggetto a inevitabili processi entropici e a inevitabile morte”*. Egli ha proposto una base teorica congeniale ai sostenitori della promozione della salute, immaginando la necessità di ritagliare una sua esistenza autonoma, sebbene indubbiamente in collaborazione con la medicina curativa e preventiva.

In ultimo vogliamo ricordare il ruolo che ha avuto la psichiatria italiana in favore dell'allargamento del concetto di salute e verso nuove forme di integrazione sociosanitaria. Si tratta dalla grande rivoluzione culturale proposta dalla psichiatria sociale di Franco Basaglia che, grazie alla famosa L.180/1978 a lui intitolata, è oggi considerato il più importante intellettuale della storia dell'Italia repubblicana<sup>(23)</sup>.

Il processo di applicazione della legge non è stato né lineare né logico, per le contraddizioni politiche a livello locale e nazionale e per i periodici tecnicismi conditi da rigurgiti positivistic, tendenti a separare in modo netto le competenze.

In ogni caso con quella legge l'Italia fu il primo stato al mondo a chiudere i manicomi al fine di dare dignità umana al paziente e di integrare il più possibile la persona malata di mente nella società. Le esperienze pilota in psichiatria sono diventate il paradigma dell'integrazione sociosanitaria.

### Il concetto di promozione della salute

Grazie a queste posizioni d'avanguardia e a numerose altre ricerche e sperimentazioni al di fuori dello stretto ambito sanitario<sup>(5,12,28,29)</sup> la WHO porta avanti il concetto di Promozione della Salute che è definito nella famosa *“Carta di Ottawa”*<sup>(41)</sup> che ispira ogni professionista della salute, ma ancor più incoraggia l'EP che partecipa all'attuazione di programmi riabilitativi e

socio culturali con la responsabilità di realizzare interventi educativi con singoli, gruppi e comunità.

La Promozione della Salute infatti si definisce come *“il processo che consente alla gente di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo o il gruppo deve poter individuare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni e modificare l'ambiente o adattarvi. (...) La salute è dunque un concetto positivo che insiste sulle risorse sociali e personali oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani per aspirare al benessere”*<sup>(40)</sup>.

Nella direzione dell'aspirazione al benessere per tutti, lo statunitense 'O Donnell ci sintetizza bene le cinque dimensioni della salute che dovrebbero essere bilanciate nella persona umana:

- Salute fisica: comprende la buona forma fisica, l'alimentazione, la cura di sé, il controllo sull'abuso di sostanze;
- Salute emotiva: comprende la presa in carico delle crisi emozionali e la gestione dello stress;
- Salute sociale: comprende la costruzione di comunità, famiglie ed amicizie;
- Salute intellettuale: comprende l'istruzione, l'ottenimento di risultati, la carriera;
- Salute spirituale; comprende l'amore, la speranza, la carità.

Infatti la *“salute ottimale si ottiene da un bilanciamento dinamico della salute fisica, emotiva, sociale, spirituale ed intellettuale”*<sup>(32)</sup>.

### Il concetto di educazione

A questo punto risulta immediata l'assonanza tra gli ambiti disciplinari relativi alla Promozione della Salute con quelli dell'Educazione. Ci facciamo aiutare dal grande pedagogista italiano Piero Bertolini, scomparso dieci anni fa, per trovare una semplice definizione di educazione dal suo *Dizionario di pedagogia e scienze dell'educazione*: *«il processo di formazione dell'uomo (inteso sia come individuo sia come gruppo) nella direzione di una lenta ma autentica scoperta e chiarificazione di sé, ovvero delle proprie peculiari caratteristiche fisiche, mentali, spirituali»*.

In un senso più specifico l'educazione *«designa – continua Bertolini - ogni azione intenzionale e perciò consapevole e voluta dell'adulto (e*

della società) per aiutare il bambino a crescere e svilupparsi armonicamente, in vista di un progressivo arricchimento e potenziamento delle sue dimensioni biologica, psicologica, sociale, spirituale ecc. al fine di favorire una sua positiva e quindi attiva e critica integrazione nell'ambiente in cui si trova a dover vivere»<sup>(6)</sup>.

Questa definizione ci risulta particolarmente in sintonia con Carta di Ottawa circa il "controllo sulla propria salute", quando la definizione bertoliniana chiarisce l'obiettivo dell'educazione, ovvero la «positiva e quindi attiva e critica integrazione» nella società da parte dell'educando, che non può essere reso un paziente esecutore di direttive imposte dall'educatore.

