Medical Humanities & Medicina Narrativa
ISBN 979-12-218-2756-9
ISSN 2724-3281
DOI 10.53136/979122182756912
pp. 171-184 (giugno 2026)

Dalla pedagogia scientifica alle Medical Humanities: eredità del paradigma medico-pedagogico nella formazione dei professionisti sanitari

From Scientific Pedagogy to Medical Humanities: The Legacy of the Medico-Pedagogical Paradigm in the Education of Healthcare Professionals

Marco Paglialonga, Cristiana Simonetti*

Riassunto: Il contributo propone una rilettura storico–teorica della pedagogia scientifica tra fine Ottocento e primo Novecento, come tentativo di definire uno statuto interdisciplinare delle scienze educative. Attraverso Montessori, Decroly e Claparède evidenzia il legame tra medicina e pedagogia e le ambivalenze tra emancipazione e classificazione. Il saggio dialoga con le Medical Humanities, mostrando l'attualità di temi come personalizzazione, ambiente e integrazione cognitivo-emotiva.

Parole–chiave: Pedagogia scientifica, Medical Humanities, interdisciplinarità, formazione professionale, cura educativa.

Abstract: The paper offers a historical–theoretical rereading of scientific pedagogy between the late 19th and early 20th centuries as an early attempt to define an interdisciplinary framework for educational sciences. Through Montessori, Decroly, and Claparède, it highlights links between medicine and education and their ambivalence between emancipation and classification. It engages with Medical Humanities, showing the relevance of themes such as personalization, environment, and cognitive–emotional integration.

Key–words: Scientific Pedagogy, Medical Humanities, interdisciplinarity, professional education, educational care.

* Università di Foggia.

1. Introduzione

Tra la fine dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento, il sapere pedagogico europeo attraversò una trasformazione che ne ridefinì linguaggi, metodi e orizzonti epistemologici. In un contesto segnato dall'affermazione delle scienze positive, dal prestigio della medicina clinica e dalla nascita della psicologia sperimentale, anche la pedagogia fu chiamata a fondare scientificamente i propri oggetti e le proprie pratiche. Il problema non riguardava soltanto l'elaborazione di nuovi metodi didattici, ma la possibilità stessa di costituirsi come sapere autonomo, pur restando aperto al confronto con discipline limitrofe (Cambi, 2005; Trisciuzzi, Galanti, 2001).

È in questo scenario che prende forma la pedagogia scientifica, espressione composita che rinvia a esperienze differenti, accomunate dall'idea di indagare il fatto educativo attraverso osservazione sistematica e confronto con medicina, antropologia e psicologia. Più che una scuola unitaria, essa fu un laboratorio interdisciplinare, nel quale si tentarono sintesi tra descrizione empirica e finalità formative. Le opere di Maria Montessori, Ovide Decroly ed Édouard Claparède ne rappresentano espressioni emblematiche, convergenti nel riconoscere centralità alla persona e al ruolo dell'ambiente nello sviluppo (Montessori, 1909; Claparède, 1905; Decroly, 1929).

Sebbene la letteratura abbia ampiamente approfondito singole figure e contributi metodologici, risultano ancora limitati gli studi che rileggono in chiave comparativa il paradigma medico–pedagogico nel suo insieme. Tale prospettiva appare oggi rilevante per comprendere il nesso tra sapere educativo, pratiche di cura e statuto interdisciplinare della formazione.

La pedagogia scientifica è stata riconosciuta come momento centrale nella modernizzazione delle scienze dell'educazione, ma meno frequentemente viene riletta come snodo attuale per interpretare le tensioni tra tecnicizzazione dei processi formativi e centralità della persona. La stagione qui considerata mostra infatti un tentativo complesso: utilizzare il metodo senza perdere di vista la persona, osservare senza ridurre l'umano a dato, educare senza separare mente, corpo e relazione (Becchi, 1961; Cives, 2001).

