

Attraverso altri occhi: raccontare un'esperienza clinica utilizzando l'ottica sistemica

Sara Colognesi

Msc, RN, ASST Vimercate

Corrispondenza: colognesi.sara@gmail.com

L'OTTICA SISTEMICA

“La nostra meta non è mai un luogo, ma piuttosto un nuovo modo di vedere le cose” (H. Miller)

Sebbene si possa risalire ai fondamenti del pensiero sistemico nella filosofia greca, la “Teoria Generale dei Sistemi” (o Teoria Sistemica) fu formulata tra gli anni quaranta e cinquanta del ventesimo secolo dal biologo austriaco Ludwig von Bertalanffy per poi essere applicata all'interno delle scienze sociali da Gregory Bateson, Paul Watzlawick e altri esponenti della scuola di Palo Alto attraverso l'approfondimento dei sistemi di comunicazione e lo sviluppo della “Teoria della Comunicazione Umana”. Il punto di partenza di tale approccio è la definizione di sistema (dal greco *systema*, da *syn*-istemi, stare insieme), inteso come un'entità concettuale, fisica o sociale, che consiste di parti tendenti all'equilibrio e interdipendenti, tale che l'intero risulti diverso dalla semplice somma delle parti e qualsiasi cambiamento di una di queste parti influenzi la globalità del sistema (Von Bertalanffy, 2004): non solo “relazione” è la parola chiave, ma ogni elemento ha una ragione d'essere per la specifica funzione che svolge. Ogni essere vivente, gruppo sociale, famiglia, azienda non è un'entità astratta e isolata, ma un sistema, che nello stesso tempo si inserisce in un contesto in cui ruolo e comportamento sono determinati dalle regole non scritte del sistema stesso e dal rapporto che intercorre tra i suoi membri. In questa prospettiva la comunicazione è il frutto di uno scambio di informazioni che ha origine in una relazione, e ciò che diventa importante non è tanto il modo di comunicare tra di noi o se quest'ultimo sia cosciente o meno, bensì come comunichiamo nel momento presente e il modo in cui ci influenziamo l'un l'altro (Watzlawick et al., 1978). Anche una diade infermiere-assistito si compone di unità che si relazionano all'intero sistema e, attraverso la comunicazione, lo stimolano e ne sono stimolati.

L'ottica sistemica, in una realtà che richiede la capacità di muoversi attraverso il continuo mutamento e in cui si sta affermando sempre più il bisogno di superare la frammentazione dei saperi, restituendo la giusta attenzione “all'intero”, può essere considerata una delle possibili chiavi interpretative.

Osservare il comportamento degli individui focalizzando l'attenzione sulla conoscenza dei sistemi e della comunicazione umana, sull'ambiente in cui essi sono vissuti e vivono, sulla rete di relazioni significative di cui sono parte, può contribuire ad aggiungere un prezioso strumento alla “cassetta degli attrezzi” del professionista ed aprire nuovi orizzonti verso differenti modalità di approccio alla persona assistita lungo il percorso di cura.

LA STORIA

Giorgio è ricoverato da più di due settimane: dopo l'intervento chirurgico gli hanno confezionato una stomia urinaria, ma qualche giorno dopo, inaspettatamente, ha iniziato a stare male e al suo risveglio dopo l'uscita dalla sala operatoria sul suo addome c'era un'altra sacca.

Chiara, l'infermiera enterostomista, ha provato fin da subito a coinvolgerlo attivamente: Giorgio la guarda maneggiare le forbici per modellare le sacche sulla sua cute, ma immediatamente gira il volto dall'altra parte -non voglio vedere- sussurra con un filo di voce e prima che Chiara possa fare altro, si è infilato le cuffie e sta ascoltando la musica con gli occhi chiusi.

-E' stata dura, lo so, ma la situazione è questa, possiamo pensare di lavorare insieme per prepararla al suo rientro a casa?- incalza Chiara il giorno dopo; Giorgio non risponde, sembra come pietrificato, guarda il soffitto. Chiara aspetta e rassegnata lascia la stanza dopo qualche minuto.

Un pomeriggio Giorgio riferisce ai familiari di non aver ricevuto nessuna visita né indicazione dall'infermiera enterostomista; Chiara si arrabbia, lo affronta ma Giorgio nega tutto.

