

## Ripensare la cura: implicazioni pedagogiche della legge 62/2024 nella formazione dei professionisti sanitari

### Pedagogical Implications of Law 62/2024 in the Training of Healthcare Professionals

Gianluca Amatori\*

#### Riassunto

La Legge 62/2024 introduce una riforma organica delle politiche per la disabilità, ponendo al centro il concetto di “progetto di vita” e ridefinendo le pratiche di valutazione in chiave multidimensionale. Il presente contributo analizza la portata pedagogica della normativa alla luce del modello biopsicosociale ICF e dei principi dell’educazione inclusiva, con particolare attenzione alla formazione iniziale e in servizio dei professionisti sanitari. L’articolo evidenzia come medici e operatori delle professioni sanitarie siano oggi chiamati a sviluppare competenze non solo cliniche ma anche educative, relazionali e interprofessionali, in un’ottica di corresponsabilità progettuale. La pedagogia speciale si configura come sapere abilitante per comprendere, accompagnare e formare tali figure, contribuendo a una trasformazione culturale che attraversa università, servizi, enti del Terzo Settore e territori. Il paper propone un’analisi teorica e normativa del quadro attuale, individuando nella formazione una leva strategica per la piena attuazione della riforma.

**Parole chiave:** Progetto di vita; Pedagogia speciale; Formazione sanitaria; Disabilità; Valutazione multidimensionale; Inclusione.

#### Abstract

Law 62/2024 introduces a comprehensive reform of disability policies in Italy, placing the “life project” at the core and redefining assessment practices through a multidimensional lens. This paper explores the pedagogical implications of the new framework, grounded in the biopsychosocial ICF model and the principles of inclusive education, with a specific focus on the initial and in-service training of healthcare professionals. The analysis highlights how medical doctors and allied health practitioners are now required to develop not only clinical skills, but also educational, relational and interprofessional competences, within a perspective of shared responsibility in life planning. Special pedagogy emerges

---

\* Professore Ordinario di Didattica e Pedagogia Speciale, Università Europea di Roma. E-mail: gianluca.amatori@unier.it.

as an enabling knowledge, capable of guiding, supporting and educating professionals involved in diagnostic, rehabilitative and care pathways. The article offers a theoretical and policy analysis of the current scenario, identifying training as a strategic lever for the full implementation of the reform.

**Keywords:** Life project; Special pedagogy; Health professions education; Disability; Multidimensional assessment; Inclusion

*Articolo sottomesso: 18/09/2025, accettato: 07/11/2025*

## 1. Introduzione

La Legge 62/2024 (D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62) segna una svolta normativa e culturale nel contesto italiano delle politiche per la disabilità, introducendo un impianto organico fondato sul concetto di *Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato*. Tale riforma, che dà attuazione alla delega conferita dalla Legge 227/2021, si pone l'ambizioso obiettivo di garantire alle persone con disabilità non soltanto il riconoscimento formale dei propri diritti, ma anche l'effettiva possibilità di esercitarli attraverso la rimozione sistematica degli ostacoli, il potenziamento delle autonomie e l'attivazione di contesti abilitanti. In perfetta consonanza con i principi ispiratori della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (ONU, 2006), la nuova architettura legislativa afferma con chiarezza il diritto della persona a essere soggetto attivo dei processi decisionali che la riguardano, in nome dell'autodeterminazione, della non discriminazione e della piena partecipazione sociale.

Una tale svolta paradigmatica investe con forza il piano pedagogico e formativo, sollecitando una revisione critica delle competenze richieste ai professionisti della salute – medici, infermieri, terapisti, psicologi e operatori delle professioni sanitarie – i quali sono, oggi più che mai, chiamati ad acquisire strumenti concettuali e operativi coerenti con il modello bio-psico-sociale della disabilità e con i principi epistemologici della pedagogia speciale. Il presente contributo si propone di esplorare tali implicazioni, offrendo una riflessione teorico-critica sulle trasformazioni che la Legge 62/2024 richiede al sistema della formazione iniziale e continua dei professionisti sanitari. In particolare, l'analisi si articolerà attorno a quattro nuclei concettuali: (1) la riconfigurazione degli obiettivi formativi e culturali alla luce del nuovo quadro normativo; (2) il consolidamento delle competenze interprofessionali necessarie al lavoro in équipe multidisciplinari; (3) l'integrazione tra saperi medici e pedagogici nel

governo dei processi valutativi e progettuali; (4) il ruolo strategico della formazione permanente come motore di cambiamento culturale e professionale.