Andando oltreoceano anche nella riflessione Deweyana l'educazione si presenta con una doppia caratteristica: da una parte è l'adattamento alle forme di vita, ai costumi e agli ideali della società in cui si rivolge, ma al tempo stesso, è anche sviluppo costruttivo della personalità dell'educando, che opera per trasformare la realtà che lo circonda<sup>(11)</sup>.

Dunque John Dewey ci spinge ancor più oltre l'importante obiettivo della critica integrazione nell'ambiente, per sognare un educando che cresce *trasformando* la realtà che lo circonda, così come ci evidenzia la succitata Carta di Ottawa quando ci dice che: "Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte".

### Educazione e Riabilitazione

Il *core competence* dell'EP associa il termine "educazione" con il termine "riabilitazione" quando identifica la Funzione ER (educazione e riabilitazione) tra le sei funzioni specifiche che poggiano sulle due competenze fondamentali che l'EP deve possedere nel campo intellettuale e della comunicazione interpersonale. Naturalmente i campi di intervento e gli studi più evoluti in tal senso si collocano nelle aree della disabilità, della salute mentale e delle dipendenze.

Il compito principale della riabilitazione "consiste nel restituire alla persona le abilità fisiche, emotive, sociali e intellettuali indispensabili per vivere, perdute e/o danneggiate nel corso della malattia"<sup>(13)</sup>.

Prevede inoltre di agire sul funzionamento e di migliorare il livello di partecipazione delle persone alla vita sociale "con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, indipendentemente dalla gravità delle sue disabilità"<sup>(14)</sup>.

In contesti legati al disagio giovanile, ma non solo, si tratta di puntare con la pedagogia fenomenologica di Piero Bertolini, su "un cambiamento della visione del mondo" del "ragazzo difficile", un cambiamento "non imposto da qualcuno ma via via scoperto, talvolta con sofferenza, da lui stesso", se l'intervento rieducativo ha creato le condizioni favorevoli per mettere in crisi la vecchia visione del mondo e per "innescare una logica motivazionale". Ovvero riconoscendo da parte dell'EP una certa co-responsabilità dell'individuo nella determinazione del suo comportamento, restituendogli il senso della propria dignità di soggetto, sul quale poter far leva<sup>(7)</sup>.

### La dimensione deontologica che indica un modo di essere promotori di salute

In attesa del via libera istituzionale per costituire l'Albo professionale, avvenuto in questi giorni con la Legge "Lorenzin" n.3/2018, l'EP si era dotato già dal 1992 di un proprio Codice Deontologico (CD).

Il suo CD, come per altre professioni socio-sanitarie, è una magna charta dei principi, dei diritti e dei doveri a cui ogni EP fa riferimento<sup>(3)</sup>. Nel CD troviamo esplicitate le *responsabilità nei confronti della professione*, attraverso una formazione di base riconosciuta, un aggiornamento e una supervisione continua, una preparazione solida delle competenze relazionali e di lavoro per progetti (p.7); le *responsabilità nei confronti dell'utente* con le raccomandazioni per il rispetto della dignità e dei diritti delle persone che non possono essere manipolate e che hanno diritto all'autodeterminazione nelle scelte (pp.8-9) oltre ad una robusta parte relativa al segreto professionale e alle sue difficili interpretazioni applicative nel confine tra l'educativo ed il giuridico<sup>(31)</sup>.

Le *responsabilità nei confronti delle famiglie*, per valorizzare la rete primaria di contatti significativi per l'utente (p.10); le *responsabilità nei confronti dell'equipe*, evidenziando come cruciale per l'EP il lavoro di squadra sia a livello monodisciplinare che interdisciplinare (p.11); le *responsabilità nei confronti del datore di lavoro*, collaborando allo sviluppo dell'azione organizzativa (p.12) ed infine le *responsabilità nei confronti della società*, collaborando con i servizi esistenti e stimolando le istituzioni al miglioramento della qualità dei servizi (p.13).

Non vi è dubbio che la linea guida deontologica che più si avvicina alla definizione centrale della Carta di Ottawa ovvero:

"Per *Promozione della Salute* si intende il processo che consente alla gente di esercitare

*un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla”*

Riguarda le responsabilità nei confronti dell'utente dove si dice che "l'E.P., in tutti i suoi interventi educativi, partirà dalla convinzione di essere un agente d'aiuto alla persona, alla sua famiglia, alla comunità d'appartenenza.