Il silenzio diventa pian piano parte dei loro incontri e del tempo trascorso in ospedale. Giorgio annuisce ad ogni richiesta, ma ad ogni tentativo di coinvolgimento, si ritrae: un giorno dice di non ricordarsi nulla di ciò che gli è stato spiegato, il giorno successivo si sente troppo stanco per cambiare la sacca della stomia e quello dopo ha nausea...

- Non me lo so spiegare - sbotta Chiara con una collega - ho provato di tutto, ma niente sembra funzionare con lui!

OLTRE IL CASO CLINICO

"Tutti i casi clinici cercano di trasformare l'esperienza di malattia soggettiva e privata del paziente in un racconto oggettivo e scientifico del disturbo" (R. Charon)

Come professionista della cura ho passato molto del mio tempo formativo ad ascoltare delle brevi storie della pratica clinica ed assistenziale e dei pazienti; convenzionalmente i racconti proposti sono strutturati, oggettivi e perdono completamente le dimensioni intenzionali delle azioni narrate.

Eppure, chiunque di noi sia andato incontro, come operatore sanitario, familiare, amico o paziente ad una malattia, soprattutto se cronica, sa bene che il confronto con la complessità è continuo e inevitabile.

Sono sempre più complessi i pazienti: quello che un tempo era il "malato", ora viene definito persona, utente, cliente, cittadino-utente. E diventa sempre più complesso dare una risposta ai problemi sanitari: al di là del ricorso al pensiero scientifico e alla cosiddetta "pratica basata sulle evidenze", attraversiamo molte "zone d'ombra" in cui le scelte sono difficili e rimangono ampi margini di incertezza.

Andare "oltre il caso clinico" significa spingersi ancora più in là, osservare il paziente come persona, non solo come malato, organo o apparato, ma in una visione unitaria. In quell'ottica che identifica l'uomo come un sistema, cioè "un complesso di parti le quali, dotate di determinate connotazioni, istituiscono tra loro relazioni, tale che il comportamento di ciascuna di esse risulta contraddistinto dal legame in cui è coinvolto e viceversa" (Von Bertalanffy, 2004).

Gli eventi possono aver prodotto in Giorgio cambiamenti anche diversi da quelli (ben visibili) fisici: nel modo di vedersi, di percepire il proprio corpo, sé stesso e le interazioni con gli altri.

Ancora più interessante è riflettere su un sistema di relazioni anziché un individuo, considerando la persona come un sistema aperto, cioè caratterizzato da confini permeabili, capace di interagire con l'ambiente esterno in modo dinamico e continuativo. E allora il sistema può diventare "un insieme con frontiere individuabili, composto da individui in interazione, che si evolve nel tempo, organizzato in funzione dell'ambiente e delle finalità" (Curonici, Joliat & McCulloch, 2006), in cui si possono ritrovare tutti elementi di un ambiente ospedaliero ("individui" "interazioni" "organizzazione" "frontiere" "tempo" "contesto" e "finalità").

"L'insieme delle parti rappresenta qualche cosa di più della somma delle stesse" (Totalità)

Se studiasse le parti in modo separato non potremmo ottenere dati utili alla conoscenza del sistema come tutto: non riusciremmo a spiegare gli atteggiamenti, le dinamiche, le azioni di Chiara e Giorgio analizzando solo ciascuno dei due individui, ma è necessario occuparsi delle interazioni che esistono tra le varie parti/membri del sistema,

perché il comportamento di ogni persona all'interno di un sistema interattivo è in rapporto con il comportamento di tutti gli altri membri o in dipendenza da esso e, se muta una parte, muta il tutto.

“La condizione da cui parte un sistema non determina in modo predefinito il suo stato finale” (Equifinalità)

In un sistema aperto i risultati non sono causati dalle condizioni iniziali, ma dalla natura del processo o dalla sua organizzazione, ed è per questo che gli stessi risultati possono avere delle origini diverse.

Giorgio, come altri pazienti, ha avuto una spiegazione da parte del chirurgo di ciò che lo avrebbe aspettato dopo l'intervento chirurgico e Chiara gli ha dedicato del tempo per familiarizzare con la nuova condizione ed aiutarlo nella gestione delle stomie, ma questo di per sé non può garantire dei risultati standardizzabili, che dipendono dall'insieme delle interazioni create dagli individui, dal contesto...ecc.