In questa prospettiva, il dialogo con le Medical Humanities appare particolarmente fecondo. Nate come risposta ai limiti di una medicina esclusivamente biotecnica, esse riportano al centro narrazione, esperienza

vissuta ed etica della cura (Evans, 2002; Charon, 2006; Bleakley, 2015). Pur entro cornici differenti, riaprono interrogativi già presenti nel paradigma medico–pedagogico: come integrare competenza tecnica e comprensione umana? Come formare professionisti capaci non solo di sapere, ma di incontrare l'altro?

Il presente contributo propone quindi una rilettura della pedagogia scientifica come momento fondante dell'interdisciplinarità nelle scienze dell'educazione. L'obiettivo è duplice: mettere in luce le relazioni tra medicina, pedagogia e psicologia attraverso il confronto con Montessori, Decroly e Claparède, e discuterne l'attualità nel rapporto tra formazione, cura e Medical Humanities.

L'ipotesi interpretativa è che la pedagogia scientifica rappresenti uno dei primi tentativi moderni di coniugare rigore scientifico e attenzione alla persona. Pur segnata dai limiti del positivismo, essa conserva attualità nel dibattito contemporaneo, in cui le istituzioni educative e sanitarie si interrogano su come mantenere il soggetto al centro di sistemi complessi.

2. La pedagogia scientifica come laboratorio interdisciplinare: medicina, psicologia ed educazione tra XIX e XX secolo

La pedagogia scientifica nacque in una stagione nella quale l'Europa occidentale stava ridefinendo il rapporto tra sapere, istituzioni e trasformazione sociale. La seconda metà dell'Ottocento fu segnata dall'espansione della medicina clinica, dalla crescente autorevolezza delle scienze naturali, dalla fiducia positivista nel progresso e dalla convinzione che i fenomeni umani potessero essere compresi attraverso osservazione, comparazione e metodo sperimentale. Anche l'educazione, tradizionalmente affidata a cornici filosofiche, religiose o morali, venne progressivamente investita da questa domanda di scientificità (Cambi, 2005).

Tale processo non va interpretato come semplice imitazione dei modelli scientifici dominanti. Più correttamente, esso rappresentò il tentativo di costruire un sapere pedagogico capace di dialogare con le nuove scienze dell'uomo senza rinunciare alla propria specificità normativa e formativa. La pedagogia non poteva ridursi né a fisiologia dello sviluppo né a psicologia applicata. Doveva interrogarsi su come utilizzare le conoscenze emergenti sul corpo, sulla mente e sul comportamento per

orientare pratiche educative più consapevoli ed efficaci (Mialaret, 1976).

In questo senso, la pedagogia scientifica può essere letta come uno dei primi laboratori interdisciplinari delle scienze dell'educazione. Medicina, psicologia ed educazione pedagogica non vi compaiono come compartimenti separati, ma come linguaggi chiamati a confrontarsi attorno a un medesimo soggetto: la persona in crescita. Il bambino divenne progressivamente il punto di convergenza di saperi differenti. Il medico osservava lo sviluppo corporeo e le condizioni igieniche; lo psicologo studiava attenzione, memoria e linguaggio; il pedagogista si interrogava sulle condizioni formative più favorevoli. Da tale convergenza nacque una nuova immagine dell'infanzia come fase specifica dell'esistenza, dotata di ritmi, bisogni e diritti propri (Ariès, 1960).

Uno degli effetti più rilevanti di questo mutamento fu il superamento della figura del bambino come adulto incompleto. L'infanzia, a lungo interpretata in termini di mancanza, venne progressivamente riconosciuta come fase specifica dell'esistenza, dotata di bisogni e ritmi propri e meritevole di ambienti educativi adeguati. Si trattò di una svolta antropologica prima ancora che didattica. Anche nel contesto italiano tale processo assunse rilievo. Accanto a Maria Montessori, studiosi come Sante De Sanctis e Giuseppe Montesano contribuirono a intrecciare medicina, psicologia e pedagogia, sviluppando ricerche sull'educabilità e sulle fragilità cognitive (De Sanctis, 1907; Babini, 1996).