## 2. Il “Progetto di Vita” e il nuovo paradigma della disabilità

La Legge 62/2024 inaugura un orizzonte interpretativo e operativo radicalmente innovativo, che supera la logica prestazionale frammentaria per promuovere un approccio progettuale integrato e centrato sulla persona. L’art. 18 del decreto legislativo definisce il *Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato* come lo strumento principale mediante cui la persona con disabilità viene posta nella condizione di delineare, in forma attiva e consapevole, i propri obiettivi esistenziali, avvalendosi del sostegno istituzionale per la loro realizzazione. In base alla norma, «la persona con disabilità è titolare del progetto di vita e ne richiede l’attivazione; concorre a determinarne i contenuti [...] secondo i propri desideri, le proprie aspettative e le proprie scelte». Viene così formalmente riconosciuto il principio secondo cui ogni essere umano ha il diritto di essere protagonista della propria esistenza, anziché destinatario passivo di interventi predefiniti.

Il *Progetto di Vita* si configura, in tale prospettiva, come un dispositivo pedagogico ed etico finalizzato alla promozione del benessere globale della persona nei molteplici ambiti dell’esistenza – dalla salute alla formazione, dal lavoro alla vita sociale – attraverso un processo di co-costruzione interistituzionale, continuativo e dinamico. Esso presuppone un forte coordinamento tra i differenti piani d’intervento – sanitario, sociale, educativo, lavorativo – e impone una logica integrata che trascenda l’intervento settoriale per abbracciare una visione sistemica.

Dal punto di vista teorico, la cornice di riferimento è rappresentata dal modello biopsicosociale della disabilità, codificato nell’*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, nonché dai principi dell’*Universal Design*, che richiamano l’esigenza di ambienti, servizi e percorsi intrinsecamente accessibili e adattabili. Tali riferimenti, pur costituendo lo sfondo concettuale del dettato normativo, assumono una pregnanza operativa nella misura in cui orientano il passaggio da un paradigma centrato sul deficit e sulla diagnosi (modello medico) a una lettura della disabilità come esito dell’interazione fra caratteristiche individuali e barriere ambientali, secondo un’ottica di funzionamento situato (Giaconi, 2015).

La legge, in coerenza con tale visione, introduce strumenti innovativi come la valutazione unitaria di base – affidata all’INPS – fondata su codifiche ICD e

ICF e sull'impiego di strumenti internazionalmente validati, quali il questionario WHODAS. L'adozione di un linguaggio valutativo condiviso tra le professioni rappresenta una condizione necessaria per un'azione sinergica e coerente, capace di superare la mera attribuzione nosografica per orientarsi verso la valorizzazione delle risorse, dei contesti e delle aspirazioni della persona.

In ottica pedagogica, il Progetto di Vita può essere interpretato come evoluzione estesa e trasversale del *Piano Educativo Individualizzato* (PEI) in uso nel sistema scolastico, proiettato ora su tutte le fasi del ciclo di vita e su tutti gli ambiti dell'esperienza umana. Come affermano Canevaro e Biancalana (2019), è necessario che l'individuo cessi di essere oggetto del progetto per diventarne soggetto, in una logica che supera la pianificazione eterodiretta per obiettivi e promuove la costruzione condivisa di un percorso biografico personale, originale, radicato nel contesto e orientato dal desiderio. Ciò comporta una ristrutturazione profonda delle prassi professionali: i sanitari non possono più limitarsi all'applicazione standardizzata di protocolli, ma devono sviluppare la capacità di ascoltare, interpretare e co-progettare, in dialogo con la persona e la sua rete di prossimità, scenari di vita possibili e desiderabili.

Il paradigma proposto dalla riforma, in definitiva, è di natura relazionale, situazionale e progettuale: la presa in carico si trasforma in accompagnamento, la valutazione in riconoscimento del funzionamento, l'intervento in co-costruzione di possibilità. Tutto ciò implica una ridefinizione radicale delle competenze richieste ai professionisti e interpella con forza il mondo della formazione, chiamato a strutturare percorsi capaci di generare profili professionali aderenti a questa nuova etica dell'inclusione.