“Capacità di un sistema di autoregolarsi” (Retroazione)

Si tratta dell'effetto suscitato dall'informazione di ritorno, che può creare cambiamento (retroazione positiva) o mantenere l'equilibrio del sistema (retroazione negativa).

Nell'interazione tra Chiara e Giorgio vi è un continuo scambio di informazioni (attraverso parole, linguaggio non verbale e paraverbale) che modifica la loro relazione.

Quello composto da Chiara e Giorgio, infine, è un sistema “**organizzato in funzione dell'ambiente e delle finalità**”, cioè formato all'interno di un setting ospedaliero tra un professionista ed un paziente, con la finalità di sviluppare le capacità di autocura del soggetto.

In una visione ancora più ampia, potremmo considerare quanto sopra descritto come un sottosistema appartenente ad un sistema complesso: l'ospedale. Un'organizzazione sanitaria è composta da unità organizzative (i “reparti”) e singoli professionisti; ognuno di essi è libero di agire indipendentemente, ma nello stesso tempo è interconnesso agli altri da legami più o meno rigidi (non sempre e non tutti codificabili) e la sua azione influisce su ciascuno degli altri e sul tutto. Lo stesso processo di cura può essere ritenuto un sistema complesso: il paziente si trova al centro di diversi agenti che sono in rapporto (anche tra di loro) di interazione diretta o indiretta con intensità e modalità diverse: operatori sanitari (infermieri, medici, fisioterapisti, operatori di supporto...), istituzioni (Stato, sindacati...), servizi esterni (assistenti sociali, associazioni, psicologi...) e altri (amici, familiari...).

Giorgio e Chiara sono inseriti in un sistema più ampio, come l'unità organizzativa, l'ospedale etc.

Per comprendere un sistema basato su totalità, retroazione, equifinalità non ci si può basare sulla causalità lineare (una causa A determina un effetto B), ma è necessario utilizzare un modello esplicativo basato sulla “causalità circolare”: cade la distinzione rigida tra causa ed effetto, perché se una certa variabile ne influenza un'altra, anche quest'ultima, in qualche modo e su qualche piano, influenza la prima (Von Bertalanffy, 2004).

Nel caso di Giorgio e Chiara, non si può analizzare unicamente il paziente che presenta difficoltà, tralasciando l'intero contesto che lo circonda. L'interesse deve essere rivolto verso le interazioni tra i differenti membri del sistema, per cercare di comprendere meglio la situazione, la realtà del soggetto e del mondo che lo circonda: Il focus è sul “come” e non sul “perché” delle cose.

Questo tipo di sguardo obbliga a considerare anche il professionista sanitario come attore, in grado di mettere in gioco sé stesso e il proprio operato.

IL PRENDERSI CURA

“Fai ciò che ti è possibile per mostrare che hai cura degli altri, e renderai questo nostro mondo un posto migliore” (Rosalynn Carter)

Cura indica un “pensiero attento e costante, occupazione, attività in cui si è impegnati”, in letteratura diventa “affanno, preoccupazione”, in medicina è “l'insieme dei rimedi usati per guarire da una malattia (la terapia) ed indica l'opera prestata per guarire un ammalato”.

Prendersi cura significa porre il paziente al centro dell'agire, è la “manifestazione dell'esserci”: mi prendo cura dell'altro nel momento in cui sono in grado di stare all'interno della relazione che inevitabilmente si crea. Quando la persona è vista non come una somma di parti, ma come un “tutto” di parti organizzate, in relazione ricorsiva, fra di loro e con l'ambiente, **cura** e **prendersi cura** dovrebbero “fondersi” in una collaborazione continua, in un interscambio dai confini sfumati in cui sia semplice e naturale utilizzare la competenza professionale e tecnico-gestuale per curare la persona fisica e nello stesso tempo prendersi cura dei suoi aspetti più intimi e profondi.

“La parola è cura, e bisogna avere sempre cura delle parole che si dicono (...)”

Vittorino Andreoli, nel suo libro “Il corpo segreto” scrive “(...) Occorre fare attenzione all'uso delle parole, ponderarle, rispettarle come la cosa più preziosa che possediamo. Rappresentano il significato stesso dell'essere umano. Noi siamo parola. Ci manifestiamo con la parola, generiamo parole; la parola è l'unico dono che possiamo elargire. (...) Ci sono parole che uccidono e parole che salvano (...)” (Andreoli, 2014).