Parallelamente, la psicologia sperimentale introdusse strumenti di osservazione e analisi dei processi cognitivi. I lavori di Wilhelm Wundt e di Alfred Binet favorirono l'idea che funzioni come attenzione e intelligenza potessero essere studiate e, in parte, misurate, orientando la pedagogia verso la personalizzazione dei percorsi (Binet, Simon, 1905). Non mancarono tuttavia ambivalenze. L'aspirazione scientifica si accompagnò a tendenze classificatorie, in cui la misurazione rischiava di tradursi in strumento di esclusione. La pedagogia scientifica va quindi compresa nella tensione tra emancipazione e controllo, come evidenziato da Michel Foucault (1975).

Da questo punto di vista, la pedagogia scientifica anticipò una questione ancora oggi decisiva: quale rapporto deve intercorrere tra sapere specialistico e comprensione umana? La medicina offriva strumenti di osservazione; la psicologia forniva modelli interpretativi; la pedagogia conservava il compito di orientare tali conoscenze verso fini emancipativi. In

questo instabile equilibrio risiede una delle eredità più interessanti di quei tempi che porta allo sviluppo e all'avvio delle Medical Humanities.

3. Tre vie alla centralità della persona: Montessori, Decroly e Claparède

Se la pedagogia scientifica costituì il quadro epistemologico del dialogo tra medicina, psicologia ed educazione, le opere di Maria Montessori, Ovide Decroly ed Édouard Claparède rispondono a una stessa domanda: come educare la persona senza ridurla a oggetto di osservazione o a semplice destinataria di istruzione.

Il loro contributo mostra che la pedagogia scientifica non coincide con tecnicismo: il metodo si intreccia con l'attenzione al soggetto, ai suoi bisogni, ai ritmi di sviluppo e al contesto. In un'epoca che rischiava di trasformare il bambino in caso da classificare, essi ne riaffermano attività e dignità educativa.

Nel percorso di Montessori, la formazione medica esercitò un'influenza decisiva. L'esperienza presso la Clinica Psichiatrica di Roma e il lavoro con bambini considerati "deficienti" secondo il lessico dell'epoca la condussero a comprendere che molte fragilità attribuite al soggetto derivavano in realtà da povertà ambientale, inattività forzata e inadeguatezza educativa. Il problema non era soltanto correggere il bambino, ma trasformare il contesto nel quale viveva e apprendeva (Kramer, 1976; Cives, 2001).

Da qui nasce una delle intuizioni più note del pensiero montessoriano: l'ambiente preparato. L'educazione non si realizza primariamente attraverso il comando dell'adulto, ma mediante uno spazio ordinato, accessibile e ricco di materiali che consentano iniziativa autonoma, concentrazione e progressiva autodisciplina. Il bambino viene osservato non per essere controllato, ma per comprenderne interessi e potenzialità (Montessori, 1909).

La nozione di autoeducazione, centrale in Montessori, anticipa temi oggi rilevanti anche nella formazione adulta: apprendimento autodiretto, responsabilizzazione del soggetto, ruolo del facilitatore, importanza del contesto. Non a caso la letteratura contemporanea ha riletto il metodo montessoriano come proposta fondata su autonomia, *agency* e dignità della persona (Lillard, 2017).

Diversa, ma ugualmente significativa, è la traiettoria di Ovide Decroly, che, a partire dall'esperienza con bambini con bisogni speciali, sviluppò una critica alla frammentazione della scuola tradizionale, ritenuta distante dai reali bisogni della vita.

Per questo elaborò il principio dei "centri di interesse", secondo cui l'apprendimento è più significativo quando il sapere si organizza attorno a nuclei vitali legati all'esistenza. Il conoscere nasce dall'interazione tra bisogno, curiosità e ambiente, non dalla mera trasmissione di nozioni (Decroly, 1929).

La sua originalità consiste nell'aver concepito la persona come essere situato ecologicamente, in relazione continua con il contesto. Un'intuizione che dialoga oggi con approcci sistemici e modelli sociosanitari attenti all'intreccio tra apprendimento, ambiente e relazioni.