### **3. Formare alla cura che include: implicazioni pedagogiche per i percorsi di studio in ambito sanitario**

L'approvazione della Legge 62/2024 rende improcrastinabile una riflessione profonda sull'impianto formativo dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e delle Professioni Sanitarie. Il passaggio da una logica clinico-diagnostica a una prospettiva progettuale e inclusiva implica, infatti, un ripensamento strutturale dei saperi, delle competenze e delle epistemologie su cui si fondano i percorsi accademici destinati ai futuri professionisti della salute. In tale direzione, si impone l'esigenza di superare la tradizionale separazione tra il sapere medico-scientifico e il sapere pedagogico, in favore di un'alleanza epistemologica fondata sull'interdisciplinarietà e sul riconoscimento della centralità della persona in quanto soggetto biografico, situato e narrante.

Nel contesto attuale, il curriculum medico rimane prevalentemente orientato all'acquisizione di conoscenze anatomo-fisiologiche, farmacologiche e cliniche, talvolta marginalizzando – quando non escludendo – competenze relazionali, progettuali ed etico-pedagogiche. Questa asimmetria formativa si traduce, nella pratica, in una difficoltà oggettiva da parte dei professionisti sanitari nel gestire processi complessi come l'accompagnamento alla definizione del Progetto di Vita, che richiedono capacità di ascolto, empatia, dialogo interprofessionale e lettura contestuale della domanda esistenziale dell'altro (Demetrio, 2012; Tramma, 2019; Avellino et al., 2023).

La riforma introdotta dalla Legge 62/2024 interpella con urgenza le istituzioni accademiche a introdurre, rafforzare e strutturare all'interno dei curricula formativi moduli, insegnamenti e laboratori centrati su tematiche quali:

- la pedagogia speciale come scienza dell'inclusione e della progettazione educativa;
- la lettura del funzionamento secondo il modello ICF e l'approccio bio-psico-sociale;
- la co-progettazione educativa e riabilitativa interprofessionale;
- la comunicazione empatica, la relazione d'aiuto, l'ascolto attivo;
- la narrazione di sé come dispositivo formativo e diagnostico;
- l'etica della cura e la pedagogia dell'accompagnamento.

La costruzione di contesti di cura realmente inclusivi esige professionisti capaci di pensiero pedagogico, oltre che tecnico, in grado di articolare la propria azione sulla base di una visione integrale della persona, piuttosto che su categorie patologiche frammentate e procedure automatizzate (Giacconi & Del Bianco, 2025).

Accanto alla formazione iniziale, non meno rilevante è il tema della formazione continua in servizio, che la stessa legge pone come criterio qualificante delle équipe coinvolte nel Progetto di Vita. In questo senso, la formazione permanente non può limitarsi all'aggiornamento su protocolli o linee guida, ma deve configurarsi come dispositivo riflessivo e trasformativo, capace di accompagnare il professionista in un percorso di ridefinizione identitaria, epistemologica e operativa. Come afferma Mortari (2003), educare alla cura significa anche educare lo sguardo a vedere nell'altro un soggetto di progetto e non un oggetto di intervento.

L'università, in tal senso, è chiamata a fungere da cerniera tra sapere accademico e prassi professionale, promuovendo dispositivi formativi che favoriscano la contaminazione tra le scienze mediche e le scienze dell'educazione, anche attraverso l'attivazione di laboratori interprofessionali, simulazioni narrative, studi di caso, tirocinio riflessivo e comunità di pratica. Non si tratta di

inserire semplicemente “moduli di pedagogia” in percorsi clinici, ma di ridefinire le finalità stesse della formazione alla cura, affinché essa si configuri come processo di capacitazione (Sen, 1999), orientato alla libertà, alla responsabilità e alla giustizia sociale.

#### **4. Integrazione dei saperi e competenze interprofessionali: una sfida per la formazione sanitaria contemporanea**

La logica sottesa alla Legge 62/2024 chiama esplicitamente in causa il lavoro in équipe e la costruzione di competenze interprofessionali come elementi strutturali dei percorsi di presa in carico. In questa prospettiva, la pedagogia speciale non si propone come sapere ancillare rispetto a quello clinico, ma come campo epistemologico autonomo e dialogico, in grado di fornire categorie interpretative e strumenti progettuali fondamentali per la comprensione e l’accompagnamento delle traiettorie di vita delle persone con disabilità.