Ho pensato a quanto peso ho dato negli anni alle parole, e a quante volte negli ultimi mesi ho ripetuto a me stessa, come un mantra, che la comunicazione non avviene unicamente attraverso il linguaggio verbale: l'incontro tra un professionista sanitario e un paziente segna sempre l'inizio di una conversazione, anche nel silenzio. La non-comunicazione è impossibile, perché qualsiasi gesto comunica qualcosa di noi ed è impossibile avere un non-comportamento: la domanda non è “se” si sta comunicando, ma “cosa” si sta comunicando. Durante il primo contatto con Chiara, ad esempio, l'atteggiamento di Giorgio trasmette di non voler comunicare:

*“(...) Giorgio la guarda maneggiare le forbici per modellare le sacche sulla sua cute, ma immediatamente gira il volto dall'altra parte -**non voglio vedere**- sussurra con un filo di voce e prima che Chiara possa fare altro, **si è infilato le cuffie e sta ascoltando la musica con gli occhi chiusi (...)**”*

La disponibilità di canali comunicativi paralleli e continuamente interagenti (linguaggio verbale e non verbale) rende più ricca ed efficace la comunicazione, o al contrario, l'incongruenza tra questi sistemi può creare una discrepanza tra il contenuto e la forma che mina l'esito della conversazione stessa:

*“Giorgio **annuisce ad ogni richiesta**, ma ad ogni tentativo di coinvolgimento da parte dell'équipe sanitaria, si ritrae: un giorno dice di **non ricordarsi nulla di ciò che gli è stato spiegato**, il giorno successivo si sente **troppo stanco** per cambiare la sacca della stomia e quello dopo ha **nausea...**”*

Altrettanto importante è il concetto di metacomunicazione: non solo conta “che cosa diciamo”, ma anche “come lo diciamo”, perché indica il “tipo di relazione” che si vuole instaurare con la persona a cui ci rivolge:

“E' stata dura, lo so, ma la situazione è questa, possiamo pensare di lavorare insieme per prepararla al suo rientro a casa?” incalza Chiara (...)

Chiara si rivolge a Giorgio con un tono calmo e risoluto, ponendosi in una posizione di leadership (relazione complementare). Il messaggio ha una strategia ben precisa e implica che la relazione abbia degli obiettivi da raggiungere. A questa “proposta” di significato e di relazione, Giorgio reagisce con una disconferma, ignorando completamente il messaggio e l'interlocutore:

“Giorgio non risponde, sembra come pietrificato, guarda il soffitto (...)”

E' come se Giorgio comunicasse a Chiara “Tu per me non esisti”, con un messaggio che agisce proprio sulla relazione e sull'intera individualità della persona. Diversa, invece è la reazione di Chiara alle esternazioni di Giorgio davanti ai familiari, che corrisponde ad un rifiuto del contenuto del messaggio veicolato:

*“Un pomeriggio Giorgio riferisce ai familiari di non aver ricevuto nessuna visita né indicazione dall'infermiera enterostomista; **Chiara si arrabbia, lo affronta** ma Giorgio nega tutto”.*

Indipendentemente dai mezzi comunicativi che vengono utilizzati e dal fatto che ne siano a conoscenza oppure no, Giorgio e Chiara veicolano costantemente messaggi all'altro, anche attraverso i movimenti, la mimica, l'inflessione della voce...ecc. Questo implica anche che all'interno del processo comunicativo l'individuo non può non prendere una posizione, viene influenzato e in qualche modo "cambiato".

"La comunicazione è una partita a scacchi in cui ogni parlante muove e contemporaneamente risponde alle mosse dell'altro così che è impossibile reperire l'inizio" (Paul Watzlawick)

Nelle sequenze comunicative, il succedersi degli scambi costituisce una catena di anelli in cui ogni anello (scambio) è contemporaneamente stimolo, risposta e rinforzo. "Punteggiare" una sequenza comunicativa significa assumere un anello della catena come punto di partenza, cioè affermare che il nostro comportamento comunicativo è la risposta a quello dell'altro e non anche causa del suo: a seconda della "punteggiatura" usata, cambia il significato dato alla comunicazione e alla relazione (Watzlawick et al., 1978).

