

2000-2025: Con-fini educativi tra generazioni

Un giubileo per l'educazione

Atti del Convegno Nazionale CIRPED
14 novembre 2025

a cura di

*Fernando Ivano Ambra, Alessandro Ciasullo, Giuseppe De Simone
Tiziana Iaquina, Maria Luisa Iavarone, Antonello Mura
Sara Nosari, Antonella Nuzzaci, Riccardo Pagano
Marco Piccinno, Andrea Porcarelli*





2000-25: Con-fini educativi tra generazioni
Un giubileo per l'educazione

Atti del Convegno Nazionale CIRPED
14 novembre 2025

a cura di

*Fernando Ivano Ambra, Alessandro Ciasullo, Giuseppe De Simone
Tiziana Iaquina, Maria Luisa Iavarone, Antonello Mura
Sara Nosari, Antonella Nuzzaci, Riccardo Pagano
Marco Piccinno, Andrea Porcarelli*





L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale (CC-BY-NC-ND 4.0).

L'Utente, nel momento in cui effettua il download dell'opera, accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/de-ed.it>

ISBN volume 979-12-5568-387-2

2025 © by Pensa MultiMedia®

73100 Lecce • Via Arturo Maria Caprioli, 8 • Tel. 0832.230435
www.pensamultimedia.it

III.3

Verso un modello di cura integrato: transdisciplinarietà e interprofessionalità in contesti pediatrici

Marco Ceccarelli

PhD Student, Università degli Studi di Firenze, marco.ceccarelli@unifi.it

Abstract

La tutela della continuità educativa e assistenziale rivolta a minori in condizioni sanitarie critiche e/o complesse solleva sfide peculiari, intrinsecamente connesse alla molteplicità dei bisogni sanitari, delle istanze evolutive e delle dinamiche del contesto familiare e sociale. Questa richiede necessariamente azioni e progettualità integrate di cura tra più professionalità, secondo un approccio centrato sulla persona.

Lo studio che si va presentando intende esplorare i costrutti di transdisciplinarietà e interprofessionalità, analizzandone le radici epistemologiche e le possibili declinazioni operative in contesti sanitari ed educativi. I risultati evidenziano i principali fattori facilitanti la collaborazione interprofessionale quali la comunicazione efficace, una cultura della responsabilità condivisa e la centralità del paziente.

Parole chiave: Transdisciplinarietà; Interprofessionalità; Pedagogia ospedaliera; Professionalizzazione; Sistemi complessi

The provision of continuous educational and care support for minors with critical and/or complex health conditions presents distinct challenges. These challenges are intrinsically linked to the multifaceted nature of their health needs, developmental trajectories, and the dynamic family and social contexts. Effectively addressing this requires integrated care actions and collaborative initiatives among various professionals, consistently adopting a person-centered approach. This study aims to investigate the constructs of transdisciplinarity and interprofessionalism, exploring their epistemological underpinnings and practical applications within healthcare and educational environments. The findings highlight key facilitating factors for interprofessional collaboration, such as effective communication, a culture of shared responsibility, and patient-centeredness.

Keywords: Transdisciplinarity; Interprofessionalism; Hospital pedagogy; Professionalization; Complex systems

1. Introduzione

Il panorama contemporaneo è caratterizzato da una crescente complessità e interdipendenza sistemica, la quale impone, soprattutto in ambito sanitario, l'adozione di approcci epistemologici capaci di superare i tradizionali confini disciplinari. La natura intrinsecamente multifattoriale delle sfide sanitarie attuali rende manifesta l'inadeguatezza di una prospettiva mono-disciplinare, sottolineando l'urgenza di una cooperazione sinergica tra diverse aree del sapere. In questo scenario, la transdisciplinarietà e l'inter professionalità emergono quali paradigmi di riferimento imprescindibili, in grado di offrire architetture concettuali e operative per affrontare le questioni complesse in modo olistico e integrato.

La ricerca esistente sul tema della interprofessionalità in contesti sanitari è spesso frammentata e focalizzata su aspetti specifici della collaborazione interprofessionale (CIP), come le strategie di comunicazione, l'educazione interprofessionale (IPE) o l'impatto su determinate patologie pediatriche (Balice-Bourgeois et al., 2020).

Attraverso una revisione narrativa, questo studio si propone di investigare le origini, gli sviluppi e le implicazioni di tali paradigmi, con un'attenzione specifica al loro valore per la prassi e la ricerca pedagogica all'interno dei contesti di cura.