Il *Progetto di Vita* non è, infatti, un atto formale di pianificazione burocratica, ma un processo continuo, riflessivo, situato e trasformativo, che richiede un’azione concertata tra professionisti portatori di saperi diversi – medici, pedagogisti, psicologi, assistenti sociali, educatori – capaci di riconoscere e valorizzare le rispettive competenze specifiche in un quadro comune di riferimento. Tale quadro, di natura dialogica e non gerarchica, impone un cambiamento culturale profondo, non sempre facile da attuare in contesti sanitari storicamente segnati da una forte verticalità decisionale e da una divisione netta delle funzioni.

In questo senso, il contributo della pedagogia speciale si manifesta in almeno tre direzioni:

1. *Rifondazione concettuale del concetto di “diagnosi”*: superamento della mera descrizione nosografica per assumere una visione complessa e situata del funzionamento umano, capace di integrare dimensioni biologiche, psicologiche, relazionali, ambientali e simboliche (Canevaro, 2006; Gaspari, 2017; Bocci, 2021; Giaconi & Del Bianco, 2025). La valutazione diventa così un atto pedagogico, fondato sull’ascolto, sull’interpretazione del contesto e sulla valorizzazione delle potenzialità.
2. *Promozione di uno sguardo educativo sul processo di cura*: la cura viene intesa non come mera risposta al bisogno, ma come azione generativa di possibilità, capace di riconoscere l’altro come soggetto desiderante, narrante e progettante (Mortari, 2006). Ciò comporta l’adozione di un’etica della responsabilità condivisa e della prossimità empatica, che si esprime nell’attenzione alle storie di vita e nella co-costruzione di percorsi di senso.

3. *Costruzione di linguaggi comuni tra professionisti*: l'approccio interprofessionale richiede la definizione di strumenti concettuali e comunicativi condivisi. L'adozione di codifiche e riferimenti comuni (ICF, WHODAS), lungi dall'essere un mero tecnicismo, diventa condizione di possibilità per la coerenza progettuale e la corresponsabilità operativa.

Tali dimensioni non possono essere improvvisate, ma richiedono una formazione esplicita, intenzionale e riflessiva. Come sostiene la *World Health Organization* (2010, p. 7), «interprofessional education occurs when students from two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes». In questo senso, l'università e le agenzie formative sono chiamate a progettare ambienti di apprendimento che favoriscano l'incontro tra prospettive, il dialogo tra linguaggi disciplinari e l'acquisizione di competenze trasversali – comunicative, etiche, progettuali, riflessive – essenziali per l'abitare professionale dei contesti complessi.

Un simile approccio impone anche una riformulazione delle metodologie didattiche, che dovranno valorizzare dispositivi formativi ad alta intensità relazionale, quali:

- la simulazione narrativa (Avellino et al., 2023; De Feo, 2023);
- la discussione di caso in setting interprofessionali (Frasca, 2023);
- l'autoanalisi della pratica;
- la supervisione pedagogica;
- l'apprendimento cooperativo tra pari.

In ultima analisi, la formazione interprofessionale non è solo una strategia didattica, ma una scelta etico-politica: educare alla cura significa educare alla responsabilità comune, alla capacità di abitare l'alterità e di generare, insieme, orizzonti di possibilità.

## 5. Formazione continua e cambiamento culturale nei contesti sanitari

La piena attuazione della Legge 62/2024 non può prescindere da una solida infrastruttura di formazione continua, capace di sostenere il cambiamento culturale richiesto ai professionisti della salute e di accompagnarli nella ridefinizione delle proprie posture epistemologiche, relazionali e operative. In questa direzione, la formazione permanente non si configura semplicemente come aggiornamento tecnico su nuove procedure o dispositivi normativi, bensì come processo educativo capace di generare riflessività critica, consapevolezza etica e trasformazione delle pratiche.