A seconda dei momenti e dei contesti, della sua specifica posizione nella situazione interattiva, delle motivazioni, delle disposizioni mentali, da un insieme di premesse e credenze personali che derivano dalle esperienze vissute precedentemente all'interazione data o da quelle che vive, ognuno infatti percepisce, elabora e si rappresenta una differente mappa del mondo, o punto di vista non oggettivo, in base alla quale dà senso alla propria esperienza e agisce nelle relazioni con gli altri (Bateson, 1984). Quindi la "punteggiatura" è una forma di interpretazione che può indurci a vedere solo una parte dello scambio comunicativo, mentre la comunicazione comprende diverse versioni della realtà, che si creano e modificano durante l'interazione tra più individui. La punteggiatura per Giorgio potrebbe essersi trasformata nella "profezia che si autoavvera": la sensazione di "non farcela" potrebbe aver guidato il suo comportamento passivo e di conseguenza aver innescato in Chiara comportamenti di rassegnazione (*"non me lo so spiegare, ho provato di tutto, ma niente sembra funzionare con lui!"*) a conferma della credenza.

SENZA CONOSCENZA

"Il mio disegno non era il disegno di un cappello. Era il disegno di un boa che digeriva un elefante. Affinché vedessero chiaramente che cos'era, disegnai l'interno del boa. Bisogna sempre spiegargliele le cose, ai grandi" (Antoine de Saint-Exupéry).

E' possibile considerare ogni persona come portatrice di una "cornice", ovvero di una prospettiva personale da cui osserva la realtà, di cui spesso è inconsapevole: nell'incontro con l'altro, diverse cornici si intrecciano, cercando nell'intersezione la comprensione reciproca (Sclavi, 2000). Giorgio e Chiara portano con sé non solo una visione personale, ma anche un punto di vista legato al proprio ruolo nella storia; le modalità con cui viene vissuta la malattia da una parte (idee, sentimenti, aspettative, contesto...ecc) e quelle con cui viene vissuta la realtà professionale dall'altra (responsabilità, gratificazioni, benessere, eventuali problemi personali...ecc), oltre ai rispettivi bisogni di cui sono entrambi portatori.

Giorgio non vuole vedere né toccare la stomia. E' disinteressato? Manifesta così le sue paure? Ha difficoltà nell'apprendere le abilità che Chiara cerca di trasmettergli? Oppure Chiara sta dando per scontato qualcosa?

I segnali utili a rendersi conto che nella situazione problematica operano cornici diverse, secondo Marinella Sclavi sono sensazioni di disagio che *"(...) si presentano alla coscienza come al tempo stesso trascurabili e fastidiosi, marginali e irritanti, perché incongruenti con le proprie certezze"*; le emozioni possono diventare degli strumenti preziosi per comprendere ciò che ci circonda.

Chiara è convinta che il suo approccio sia quanto di meglio possa fare per aiutare Giorgio nella gestione delle stomie, mentre lui si ritrae sempre di più.

Chiara da un lato sente di essersi impegnata al massimo e dall'altro si sente arrabbiata e rassegnata.

"Non già conoscere molte cose, ma mettere molte cose in contatto, questo è uno dei primi gradini dello spirito creativo" (Hugo von Hofmannsthal).

Per trasformare le informazioni in conoscenza è indispensabile la sensibilità e la cultura di un essere umano; nonostante ciò, le tantissime informazioni che abbiamo oggi a disposizione non sempre riescono a diventare valore e tradursi in nuovi strumenti e idee utili al miglioramento.

Come professionisti sanitari, spesso ci muoviamo automaticamente, applicando soluzioni già preordinate nell'approccio verso il paziente, senza essere pienamente consapevoli dell'impatto del nostro operato.

Agiamo nell'ambito della scienza e abbiamo imparato a gestire solo ciò che conosciamo, che deriva dai percorsi formativi e dalle conoscenze registrate nei testi evidence-based, ma la complessità e la multidimensionalità delle persone e delle loro esigenze a volte necessitano l'abbattimento di barriere organizzative, steccati professionali e culturali.

"(...) dobbiamo curare il paziente oltre che la malattia. Dobbiamo tuffarci nelle persone, navigare nel mare dell'umanità!" (Patch Adams)

Lo stesso concetto di salute ha subito negli anni un'evoluzione, fino a giungere alla definizione di Huber et al. (2011), che la propone come *"capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive"*.