2. Transdisciplinarietà e interprofessionalità in Educazione: fondamenti teorici ed epistemologici

L'esigenza contemporanea di un approccio integrato alla cura e all'educazione affonda le proprie radici in una profonda crisi epistemologica che investe tanto l'architettura del sapere scientifico quanto la prassi professionale. In un contesto sociale marcatamente complesso, l'approccio interdisciplinare si rivela indispensabile per comprendere e accompagnare la persona nel suo percorso di sviluppo e di formazione umana (Morin, 2000). La ricerca di una teoria della formazione che sia in grado di cogliere la complessità interconnessa tra saperi, soggetti e contesti richiede un superamento dell'epistemologia disciplinare tradizionale (Orefice, 2020; Morin, 2015). L'adozione di un approccio transdisciplinare permette di esplorare i legami tra la formazione e altri ambiti del sapere, favorendo una comprensione più profonda dei processi di apprendimento e sviluppo. La sfida consiste nell'individuare le modalità attraverso cui l'educazione può contribuire alla costruzione di un futuro sostenibile e inclusivo, valorizzando la logica del terzo incluso e promuovendo una collaborazione interdisciplinare tra i diversi attori coinvolti (Orefice, 2007).

La pedagogia, nel suo costante dialogo con altri ambiti disciplinari, è strutturalmente orientata ad una continua discussione e riconfigurazione epistemologica e metodologica (Orefice, 2007), ponendosi come disciplina elettiva per analizzare e governare tale crisi. Emerge, pertanto, l'urgenza di un nuovo "umanesimo edu-

cativo” (Orefice, 2007) che, superando la frammentazione disciplinare, sappia porre al centro la persona nella sua totalità bio-psico-sociale e promuovere modelli di cura e di educazione autenticamente integrati. Questo approccio, in linea con la transdisciplinarietà proposta da Morin (1993), mira a formare persone capaci di affrontare le complessità del mondo contemporaneo e di contribuire alla costruzione di un futuro sostenibile.

Edgar Morin individua la radice del problema in una “patologia della semplificazione” che ha dominato il pensiero occidentale per secoli. Questo paradigma, fondato su principi di disgiunzione e riduzione, frammenta il sapere in discipline isolate, rendendo il pensiero incapace di cogliere le interconnessioni, i contesti e le entità multidimensionali. Il risultato è una “intelligenza cieca”: una conoscenza iper specializzata e tecnicamente potente, ma irresponsabile perché incapace di prevedere le conseguenze globali delle proprie azioni. Questa cecità epistemologica è la causa profonda dell'inadeguatezza di una prospettiva mono-disciplinare menzionata nell'introduzione (Morin, 2000).

A questa patologia, Morin oppone il “paradigma della complessità”, che non cerca la conoscenza completa, ma una strategia del pensiero per navigare la realtà come *complexus*, ovvero “ciò che è tessuto insieme” (Morin, 2015). La transdisciplinarietà emerge, in questa visione, come il metodo necessario per attuare una “riforma del pensiero”. Non si tratta di una semplice collaborazione tra discipline (multidisciplinarietà) o di uno scambio di metodi (interdisciplinarietà), ma di una riorganizzazione profonda del sapere che attraversa, oltrepassa e transcende i confini disciplinari per affrontare i problemi globali. L'obiettivo è formare una “testa ben fatta” piuttosto che una “testa ben piena”: una mente dotata di un'attitudine generale a porre e trattare i problemi, capace di collegare i saperi e dare loro un senso (Morin, 2000).

La ricerca di Edgar Morin, volta a delineare le coordinate epistemologiche di un nuovo modello educativo, trova un ideale complemento nell'opera di Donald Schön, la cui indagine esplora la specifica architettura della conoscenza pratica e la figura del professionista riflessivo (Schön, 1983). Quest'ultimo, infatti, diagnostica una crisi analoga all'interno delle professioni, criticando il dominio della “razionalità tecnica”. Questo modello positivista concepisce la pratica professionale come la mera applicazione di teorie scientifiche a problemi ben definiti, relegando l'agire professionale alle “terre alte e solide” del rigore tecnico, ma ignorando le “zone paludose” della pratica, dove si annidano i problemi di maggiore interesse umano: situazioni uniche, incerte, disordinate e cariche di conflitti di valore. Queste “zone paludose” sono il terreno d'elezione delle sfide interprofessionali, poiché la loro natura complessa e multifattoriale sfida intrinsecamente la risoluzione da parte di una singola disciplina. Per navigare queste “paludi”, archetipo dei contesti interprofessionali, Schön propone un'epistemologia della pratica fondata sulla riflessività. I professionisti agiscono sulla base di un “sapere nel corso dell'azione” (*knowing-in-action*), una conoscenza tacita e intuitiva. Di fronte a eventi inattesi (“sorprese”), essi attivano la “riflessione nel corso dell'azione” (*reflection-in-action*), un processo di “pensare mentre si agisce” che permette di ristrutturare la comprensione della situazione e di improvvisare nuove strategie. Questo processo si

consolida attraverso la “riflessione sull’azione” (*reflection-on-action*), l’analisi retrospettiva che trasforma l’esperienza in apprendimento (Schön, 1983).