L'articolazione del Progetto di Vita individuale e partecipato richiede, infatti, non solo competenze teorico-progettuali, ma anche un *habitus* professionale fondato su apertura, ascolto, corresponsabilità e dialogo interprofessionale. Tali disposizioni non si apprendono una volta per tutte nel tempo della formazione iniziale: devono essere oggetto di coltivazione continua, di manutenzione pedagogica e di aggiornamento contestuale. Come afferma Formenti (2017), la formazione degli adulti deve essere pensata come “pratica narrativa del cambiamento”, nella quale il soggetto è chiamato a rielaborare costantemente la propria identità professionale alla luce delle esperienze, delle relazioni e delle sfide sociali emergenti.

In questa prospettiva, l'educazione continua del personale sanitario deve assumere le caratteristiche di un percorso trasformativo, orientato non soltanto all'accrescimento delle competenze tecniche, ma alla revisione critica dei propri paradigmi di lettura della disabilità, della vulnerabilità e della relazione d'aiuto. I contesti sanitari, tradizionalmente strutturati attorno a gerarchie rigide e protocolli standardizzati, faticano spesso ad accogliere l'imprevedibilità del desiderio, la singolarità del progetto di vita e la negoziazione intersoggettiva delle scelte. La formazione può costituire, in tale scenario, uno spazio generativo, un laboratorio di pensiero e di prassi in cui disinnescare automatismi e riscoprire il significato autentico della cura come relazione umana situata e responsabilizzante.

A tal fine, si rende necessario un ripensamento anche delle modalità formative impiegate. Come noto, i tradizionali corsi frontali centrati sulla trasmissione di contenuti risultano spesso inadeguati a generare cambiamento. Risultano invece più efficaci approcci esperienziali e riflessivi, in grado di mettere al centro la biografia professionale, la pratica quotidiana, l'analisi dei dilemmi e la co-costruzione di significati. In quest'ottica, possono essere valorizzati strumenti come il bilancio di competenze, le comunità di apprendimento professionale, la scrittura riflessiva, le supervisioni pedagogiche di *équipe* e le metodologie autobiografiche (Demetrio, 1996; Formenti, 2017).

È importante sottolineare che la formazione continua non può essere affidata alla buona volontà del singolo operatore né ridotta a obbligo formale per l'acquisizione di crediti. Essa deve essere progettata come dispositivo sistemico e strutturale, integrato nelle politiche organizzative e supportato da un investimento istituzionale convinto. Solo così sarà possibile consolidare una cultura professionale capace di accogliere la complessità del nuovo paradigma e di tradurlo in prassi quotidiane coerenti e sostenibili.

In ultima analisi, la formazione continua può e deve divenire leva trasformativa per una sanità che sappia coniugare competenza e umanità, tecnica e



progetto, protocollo e desiderio, in una visione della cura intesa non come prestazione episodica ma come accompagnamento alla vita buona, possibile e desiderata.

## 6. La formazione continua come leva di cambiamento culturale

La portata innovativa della Legge 62/2024 è tale che non basta formare adeguatamente i nuovi laureati: è indispensabile anche *aggiornare gli attuali professionisti* affinché il cambiamento diventi realtà. Medici, operatori sanitari e sociali che già operano nei servizi dovranno far propri i nuovi concetti di valutazione e progetto di vita, spesso abbandonando prassi radicate da decenni. In questo senso, la formazione continua (Educazione Continua in Medicina e analoghi programmi per le altre professioni) diviene la leva strategica per promuovere un cambiamento culturale diffuso.

Il legislatore ha mostrato di esserne consapevole: la Legge 62/2024 dedica l'art. 32 proprio alle *“Misure di formazione”* connesse alla riforma. Essa prevede che un apposito decreto attuativo stabilisca programmi formativi per tutti i soggetti coinvolti nella valutazione e nell'elaborazione dei progetti di vita. In particolare, si pianificano iniziative formative nazionali congiunte per il personale delle UVM e dei servizi pubblici e del Terzo Settore, nonché finanziamenti alle Regioni per attivare piani formativi territoriali. A tal fine, è stato creato un fondo di 20 milioni di euro per il 2024 e 30 milioni per il 2025 destinato alla formazione. Si tratta di un investimento significativo, che non ha precedenti recenti nel campo della disabilità, e denota la volontà di accompagnare la riforma normativa con una robusta azione formativa.