Nell'affrontare questo compito **non dovrà avere il ruolo di risolutore dei problemi, sostituendosi agli interessati**, ma quello di avvicinarsi alle persone accettandole, comprendendole, proponendo e favorendo quei processi educativi utili al cambiamento che permetteranno una crescita personale positiva, un'inclusione sociale il più vasta possibile, un benessere e una qualità della vita a cui tutti gli esseri umani hanno diritto.

La persona che necessita dell'intervento educativo dovrà essere soggetto attivo in tutto il percorso, ed essere presa in carico nella sua globalità” (p.3 il grassetto è mio).

Inoltre l'EP più marcatamente di altre professioni sociali e sanitarie, nasce come figura “ponte” tra diversi settori operativi, istituzionali e politici, per cercare di portare lo specifico punto di vista delle persone che accompagna; un punto di vista particolarmente vicino e quotidiano. L'EP interviene quotidianamente direttamente ed indirettamente, ma rimanendo sulle soglie dell'azione, con uno stile “il meno direttivo possibile”<sup>(22)</sup> anzi “*incita all'azione anche se in modo discreto assegna tempi e cose da fare oltre che a fornire le informazioni necessarie perché un lavoro possa essere svolto; [...] è un mediatore, un riconciliatore, un consigliere, ma anche un controllore del processo affinché l'iniziativa non gli sfugga*”<sup>(19,42)</sup>.

## Conclusioni

Dopo aver brevemente presentato l'EP nelle sue competenze, attività e ambiti di lavoro principali, abbiamo mostrato che in educazione professionale il concetto salute e di PdS non può essere solo legato ad attività di informazione che coinvolgono il territorio nelle sue varie parti (persone fragili, società civile, professionisti, policy makers, istituzioni) ma è molto di più.

La PdS è un concetto basilare, trasversale e profondo che indica i fondamenti della metodologia dell'intervento educativo, perché il controllo è dato/lasciato principalmente all'utente. Egli viene così anzitutto aiutato a scegliere le modalità di affrontamento dei suoi problemi di vita e di salute. Ciò va a favore di una logica educativa dell'intervento, che può essere diretto o

indiretto. L'EP ha infatti il compito di superare la logica prestazionale dell'aiuto<sup>(21)</sup> legata a vecchie prassi di tipo assistenziale riparativo, dove il soggetto è principalmente utente, paziente, destinatario di servizi sanitari o di prestazioni sociali più o meno a buon mercato.

Nell'analisi generale del *Core Competence* alla luce della *Carta di Ottawa*, possiamo evidenziare immediatamente l'aderenza completa della *Funzione di Pianificazione dell'intervento rivolto alla comunità/gruppi* (PIE-G) quando tra le Attività di progettazione, programmazione e attuazione, si prevede di “costruire il progetto educativo secondo le prospettive di promozione della salute e di prevenzione, con un approccio partecipativo, di facilitazione e di mediazione dei conflitti”<sup>(17)</sup>.

Tuttavia il concetto di Promozione della Salute in quanto processo di *empowerment* che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute, è presente trasversalmente nelle pieghe di tutto il *core competence*.

Abbiamo visto inoltre che il Codice Deontologico dell'EP elenca le responsabilità professionali, ma afferma con forza il divieto di sostituirsi agli interessati nella soluzione dei loro problemi. Essi dovranno essere aiutati ad essere attivi in tutto il loro percorso e presi in carico globalmente e non solo per il problema che vivono.

In conclusione possiamo dire di aver evidenziato che alcune caratteristiche fondamentali dell'identità professionale dell'EP, sono profondamente identificabili nel concetto di PdS del WHO.

Infine dobbiamo ammettere che un limite di questo lavoro riguarda un ragionamento sul *core curriculum*<sup>(30)</sup> dell'EP, ovvero le strategie formative più opportune per la sua formazione di base orientata alla PdS. Pensiamo che la metodologia di intervento dell'EP promotore di salute sia – come sottolineava Carl Rogers - un “modo di essere” in relazione<sup>(36)</sup> che richiede non solo un sapere teorico, ma nemmeno solo un sapere pratico; secondo la nostra positiva esperienza è necessaria una formazione più integrata basata su forme di *experiential learning*<sup>(24,27)</sup>.

La PdS infatti necessita di *empowerment* personale, cioè richiede che gli individui conferiscano a se stessi il diritto e la responsabilità di prendere decisioni per creare condizioni benefiche per la propria salute e per quella degli altri. Questo aspetto pone un problema molto interessante relativamente alla formazione universitaria dell'EP, che in Italia ha purtroppo due canali accademici paralleli (relativi al settore medico ed al settore pedagogico) che fanno fa-

tica a dialogare per problemi intrinseci ed estrinseci, ma che potrebbero incontrarsi – in termini metodologici ed epistemologici – proprio sul terreno della Promozione della Salute.