Le due prospettive, pur partendo da ambiti diversi, convergono in modo straordinariamente fecondo. Morin fornisce la cornice teorico-epistemologica, spiegando *perché* la frammentazione del sapere è un ostacolo cognitivo ed etico mentre Schön offre il meccanismo operativo attraverso cui essa può essere realizzata nella pratica collaborativa. La “conversazione riflessiva con la situazione” descritta da Schön, quando estesa a un *team*, diventa il motore della pratica interprofessionale: un dialogo collettivo in cui le diverse lenti disciplinari si integrano per costruire una comprensione condivisa del problema “paludoso”.

Tuttavia, l’ostacolo principale a tale dialogo collettivo è la mancanza di un linguaggio condiviso, eredità diretta della parcellizzazione disciplinare. Ogni professionista, infatti, inquadra il problema attraverso la propria lente concettuale, parlando una “lingua” diversa. L’intrinseca complessità e multidimensionalità dei problemi “paludosi” implica che essi non possano essere affrontati da una singola professione. Richiedono l’integrazione di molteplici prospettive, rendendo la *palude* il contesto archetipico per l’IPE e la pratica collaborativa (Schön, 2006).

Ne consegue che l’essenza dell’apprendimento interprofessionale non risiede solo nell’insegnamento di protocolli comunicativi, ma nella facilitazione di un processo strutturato – un “dialogo riflessivo” collettivo – attraverso cui il *team* può rendere espliciti i propri schemi, negoziare significati e co-creare un “gergo collettivo” ibrido. Questo linguaggio condiviso è il presupposto per sviluppare una “mente collettiva” e per attivare una “riflessione nel corso dell’azione” di gruppo, consentendo al gruppo di lavoro di apprendere e adattarsi dinamicamente di fronte a “sorprese” che mettono in crisi il suo “sapere nel corso dell’azione” collettivo. L’epistemologia di Schön, dunque, non è meramente compatibile con l’interprofessionalità, ma ne costituisce il fondamento teorico indispensabile. L’implicazione finale di tale disamina è che la formazione dei professionisti della cura e dell’educazione richiede un cambiamento radicale: le scuole professionali devono evolvere da *silos* disciplinari a “sistemi di apprendimento”, ristrutturando la propria pedagogia per creare “ tirocini riflessivi interprofessionali” (Schön, 2006). Solo in questi ambienti, studenti di diverse discipline potranno imparare con, da e sugli altri, coltivando collettivamente, attraverso l’ingaggio con autentiche problematiche “paludose”, quell’arte della pratica collaborativa che è l’unica risposta adeguata alla complessità della cura integrata.

Insieme, questi fondamenti teorici delineano un modello in cui la cura integrata non è solo un’esigenza organizzativa, ma il risultato di una profonda riconfigurazione del sapere e di un agire professionale consapevole, dialogico e capace di abitare la complessità. Comprendere queste basi risulta cruciale per analizzare le loro declinazioni operative, in particolare nei complessi contesti sanitari pediatrici.