Nel marzo 2025 è stato emanato il DPCM 14/01/2025 n. 30, regolamento attuativo dell'art. 32, che disciplina in dettaglio le iniziative formative a livello nazionale e regionale. Gli obiettivi di questo piano formativo sono chiari: garantire un'effettiva ed omogenea formazione del personale tecnico, sanitario, amministrativo e sociale che partecipa alle nuove procedure di valutazione di base, valutazione multidimensionale ed elaborazione del progetto di vita. In pratica, tutti gli attori – dalle commissioni INPS ai servizi sociali comunali, dai medici di base agli assistenti sociali scolastici, fino agli operatori dei centri per l'impiego e delle associazioni – devono essere formati sui nuovi criteri e strumenti. Il DPCM prevede infatti due livelli: corsi nazionali, organizzati dal Dipartimento per le disabilità della Presidenza del Consiglio, per diffondere linee guida e contenuti univoci; e piani formativi territoriali gestiti dalle Regioni, ma allineati alle indicazioni centrali. Questa architettura garantisce da un lato uniformità di approccio su tutto il territorio nazionale (evitando disparità regionali

nell'interpretazione della riforma) e dall'altro l'adattamento alle specificità locali.

Tra i destinatari della formazione continua vengono esplicitamente menzionati: il personale delle aziende sanitarie locali, degli ambiti sociali territoriali, dei servizi per il collocamento mirato (disabilità e lavoro), delle istituzioni scolastiche, delle università, degli enti ecclesiastici e degli enti del Terzo Settore. È significativa l'inclusione del mondo della scuola e dell'università, segno che il progetto di vita richiede una rete ampia e trasversale di competenze. Inoltre, a livello locale dovranno essere coinvolti i medici di famiglia e pediatri, attori chiave per assicurare continuità assistenziale e conoscenza diretta delle persone sul territorio.

La formazione continua in questo contesto non è vista solo come aggiornamento tecnico, ma come veicolo di cambiamento culturale. Attraverso i corsi e le attività di training, si punta a far maturare nei professionisti una nuova mentalità: passare da una cultura dell'*accertamento statico* (certificare invalidità, erogare benefici economici) a una cultura del *progetto dinamico* (individuare potenzialità, definire obiettivi evolutivi, monitorare i progressi), tipica dello sguardo pedagogico. Ciò implica promuovere nei partecipanti ai corsi la consapevolezza del proprio ruolo all'interno di un disegno più ampio di inclusione.

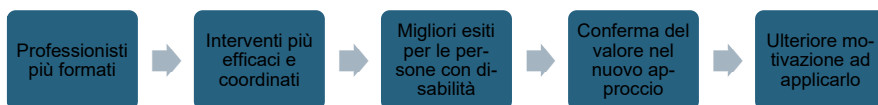
Alcune Regioni e Ordini professionali hanno già avviato nel 2025 percorsi formativi pilota. Ad esempio, è stata avviata una sperimentazione dal 1° gennaio 2025 in nove province italiane (scelte per rappresentare Nord, Centro, Sud e diverse dimensioni territoriali) per testare le nuove procedure. In tali province (tra cui Alessandria, Aosta, Macerata, Palermo) i professionisti coinvolti sono stati formati attraverso corsi specifici organizzati a livello locale (Ordine Psicologi Piemonte, 2025). La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (FNOMCeO) ha diffuso note e circolari ai propri iscritti, in collaborazione con il Ministero per le Disabilità, invitando a partecipare ai corsi di formazione dedicati e sottolineando la *responsabilità condivisa* di tutti gli attori nel realizzare con successo la riforma (FNOMCeO, Nota 19/08/2025). Queste iniziative segnalano che il mondo professionale sta recependo l'importanza della formazione continua: non solo come obbligo normativo, ma come opportunità di crescita professionale e di miglioramento del sistema.

Va detto che la formazione continua dovrà affrontare anche resistenze culturali. Professionisti con molti anni di servizio potrebbero inizialmente percepire il nuovo modello come un appesantimento burocratico o come un'invasione di campo da parte di altre professionalità. Sarà dunque compito dei formatori aiutare a comprendere il *valore aggiunto* del progetto di vita: ad esempio mostrando evidenze di miglioramento della soddisfazione degli utenti o presentando esperienze nelle quali un approccio multidisciplinare ha risolto problemi che prima restavano irrisolti.