Un terzo itinerario è quello di Édouard Claparède, la cui opera si colloca al crocevia tra medicina, psicologia funzionale e pedagogia. Egli rifiutò una scuola centrata sulla memorizzazione meccanica, sostenendo che ogni attività mentale risponde a un bisogno e possiede una funzione adattiva: non il bambino per la scuola, ma la scuola per il bambino (Claparède, 1905).

Il riferimento ai bisogni non va inteso in senso utilitaristico: riconoscerli significa comprendere la logica dello sviluppo, il ruolo dell'interesse e dell'attività spontanea. L'apprendimento autentico si produce quando il soggetto attribuisce senso a ciò che fa, e la pedagogia diventa organizzazione di esperienze significative.

Questa prospettiva conserva attualità nei contesti educativi e professionali, dove il coinvolgimento autentico e la motivazione intrinseca risultano centrali. Una formazione efficace non coincide con accumulo di contenuti, ma con partecipazione riflessiva.

Pur nelle differenze, Maria Montessori, Ovide Decroly e Claparède condividono alcuni nuclei comuni: lo spostamento dall'insegnamento all'apprendimento, il ruolo dell'ambiente, l'integrazione tra dimensione cognitiva, emotiva e corporea e il rifiuto di una visione riduttiva della persona.

Il loro contributo mostra che la scientificità pedagogica può coniugarsi con l'attenzione all'umano: osservare senza spersonalizzare, promuovere autonomia senza abbandono. In un contesto segnato da crescente tecnicizzazione, essi ricordano che nessun metodo è autenticamente

educativo se perde il riferimento alla persona. Più che figure del passato, possono essere letti come modi ancora attuali di pensare la cura attraverso l'educazione.

4. Le ambivalenze della pedagogia scientifica: tra emancipazione, classificazione e governo della Persona

La pedagogia scientifica rappresentò un tentativo significativo di fondare l'educazione su una conoscenza più concreta del soggetto, ma fu attraversata da tensioni che ne rendono complessa l'eredità. Comprenderne le ambivalenze consente di coglierne la reale portata epistemologica.

Una prima tensione riguarda il rapporto tra emancipazione e classificazione. L'attenzione scientifica al bambino rese visibili differenze individuali, bisogni e fragilità, favorendo interventi educativi più adeguati.

Tuttavia, generò anche pratiche di categorizzazione, in cui il linguaggio della normalità e dell'anormalità traduceva la differenza in graduatoria (D'Alessio, 2011). In questo senso, la psicometria offre un esempio emblematico: i test di intelligenza elaborati da Alfred Binet e Théodore Simon nacquero con finalità diagnostiche e di supporto educativo (Binet, Simon, 1905), ma furono successivamente impiegati anche in chiave selettiva, trasformando la misurazione in dispositivo di etichettamento.

Una seconda tensione concerne il rapporto tra osservazione e controllo. L'introduzione dell'osservazione sistematica rappresentò un avanzamento metodologico rilevante, permettendo una maggiore attenzione al bambino reale. Nella modernità europea, tuttavia, osservare significò anche sorvegliare e normalizzare. Come evidenziato da Michel Foucault, le istituzioni educative si configurarono anche come spazi di organizzazione dei corpi e delle condotte (Foucault, 1975), collocando la pedagogia scientifica in una tensione tra cura ed esercizio del potere. Anche il metodo di Maria Montessori riflette tale complessità: fondato su ambiente strutturato e osservazione rigorosa, esso mira tuttavia alla liberazione dell'autonomia e allo sviluppo spontaneo della persona (Montessori, 1909).

Una terza tensione riguarda il rapporto tra universalità scientifica e singolarità. La ricerca di leggi generali e criteri oggettivi contribuì alla sistematizzazione del sapere pedagogico, ma rischiò di ridurre la persona a caso esemplare. Tale problema conserva attualità nei sistemi

contemporanei, nei quali standardizzazione e personalizzazione si confrontano costantemente.