3. Declinazioni operative in contesti sanitari

Il settore sanitario è un esempio paradigmatico di “zona paludosa”, che richiede l'integrazione di competenze tecniche con l'“arte della pratica” per gestire situazioni disordinate e indeterminate. La crescente complessità dei profili clinici, accentuata dalla prevalenza di patologie croniche e multimorbidità, impone un'evoluzione dell'assistenza sanitaria verso modelli progressivamente più integrati e personalizzati. Inadeguatezze quali la frammentazione delle cure e l'isolamento disciplinare ostacolano la capacità di rispondere efficacemente alle esigenze dei pazienti, rendendo imprescindibile una stretta CIP tra sanitari dotati di competenze eterogenee. Tale esigenza è stata formalmente riconosciuta a livello internazionale sin dagli inizi degli anni Duemila, con l'Institute of Medicine (2001) che ha identificato nella CIP una strategia cardine per l'incremento della qualità e sicurezza delle cure, specialmente per pazienti con bisogni complessi. La CIP si configura come un modello operativo in cui professionisti sanitari di diverse discipline cooperano per erogare una cura integrata e focalizzata sul paziente e il suo nucleo familiare, fondata sulla condivisione di conoscenze, competenze e responsabilità, con l'obiettivo di ottimizzare gli esiti clinici, la soddisfazione del paziente e l'efficienza dei sistemi sanitari. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2010 ha formalizzato la definizione di CIP, sottolineandone il rilievo strategico per affrontare le sfide derivanti dalle trasformazioni dei sistemi sanitari globali e per assicurare un accesso equo a cure di elevata qualità, soprattutto per le popolazioni vulnerabili. Una solida base di evidenze empiriche supporta la CIP, enfatizzando l'importanza di investimenti nella formazione interprofessionale (IPE) e nella creazione di contesti lavorativi che la promuovano (Marengoni, Angelman, Melis et al., 2010).

La CIP è definita come il processo attraverso cui professionisti con diversi *background* operano in maniera coordinata e collaborativa per ottimizzare l'assistenza e rispondere efficacemente alle complesse esigenze dei pazienti (WHO, 2010). Questo approccio si fonda su una comunicazione aperta e trasparente, valorizzando le eterogenee competenze e prospettive professionali e superando, mediante negoziazione e interazione continua, i “silos” disciplinari per costruire relazioni fiduciarie. L'obiettivo primario è il miglioramento della qualità ed efficacia della cura sanitaria, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse, la riduzione della frammentazione delle cure e l'offerta di percorsi assistenziali personalizzati (WHO, 2010). Numerosi studi attestano i benefici della CIP per pazienti e professionisti, includendo miglioramenti qualitativi delle cure, maggiore soddisfazione del paziente, riduzione degli errori clinici, incremento dell'efficienza dei processi e del coinvolgimento professionale (Batalden, Batalden, Margolis, 2016; (NEJM Catalyst, 2017).

Il modello canadese delle competenze interprofessionali fornisce un solido quadro concettuale, articolando la CIP in sei dimensioni interconnesse (Bainbridge, Nasmith, Orchard, Wood, 2010):

- chiarezza dei ruoli;
- centralità del paziente;
- dinamiche di gruppo;
- *leadership*;
- comunicazione;
- gestione dei conflitti.

La letteratura identifica attività fondamentali quali comunicazione, discussione, lavoro di squadra, formazione e *networking*, ma anche ostacoli alla CIP come squilibri di potere e rigidità dei ruoli (Xyrichis, Reeves, Zwarenstein, 2018). Evidenze empiriche associano la CIP a una riduzione della durata delle degenze, del rischio di riammissioni e a un miglioramento della soddisfazione di pazienti e personale. Anche la letteratura psico-pedagogica rimarca il ruolo delle reti e del supporto sociale come fattori protettivi per il benessere e la resilienza individuale (Pantha et al., 2020).

L'incontro con l'alterità professionale è il fulcro della CIP e implica un confronto costruttivo per valorizzare le specificità di ruolo e offrire una cura integrata. La fiducia nei *team* interprofessionali, secondo lo studio di Pantha (2020), si sviluppa gradualmente a partire dalla percezione delle competenze reciproche, evolvendo verso un clima di sicurezza emotiva che favorisce il pensiero critico. L'evoluzione concettuale della CIP include l'integrazione attiva del paziente, in linea con i principi del *family centered care*, e un contesto organizzativo ecologico.

Le proiezioni dell'OMS indicano le patologie cronico-degenerative come principale causa di morbidità e mortalità futura, imponendo una riconsiderazione dei modelli di cura verso approcci territoriali, integrati e multidisciplinari, data la complessità delle conoscenze richieste (Conferenza Stato Regioni, 2010). L'OMS ha identificato ambiti di significativo miglioramento attraverso la pratica interprofessionale, quali la salute materno-infantile e la gestione di malattie infettive.

La CIP è intrinsecamente legata all'IPE, cruciale nella formazione di base e continua per sviluppare le competenze collaborative necessarie, superando i confini disciplinari. Il *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice* dell'OMS (2010) connette l'IPE al rafforzamento dei sistemi sanitari e al miglioramento degli esiti per i pazienti, considerando fattori individuali, clinici e organizzativi. Le competenze fondamentali definite dall'*Interprofessional Education Collaborative* (IPEC, 2016) orientano la formazione verso la comunicazione e la collaborazione efficace in *team* multidisciplinari.