Il tono argomentativo-tecnico nei corsi dovrà essere bilanciato dalla presentazione di *casi concreti* e storie di successo, che parlano alla motivazione intrinseca dei professionisti.

Un ruolo importante potrà essere giocato dai leader professionali (primari, direttori di distretto, responsabili di servizi): se saranno i primi a formarsi e a dare l'esempio applicando le nuove logiche, fungeranno da modello per i colleghi. Ad esempio, un primario fisiatra che nell'unità operativa promuove riunioni periodiche con pedagogisti e assistenti sociali per discutere i casi complessi, dimostra nei fatti il beneficio della collaborazione interdisciplinare, incoraggiando il suo staff a seguirne l'esempio. La formazione continua dovrebbe quindi coinvolgere anche i livelli dirigenziali, per creare *ambasciatori del cambiamento* all'interno delle organizzazioni sanitarie.

In sintesi, la formazione continua rappresenta la cerniera di collegamento tra l'innovazione normativa e la pratica quotidiana. Senza un adeguato investimento in aggiornamento e senza un coinvolgimento motivazionale dei professionisti, il rischio è che la riforma rimanga sulla carta o si riduca a meri adempimenti formali. Al contrario, sfruttando la formazione come leva di empowerment degli operatori, è possibile generare un circolo virtuoso:



Si tratta di un vero e proprio cambiamento di cultura professionale, che richiede tempo ma può essere accelerato se ogni operatore sente di far parte di una comunità di pratica orientata all'innovazione e sostenuta dalle istituzioni (anche attraverso riconoscimenti, crediti ECM, incentivi di carriera legati alle nuove competenze acquisite, ecc.).

## 7. Oltre il paradigma clinico: la pedagogia speciale come risorsa trasformativa

Il passaggio da una logica centrata sulla diagnosi e sull'erogazione prestazionale a una visione fondata sul *Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato* segna una transizione paradigmatica che investe profondamente anche la formazione dei professionisti della salute.

In tale scenario, la pedagogia speciale si configura come una risorsa imprescindibile per il ripensamento dei percorsi formativi e delle pratiche professionali. Essa offre categorie interpretative e strumenti operativi in grado di valo-

rizzare la soggettività, la narrazione, il contesto, il desiderio e la co-progettazione, ponendosi come sapere generativo e dialogico in grado di orientare le politiche, le relazioni e le prassi di cura in direzione inclusiva.

Affinché questa trasformazione si realizzi in modo strutturale e non episodico, è necessario un duplice investimento:

1. *Sui curricula universitari*, in particolare nei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e nelle Professioni Sanitarie, che devono essere ripensati alla luce del nuovo impianto normativo e delle sfide poste dalla complessità del lavoro interprofessionale. L'inserimento di moduli trasversali di pedagogia speciale, bioetica, comunicazione, progettazione educativa, valutazione del funzionamento e lavoro di rete rappresenta un'urgenza formativa non più differibile.
2. *Sulle politiche di formazione continua*, che devono abbandonare il paradigma trasmissivo e conformativo per abbracciare un modello formativo riflessivo, situato e trasformativo, capace di accompagnare i professionisti in un processo continuo di ridefinizione delle proprie competenze e del proprio ruolo.

Alla luce di quanto discusso, è possibile formulare alcune proposte operative che possano guidare l'implementazione coerente della Legge 62/2024 nei contesti formativi e professionali:

- Promuovere l'interazione strutturata tra docenti di area medico-sanitaria e pedagogica nella progettazione e nella conduzione dei percorsi universitari.
- Attivare laboratori interdisciplinari e tirocini in équipe interprofessionali, che permettano agli studenti di sperimentare in contesto le dinamiche della co-progettazione e del lavoro di rete.
- Istituire formazioni in servizio obbligatorie e qualificate sull'ICF, il Progetto di Vita e il modello bio-psico-sociale, valorizzando la presenza di pedagogisti specializzati nei team formativi.
- Riconoscere la figura del pedagogista esperto in contesti sanitari come parte integrante delle équipe multidisciplinari, con compiti di consulenza, formazione, progettazione e mediazione.
- Sostenere la creazione di reti di ricerca e innovazione educativa tra università, servizi e organizzazioni sanitarie, per sperimentare modelli formativi e organizzativi coerenti con il nuovo paradigma.