Le ambivalenze della pedagogia scientifica anticipano così questioni ancora aperte: il rapporto tra metodo e umanità, tra conoscenza e potere, tra tecnica e libertà. Tensioni che riemergono oggi nella datificazione dei processi educativi e nella crescente managerializzazione dei sistemi formativi (Williamson, 2017). In questa prospettiva, la sua eredità più feconda non risiede né nell'esaltazione del metodo né nel suo rifiuto, ma nella necessità di una vigilanza critica capace di tenere insieme evidenze e interpretazione.

È in questo spazio che le Medical Humanities assumono rilievo, proponendo una correzione interna delle derive riduzionistiche della modernità tecnico–scientifica e restituendo centralità all'esperienza, alla narrazione e alla relazione (Bleakley, 2015).

5. Le Medical Humanities come ritorno critico alla Persona: dall'ascolto alla consapevolezza

Se la pedagogia scientifica aveva cercato di fondare l'educazione nel dialogo con medicina e psicologia, le Medical Humanities emergono in un contesto storico diverso come risposta ai limiti di una modernità tecnico–scientifica talvolta incapace di ascoltare la persona. Il loro sviluppo, soprattutto dalla seconda metà del Novecento nei contesti anglosassoni, riflette la consapevolezza che la competenza clinica, pur necessaria, non esaurisce il significato della cura.

L'espansione delle biotecnologie, la specializzazione medica e la crescente burocratizzazione dei sistemi sanitari hanno migliorato le capacità diagnostiche e terapeutiche, ma hanno anche accentuato il rischio di ridurre il paziente a caso clinico e la relazione a procedura standardizzata. È in questo spazio critico che si collocano le Medical Humanities (Evans, 2002).

Esse non costituiscono una disciplina unitaria, ma un campo plurale nel quale convergono letteratura, filosofia, antropologia, storia, arti visive, etica, pedagogia e scienze sociali. Ciò che accomuna queste prospettive è un intento essenziale ma incisivo: restituire alla medicina ciò che la sola razionalità tecnica non riesce a cogliere: il significato vissuto della

malattia, la fragilità esistenziale, la dimensione narrativa delle biografie, il valore morale delle decisioni cliniche e la reciprocità della relazione di cura (Bleakley, 2015).

In questa prospettiva, le Medical Humanities possono essere lette come un ritorno critico della persona: non rifiuto della scienza, ma contestazione delle sue derive riduzionistiche e richiesta di un sapere tecnico aperto alla comprensione umana. Esse ricordano che il paziente non coincide con la malattia, né lo studente con il rendimento o il professionista con la performance.

Il legame con la pedagogia scientifica appare più profondo di quanto sembri. Anche Maria Montessori, Ovide Decroly ed Édouard Claparède avevano colto il rischio di modelli incapaci di vedere la persona nella sua interezza, cercando di restituirle centralità attraverso il metodo. Le Medical Humanities, dopo il predominio della tecnica, pongono invece una questione ulteriore: come custodire l'umano quando il metodo diventa sistema?

Uno dei contributi più rilevanti di questo campo riguarda la centralità della narrazione. Le storie di malattia, cura e trasformazione non sono semplici testimonianze, ma modalità attraverso cui la persona attribuisce senso all'esperienza. Raccontare la sofferenza significa spesso ricomporre un'identità incrinata, mentre ascoltarla implica riconoscere la malattia non solo come processo biologico, ma come esperienza biografica (Charon, 2006).

In questa prospettiva, Rita Charon evidenzia come la competenza clinica possa essere arricchita dalla *narrative competence*, intesa come capacità di comprendere e rispondere alle storie dell'altro con sensibilità etica e professionale. La relazione terapeutica diventa così incontro tra soggettività, oltre il mero scambio informativo.