4. Conclusioni

Il presente studio ha investigato la CIP in ambito sanitario, confermandone il carattere imprescindibile per l'erogazione di una cura di elevata qualità, specificamente orientata alla complessità dei bisogni infantili e familiari. La crescente complessità dei quadri clinici pediatrici, sovente connotati da cronicità e multi-

morbilità, necessita il superamento della frammentazione disciplinare a favore di approcci integrati.

La revisione narrativa della letteratura scientifica ha rivelato un incremento dell'interesse verso la CIP nell'ultimo decennio, pur evidenziando una predominanza geografica nordamericana degli studi e la necessità di indagini longitudinali più estese. Gli ospedali pediatrici regionali emergono come contesti privilegiati per lo sviluppo di tali pratiche. Sebbene la *leadership* delle iniziative interprofessionali sia frequentemente assunta dalla componente pediatrica, le discipline umanistiche – pedagogia, psicologia ed educazione – assumono un ruolo operativo determinante nell'implementazione delle sinergie. La ricerca pregressa ha prevalentemente impiegato metodologie miste e campioni di dimensioni contenute, suggerendo l'opportunità di future investigazioni su più ampia scala.

L'effettiva implementazione della CIP è modulata da fattori facilitanti e ostacolanti. Tra i primi figurano la comunicazione efficace, la strutturazione condivisa dell'intervento, la chiarezza dei ruoli e delle prassi, una cultura della responsabilità condivisa, l'*empowerment* genitoriale e una *leadership* educativa. Le competenze sviluppate attraverso la CIP sono multidimensionali, includendo abilità comunicative, relazionali, progettuali, di *team working*, *leadership* e meta-riflessività.

In conclusione, la CIP si configura come un processo dinamico e complesso, essenziale per affrontare le sfide della sanità contemporanea, richiedendo impegno costante in comunicazione, condivisione di responsabilità e sviluppo di competenze trasversali. La ricerca futura dovrà focalizzarsi sull'impatto a lungo termine della CIP, sull'affinamento dei modelli implementativi e sulla traslazione delle evidenze in prassi consolidate, supportate da formazione interprofessionale efficace e da un impegno istituzionale volto a facilitare e istituzionalizzare tali sinergie operative.

Bibliografia

- Batalden M., Batalden P., Margolis P. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf*, 25, 509-17.
- Conferenza Stato-Regioni (2010). *Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012*.
- Gibbons M., Limoges C., Nowotny H., Schwartzman S., Scott P., Trow M. (1994). *The new production of knowledge: The dynamics of science and research in contemporary societies*. SAGE Publications.
- Hirsch H. et al (2008). *The Emergence of Transdisciplinarity as a Form of Research*. 10.1007/978-1-4020-6699-3_2. <https://doi.org/10.7346/PO-022022-06>.
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy.
- Interprofessional Education Collaborative. (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice*. Washington: Interprofessional Education Collaborative.
- Marengoni A, Angleman S., Melis R. et al. (2010). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*.

- Morin E. (2000). *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*. Milano: Raffaello Cortina .
- Morin E. (1993). *Introduzione al pensiero complesso. Gli strumenti per affrontare le sfide della complessità*. Milano: Sperling e Kupfer.
- Morin E. (2001). *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*. Milano: Raffaello Cortina.
- Morin E. (2015). *Insegnare a vivere. Manifesto per cambiare l'educazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- NEJM Catalyst. (2017). *What Is Patient-Centered Care? Explore the definition, benefits, and examples of patient-centered care. How does patient-centered care translate to new delivery models?* NEJM Catalyst.
- Orefice P. (2007). Il processo formativo come costruzione dei saperi personali. In M. Campanino (Ed.), *Conoscere il suono la natura l'universo* (pp. 57-71). Napoli: CUEN.
- Orefice P. (2020). *Lo sviluppo delle discipline*. Firenze University Press.
- Pantha S., Jones M., Gray R. (2020). Inter-Professional Collaboration and Patient Mortality: Protocol for a Systematic Review and Meta-Analysis. *Nurs Rep*, 10, 15-22
- Schön D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Basic Books.
- Schön D.A. (2006). *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni*. Milano: FrancoAngeli.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, disability, and Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education: Collaborative Practice*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva: World Health Organization.
- Xyrichis A, Reeves S, Zwarenstein M. Examining the nature of interprofessional practice: An initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). *J Interprof Care*, 32, 416-25.