### Dichiarazione di conflitto di interesse

Gli autori dichiarano di non aver ricevuto alcun finanziamento per il seguente studio e di non aver alcun interesse finanziario nell'argomento trattato o nei risultati ottenuti.

### Bibliografia

1. ANEP, Documento Programmatico dell'Associazione Nazionale Educatori Professionali, documento realizzato nel 1992 e modificato nell'Assemblea Nazionale 2002, visionato il giorno 27 dicembre 2017, ore 21. Disponibile sul sito [www.anep.it](http://www.anep.it)
2. ANEP. Gli Educatori Professionali finalmente avranno un albo, visitato il 05/01/2018. Disponibile in: <http://anep.it/news/2788/show>
3. ANEP, Il codice deontologico dell'Educatore Professionale, maggio 2015, visitato il 06/01/2018, disponibile in: <http://anep.it/anep/allegati/file/Documenti%20ANEP/Codice%20Deontologico,%20Udine%202015.pdf>
4. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, Oxford University Press 1996, Vol. 11, No. 1, pp.13-14
5. Balint M. The doctor, his patient and the illness, Pitman, London 1957 (trad. it. Medico, paziente e malattia, Feltrinelli, Milano 1961;
6. Bertolini P. Dizionario di pedagogia e scienze dell'educazione, Zanichelli, Bologna, 1996, p.167
7. Bertolini P. I principali motivi della mia riflessione pedagogica, in: Tarozzi M. (a cura di), *Direzioni di senso. Studi in onore di Piero Bertolini*, Clueb, Bologna, 2006, p.409-410
8. Byrne P.S., Long B.E.L., *Doctors talking to patients*, Her Majesty's Stationery Office, London, 1976.
9. Brandani W., Cardini M., Castelnovo A., De Angelis P., Galati M., Nuzzo A., Reati A., e Sordelli G.,(a cura di) *L'educatore: evoluzioni della professione e nuovi modi di prendersi cura, ricerca per conto di ANEP, CNCA, Animazione Sociale*. 2002, visitato il 05/01/2018. Disponibile in <http://www.sordelli.net/spazio-educatori-mainmenu-80/riflessioni-e-strumenti-/ricerca-su-educatore-mainmenu-88>
10. Brandani W., Zuffinetti P. *Le competenze dell'educatore professionale*. Carocci, Roma, 2004;
11. Chiosso G. *Novecento pedagogico*, La Scuola, Brescia, 1997
12. Come il già citato Rogers C.R., 1942; 1951; ed inoltre: Szasz T., Hollender M. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship, *Archives of Internal Medicine*, 1956, vol.97;
13. Covili M. La riabilitazione...tra professionalità e creatività, in: Crisafulli F. (a cura di), *E.P. Educatore Professionale. Competenze, formazione e ricerca, strumenti e metodologie*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2016, p.35
14. Covili M. 2016, p.40 che fa riferimento anche alla classificazione ICF del WHO
15. CNCA, *Sarete liberi davvero*, EGA, Torino, 1983
16. Crisafulli F., Molteni L., Paoletti L., Scarpa P.N., Sambugaro L., Giuliodoro S., Il "core competence" dell'educatore professionale. *Linee di indirizzo per la formazione*. Unicopli, Milano, 2010
17. Crisafulli F., Molteni L., Paoletti L., Scarpa P.N., Sambugaro L., Giuliodoro S., *ibidem*, 2010, p.65
18. Crisafulli F. Seconda indagine nazionale sulla figura dell'Educatore Professionale. *Prospettive Sociali e Sanitarie*. 2016; 2.2; 36-45, disponibile anche in: <http://scambi.prospettivesocialiesanitarie.it/seconda-indagine-nazionale-sulla-figura-delleducatore-professionale/>
19. Demetrio D. *Educatori di professione*, La Nuova Italia, Firenze, 1990, p.101
20. Demetrio D. *L'educatore auto(bio)grafo, Il metodo delle storie di vita nelle relazioni di aiuto*, ANEP "Chiaroscuri" 2 - UNICOPLI, Milano, 1999;
21. Folgheraiter F. *La logica sociale dell'aiuto. Fondamenti per una teoria relazionale del welfare*, Erickson, Trento, 2007
22. Folgheraiter F. (1987), *La relazione di aiuto nel counseling e nel lavoro sociale*, presentazione all'edizione italiana di: Mucchielli R. (1987), *Apprendere il counseling. Manuale di autoformazione al colloquio d'aiuto*, Erickson, Trento, 1987, p.20
23. Foot J. *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia. 1961-1978*. Feltrinelli, Milano, 2014
24. Fortin D., *Decisioni "person-centered" in Educazione Professionale*, in: Crisafulli F.(a cura di), *EP Educatore professionale. Competenze, formazione e ricerca, strumenti e metodologie*, Maggioli Editore, Roma, 2016, pp.217-242
25. Fortin D. *Educational interventions for people with social and health difficulties in Italy: the case of a 'welcoming community' for young and adults*. *European Journal of Social Work*, 18, n°3, 2015. Available in: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691457.2014.923383?journalCode=cesw20>
26. Fortin D. *Exploring social work in Italy: the case of university training of 'Social health educators'*, in "Social Work Education", 2013, Vol. 32, Iss. 1. Available in: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02615479.2011.636421>
27. Fortin D., Gottardi G., *The Person-Centred Approach in Trentino: from its introduction by the Jesuits to today's Social Health Educators*, *Jesuit Higher Education Journal*, 2017, v. 6, n. 2, p. 116-134. – available in: <https://epublications.regis.edu/jhe/vol6/iss2/23>
28. Illich I. *Medical Nemesis: the expropriation of health*, Pantheon Books, New York, 1976 (trad. it.: *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano 1977;
29. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*, Springer Verlag, Berlin 1959 (trad. it. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964;
30. Lotti A., Di Pace A. *Dal core competence al core curriculum*, *Atti del convegno "Il futuro della ricerca pedagogica e la sua valutazione"* ISBN: 9788866770299, visitato il [http://www.unimc.it/eduresearch/atti-convegno/atti/LOTTI\\_DIPACE.pdf](http://www.unimc.it/eduresearch/atti-convegno/atti/LOTTI_DIPACE.pdf)