La pedagogia speciale, intesa come sapere della differenza, della cura e dell'inclusione, non si limita a interpretare il cambiamento, ma può contribuire attivamente a generarlo. Il Progetto di Vita, allora, non è solo una misura am-

ministrativa, ma un orizzonte etico e politico che interpella l'intero sistema formativo e sanitario, chiamato a riorientarsi verso la valorizzazione della persona, delle sue aspirazioni, dei suoi legami e delle sue possibilità.

Restituire centralità all'umano, nella sua complessità e vulnerabilità, è il compito che ci attende. Un compito educativo, prima ancora che tecnico.

## Riferimenti bibliografici

- Avellino A., Gagliardi C., Thekkan K.R. (2023). La formazione pedagogica dei professionisti sanitari. La medicina narrativa dalla teoria in aula alla pratica clinica. *Medical Humanities & Medicina Narrativa*, 7(1): 235-243.
- Besio S., Caldin R. (a cura di) (2019). *La Pedagogia speciale in dialogo con altre discipline*. Milano: Guerini.
- Bocci F. (2021). *Pedagogia speciale come pedagogia inclusiva*. Milano: Guerini.
- Bocci F. (2016). I medici pedagogisti. Itinerari storici di una vocazione educativa. *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, IV(1): 25-46.
- Canevaro A. (2006). *Pedagogia speciale. La riduzione dell'handicap*. Milano: Mondadori.
- Canevaro A., Biancalana V. (2019). Progetto di vita e progetto per vivere. *Pedagogia più didattica*, 5(1): 1-20.
- Canevaro A., Ferrari A. (2019). *Diagnosi e prognosi in riabilitazione infantile*. Trento: Erickson.
- De Feo A. (2023). La formazione dell'operatore sanitario: dall'approccio biomedico alla "cura narrativa". *Medical Humanities & Medicina Narrativa*, 7(1): 225-234.
- De Mennato P. (a cura di) (2006). *Progetti di vita come progetti di formazione*. Pisa: ETS.
- Demetrio D. (1996). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Cortina.
- Demetrio D. (2012). *Educare è narrare. Miti, storie, figure simboliche*. Milano: Mimesis.
- Formenti L. (2017). *Formazione e trasformazione. Un modello complesso*. Milano: Raffaello Cortina.
- Frascà V. (2023). Prendersi cura guardando oltre. Prospettive pedagogiche nel percorso fisioterapico. *Medical Humanities & Medicina Narrativa*, 7(1): 319-330.
- Gaspari P. (2021). *Cura educativa, relazione d'aiuto e inclusione*. Roma: Anicia.
- Gaspari P. (2017). *Per una pedagogia speciale oltre la medicalizzazione*. Milano: Guerini.
- Giacconi C. (2019). La prevenzione come *core category* del dialogo tra Medicina e Pedagogia Speciale. In: Besio S., Caldin R. (a cura di). *La Pedagogia speciale in dialogo con altre discipline*. Milano: Guerini.
- Giacconi C. (2015). *Qualità della vita e adulti con disabilità. Modelli e processi di valutazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Giacconi C., Del Bianco N. (a cura di) (2025). *La pedagogia speciale per il progetto di vita*. Lecce: PensaMultimedia.

- Legge 227/2021. Delega al Governo in materia di disabilità. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 309 del 30 dicembre 2021.
- Legge 62/2024. Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62. Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'autonomia delle persone con disabilità. *Gazzetta Ufficiale*, Serie Generale, n. 115 del 18 maggio 2024.
- Mortari L. (2006). *La pratica dell'aver cura. Etica del cuore e della mente*. Milano: Mondadori.
- Mortari L. (2003). *Apprendere dall'esperienza. Il pensiero riflessivo nella formazione*. Roma: Carocci.
- Mura A., Zurru A.L. (2018). Dialogo tra Pedagogia Speciale e scienze mediche: forme ed elementi. *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, VI(2): 13-25.
- ONU (2006). *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità*. New York: United Nations.
- Sen A. (1999). *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva: WHO.
- Zurru A.L. (2015). *La dimensione identitaria nella persona disabile. Lo sguardo della Pedagogia Speciale sulle dinamiche della cura medica*. Milano: FrancoAngeli.