Questo aspetto possiede una chiara rilevanza pedagogica. Formare professionisti sanitari non significa soltanto trasmettere linee guida, protocolli e abilità tecniche, ma educare all'ascolto, alla tolleranza dell'incertezza, alla comprensione della vulnerabilità umana e alla riflessività su di sé. La cura, prima di essere atto tecnico, è anche postura relazionale. Per tale ragione, molti curricula internazionali hanno introdotto laboratori di scrittura riflessiva, lettura condivisa, cinema, teatro e arti visive nei percorsi di medicina e professioni sanitarie (Kumagai, Wear, 2014).

Nel contesto italiano, la riflessione sulla cura ha trovato un contributo particolarmente significativo nel lavoro di Luigina Mortari, che ne ha

messo in luce la valenza etica, relazionale e formativa, oltre una lettura limitata alla sola dimensione assistenziale (Mortari, 2015). In questa medesima direzione si collocano anche i contributi di Sandro Spinsanti, che ha insistito sul valore della narrazione nella relazione terapeutica, e di Lucia Zannini, le cui ricerche hanno approfondito la formazione dei professionisti della cura e l'integrazione tra sapere tecnico, competenza educativa e consapevolezza riflessiva (Spinsanti, 2016; Zannini, 2007).

Un ulteriore riferimento istituzionale è rappresentato dalle Linee di Indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico–assistenziale, promosse dall'Istituto Superiore di Sanità, che riconoscono la narrazione come risorsa utile alla personalizzazione dei percorsi assistenziali, al miglioramento della presa in carico e alla qualità della relazione di cura (ISS, 2015).

Un secondo contributo delle Medical Humanities riguarda il professionista. La sofferenza non appartiene solo al paziente: anche chi cura è esposto a fatica emotiva, burnout e perdita di senso. In contesti organizzativi ad alta pressione, il rischio è quello di un'efficienza svuotata. Le pratiche riflessive e narrative possono allora offrire spazi di rielaborazione dell'esperienza e di riconnessione con i valori della cura (West *et al.*, 2020).

In questa prospettiva, le Medical Humanities non incidono solo sulla relazione terapeutica, ma anche sulla salute culturale delle organizzazioni sanitarie, poiché ignorare il vissuto degli operatori compromette la qualità dell'assistenza.

Sul piano epistemologico, esse propongono una revisione del dualismo tra oggettività e soggettività, mostrando come forme di conoscenza situata e relazionale possano integrare la dimensione scientifica: comprendere un sintomo richiede dati, comprendere una persona richiede anche ascolto.

Da qui emerge un nodo centrale per le scienze dell'educazione: la necessità di integrare evidenze empiriche e comprensione umana. Le Medical Humanities indicano così una direzione precisa: non sostituire la scienza, ma impedirne la deriva riduzionistica. Se la pedagogia scientifica si interrogava su come osservare la persona, le Medical Humanities chiedono come ascoltarla. Entrambe, in fondo, pongono la stessa questione: come custodire la dignità dell'umano nei sistemi organizzati dal sapere.

6. Conclusioni: le scienze dell'educazione tra metodo, cura e prendersi cura

Il percorso ricostruito consente di avanzare una considerazione di fondo: la pedagogia scientifica non fu solo una stagione metodologica, ma uno dei primi tentativi moderni di affrontare il problema dell'interdisciplinarità. Nel confronto tra medicina, psicologia ed educazione attorno alla persona in crescita emerse che nessun sapere isolato è sufficiente a comprendere la complessità dei processi formativi.

Questa consapevolezza conserva oggi piena attualità. Le scienze dell'educazione oscillano tra due rischi: la frammentazione specialistica, che accumula saperi senza dialogo, e un richiamo generico alla centralità della persona, privo di strumenti adeguati. La pedagogia scientifica indica invece una terza via: rigore metodologico senza riduzionismo e apertura interdisciplinare senza dispersione.