31. Mengani P., Giuliodoro S., Pubblico segreto. Lo psicologo, l'educatore professionale e il segreto: tra contesto psico-educativo e giuridico-normativo, *Health Professional Magazine*, 2015, 3(1), pp.23-29
32. O'Donnell M. Definition of Health Promotion 3.0: Embracing Passion, Enhancing Motivation, Recognizing Dynamic Balance, and Creating Opportunities, *American Journal of Health Promotion*, 2009,2,1,i
33. Preambolo della Costituzione dell'OMS, fondata a New York nel 1946, all'interno delle Nazioni Unite
34. Rogers C. R. Client-centered Therapy, Houghton Mifflin C., Boston, 1951. trad. it.: *Terapia centrata sul cliente*, La Nuova Italia ed., Firenze, 1997
35. Rogers C. R. Counseling and Psychotherapy, Houghton Mifflin C., Boston 1942; trad. it.: *Psicoterapia di consultazione*, Astrolabio, Roma 1971.
36. Rogers C.R., *Un modo di essere*, Firenze, Psycho; orig. *A Way of being*, Boston, Houghton Mifflin Harcourt, Boston, 1983
37. Scarpa P., Corrente M. La dimensione europea dell'educatore professionale, "Autonomie locali e servizi sociali", n.1, Bologna, Il Mulino, 2003.
38. Seppilli A. La rivoluzione della salute. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1985, p.61
39. WHO, The Ottawa Charter for Health Promotion, International Conference on Health Promotion, 17-21 November 1986, Ottawa, Ontario, Canada, 1986
40. WHO 1986, cit. in: Zucconi A., Howell P. La promozione della salute. Un approccio globale per il benessere della persona e della società, La Meridiana, Molfetta 2003, pag. 40 e 44
41. WHO. The Ottawa Charter for Health Promotion, International Conference on Health Promotion, 17-21 November 1986, Ottawa, Ontario, Canada
42. Vial J., *Histoire et actualité des methods pédagogiques*, Esf, Paris, 1982, cit. in: (31)
43. Vitillo M. L'educatore professionale e l'Anep. I diritti di una professione, i doveri delle istituzioni, in: Crisafulli, Molteni, Paoletti, Scarpa, Sambugaro e Giuliodoro. Il core competence, dell'educatore professionale, Unicopli, Milano, 2000.
44. Zucconi A., Howell P. La promozione della salute. Un approccio globale per il benessere della persona e della società. La Meridiana, Molfetta, 2003, p.187