Le figure di Maria Montessori, Ovide Decroly ed Édouard Claparède mostrano con chiarezza questa possibilità. Pur con linguaggi diversi, essi compresero che educare significa sempre confrontarsi simultaneamente con corpo, mente, emozioni, ambiente, relazioni e significati. Nessuna di tali dimensioni può essere eliminata senza impoverire il fenomeno educativo. In questo senso, il loro pensiero anticipa molte acquisizioni oggi diffuse: personalizzazione dei percorsi, apprendimento attivo, ruolo dei contesti, integrazione tra cognitivo ed emotivo, attenzione alla singolarità.

Il contributo ha evidenziato anche il lato problematico di tale eredità.

Ogni progetto scientifico applicato all'umano rischia di tradursi in classificazione e controllo. La pedagogia scientifica novecentesca, come altre espressioni della modernità, fu segnata da questa ambivalenza, che rende necessario un atteggiamento critico anche oggi: se ieri il rischio era l'eccesso di tassonomie e test, oggi emerge nella dataficazione dell'apprendimento, nella governance algoritmica e nella riduzione della qualità educativa a indicatori quantitativi (Williamson, 2017).

In tale scenario, le Medical Humanities assumono un significato strategico: non un ritorno nostalgico, ma una correzione interna della razionalità contemporanea. Esse ricordano che la persona non coincide con i dati, né la sofferenza con i parametri clinici, e che la cura richiede, oltre alla competenza tecnica, immaginazione morale, ascolto e capacità interpretativa (Bleakley, 2015; Charon, 2006).

Da questo punto di vista, le Medical Humanities possono essere lette come prosecuzione critica di alcune domande già emerse nella pedagogia scientifica: come integrare sapere e relazione? Come osservare senza oggettivare? Come utilizzare il metodo senza smarrire il volto umano del soggetto? Come costruire istituzioni capaci di promuovere sviluppo e non semplice adattamento? Tali interrogativi attraversano oggi non solo la medicina, ma l'intero campo educativo.

Le implicazioni per la formazione dei professionisti sono rilevanti. Nei contesti sanitari, scolastici e universitari emerge la consapevolezza che la sola expertise tecnica non sia sufficiente: servono competenze riflessive, comunicative, etiche e collaborative, capaci di orientare l'azione nei contesti complessi. L'efficacia dipende così non solo dal sapere specialistico, ma anche dalla qualità della presenza, dall'ascolto e dal discernimento situato.

Formare tali figure richiede modelli educativi capaci di integrare evidenza e interpretazione, tecnica e cura. In questa prospettiva, il richiamo di Martha C. Nussbaum al valore pubblico delle *humanities* appare particolarmente attuale: sistemi formativi orientati solo alla performance rischiano di indebolire pensiero critico, immaginazione morale e comprensione dell'altro (Nussbaum, 2010). Significa, invece, costruire un percorso educativo, formativo e sociale basato sull'approccio alle capacità umane, sulle "capabilities" (vita, salute fisica, integrità fisica, immaginazione, pensiero, sentimenti, ragion pratica, appartenenza sociale, gioco, controllo del proprio ambiente, partecipazione politica), come diritti fondamentali per lo sviluppo personale e sociale, creando capacità oltre il PIL.

In una tradizione culturale nella quale umanesimo e scienza sono stati spesso pensati come mondi separati, il confronto tra pedagogia scientifica e Medical Humanities invita a ripensare tale dicotomia.

L'educazione può essere scientificamente fondata senza cessare di essere umanistica; la medicina può essere tecnologicamente avanzata senza perdere dimensione relazionale; la psicologia può produrre strumenti rigorosi senza ridurre la persona a schema astratto.

In questa prospettiva, lo statuto interdisciplinare delle scienze dell'educazione non consiste nella semplice somma di contributi esterni, ma nella capacità di costruire un linguaggio comune attorno alla persona. Interdisciplinare non significa aggiungere pezzi eterogenei, bensì generare connessioni significative tra saperi differenti orientati a un medesimo fine formativo.

Si potrebbe dire che il nodo decisivo non è scegliere tra metodo e cura, ma comprendere che senza metodo la cura rischia l'improvvisazione, mentre senza cura il metodo rischia di diventare cieco. È forse questa la lezione più viva che giunge dal periodo qui analizzato.

In conclusione, tra la fine dell'Ottocento e il presente corre un filo meno fragile di quanto si immagini. Quando Montessori predispose ambienti per liberare energie interiori, quando Decroly organizzò il sapere attorno ai bisogni vitali, quando Claparède chiese una scuola per il bambino e non il contrario, essi non stavano solo innovando la didattica: stavano affermando che ogni sapere autenticamente educativo nasce dall'incontro con la persona. Le Medical Humanities, oggi, ripropongono la medesima esigenza nei luoghi della cura e della formazione.

In un tempo segnato da accelerazione tecnologica, misurazione continua e crescente complessità istituzionale e tecnicistica, tornare a questa riflessione sulla relazione tra competenza e umanità e tra cura e prendersi cura nei contesti formali, non formali e informali, secondo un paradigma educativo continuo fondato su processi di *life long education* e *life wide learning*, non significa guardare nostalgicamente al passato, ma riconoscere che il futuro dell'educazione e della cura dipenderà dalla nostra capacità di tenere insieme competenza e umanità, in contesti formali, non formali ed informali.

Riferimenti Bibliografici

Ariès P., *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Plon, Paris 1960.

Babini V.P., *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 1996.

Becchi E., *La pedagogia della Gestalt*, La Nuova Italia, Firenze 1961.

Binet A., Simon T., *Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux*, «L'Année Psychologique», 11, 1905, pp. 191-244.

Bleakley A., *Medical Humanities and Medical Education*, Routledge, London–New York 2015.

Cambi F., *Manuale di storia della pedagogia*, Laterza, Roma–Bari 2005.

Charon R., *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, Oxford 2006.

Cives G., *Maria Montessori pedagogista complessa*, ETS, Pisa 2001.

Claparède E., *Psychologie de l'enfant et pédagogie expérimentale*, Kündig, Genève 1905.

D'Alessio S., *Inclusive Education in Italy. A Critical Analysis of the Policy of Integrazione Scolastica*, Sense Publishers, Rotterdam 2011.

De Sanctis S., *L'educazione dei deficienti*, Società Editrice Dante Alighieri, Roma 1907.

Decroly O., *La fonction de globalisation et l'enseignement*, Lamertin, Bruxelles 1929.

Evans H.M., The role of humanities in medical education, «Medical Humanities», 28(2), 2002, pp. 65-66.

Foucault M., *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris 1975.

Istituto Superiore Di Sanità, *Linee di Indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico–assistenziale, per le malattie rare e cronico–degenerative*, Roma 2015.

Kramer R., *Maria Montessori. A Biography*, Putnam, New York 1976.

Kumagai A.K., Wear D., *"Making Strange": A Role for the Humanities in Medical Education*, «Academic Medicine», 89(7), 2014, pp. 973-977.

Lillard A.S., *Montessori. The Science Behind the Genius*, Oxford University Press, New York 2017.

Mialaret G., *Le scienze dell'educazione*, Loescher, Torino, 1976.

Montessori M., *Il metodo della pedagogia scientifica applicato all'educazione infantile nelle Case dei Bambini*, Edizione critica (a cura di P. Trabalzini, coordinamento di G. Cives), Opera Nazionale Montessori, Roma 2000.

Mortari L., *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina, Milano 2015.

Nussbaum M.C., *Not for Profit. Why Democracy Needs the Humanities*, Princeton University Press, Princeton 2010.

Spinsanti S., *La medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2016.

Trisciuzzi L., Galanti M.A., *Pedagogia e didattica speciale per insegnanti di sostegno e operatori della formazione*, ETS, Pisa 2001.

West C.P., Dyrbye L.N., Sinsky C., Trockel M., Tutty M., Nedelec L., Carlasare L.E., Shanafelt T.D., *Resilience and burnout among physicians and the general US working population*, «JAMA Network Open», 3(7), 2020, e209385.

Williamson B., *Big Data in Education. The digital future of learning, policy and practice*, Sage, London 2017.

Zannini L., *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2007.