La relazione con l'operatore sanitario e con il team di cura è lo strumento con cui si può raggiungere questo obiettivo: la capacità di prendersi carico dei problemi, di entrare in sintonia con il malato e i suoi familiari, fino ad agire sull'individuo e sulle sue capacità di reazione e sostenere un processo di elaborazione ed accettazione della condizione di salute da parte della persona.

L'arte di ascoltare è un'abilità che pratichiamo intuitivamente, in misura maggiore o minore, nelle nostre vite quotidiane (Sclavi, 2000): il professionista sanitario che decide di affiancare l'utente in un percorso di cura deve fare molto di più rispetto il semplice sentire l'altra persona che ci trasmette i suoi dubbi e le sue perplessità, deve avvalersi di un ascolto attivo ed empatico, intendendolo come la capacità di essere presenti rispetto all'altra persona senza formulare giudizi.

Per Chiara, significa impegnarsi a cogliere quanto Giorgio riferisce sia in modo esplicito che implicito e cercare di "mettersi nei panni dell'altro", nella consapevolezza che anche dalle sue risposte e dal linguaggio non verbale emergeranno dei messaggi e la sua coerenza interna nel relazionarsi. In assenza di un vero ascolto attivo il messaggio che potrebbe essere percepito è "non mi interessi" oppure "io (dei tuoi problemi) ne so più di te e quindi faresti meglio ad ascoltarmi!"

Una delle tecniche per migliorare l'ascolto attivo utilizzabili in questa storia potrebbe essere il rispecchiamento, cioè ricreare la stessa postura dell'interlocutore ("io e te siamo simili, quindi possiamo capirci") per indurre l'altro a qualche cambiamento di stato d'animo desiderabile: ad esempio favorire una visione più fiduciosa.

Secondo un modello ancora più innovativo, il paziente diventa co-protagonista del sistema di cura:

"L'engagement nell'ambito clinico assistenziale della cronicità è un concetto-ombrello inclusivo e sovraordinato rispetto ad altri concetti quali adherence, compliance, empowerment, activation, health literacy, shared decision making o il concetto di aderenza del paziente; risulta dalla combinazione di diverse dimensioni e fattori di natura individuale, relazionale, organizzativa, sociale, economica e politica che connotano il contesto di vita della persona" (Graffigna et al., 2017).

In contrapposizione con la tradizionale rappresentazione del professionista sanitario esperto (caratterizzato da un approccio paternalista alla presa di decisione clinica e riconosciuto come unico detentore della soluzione terapeutica migliore per la persona), condividere i principi del patient engagement significa sostenere l'autonomia e il ruolo attivo della persona nella gestione della propria salute, in cui trovano spazio le aspettative e le esigenze della persona-cliente della prestazione sanitaria (Graffigna et al., 2017).

Garantendo un contesto relazionale sicuro e motivante c'è la possibilità per l'individuo di scoprire e sperimentare le proprie personali risposte di coping efficace, piuttosto che utilizzare risposte pre-confezionate, che funzionano per alcune persone e per altre no.

Le differenze individuali nel modo in cui le persone reagiscono e rispondono alle proprie esigenze di gestione di salute, infatti, sono importanti e da tenere in conto per una migliore personalizzazione dell'assistenza sanitaria: convincersi che i soggetti accomunati da caratteristiche cliniche rispondano in maniera univoca è fuorviante e rischiosa. Analogamente, durante il suo percorso socio-sanitario l'individuo è portatore di bisogni emotivi, idee,

aspettative e preferenze diversificate ed in evoluzione, che possono variare in funzione della condizione di salute, del contesto, oltre che di una serie di altri fattori socio-anagrafici specifici.

Alice: “Per quanto tempo è per sempre?” Bianconiglio: “A volte, solo un secondo” (Lewis Carroll)

In quest'ottica, l'incontro tra professionista sanitario e paziente rappresenta anche un'opera di mediazione tra “tempi” personali e da ritmi sociali scanditi dal contesto e dai ruoli: l'efficacia degli interventi clinico-assistenziali e il mantenimento traiettorie di vita che siano positive e soddisfacenti dipende proprio dalla capacità di sintonizzarsi e riallinearsi continuamente con le attese e i bisogni dei loro destinatari.

Ad esempio, non sempre il pieno coinvolgimento attivo della persona risulta appropriato e rispettoso delle sue aspettative e preferenze, o del momento vissuto:

Chiara ha l'obiettivo, dettato dal proprio ruolo professionale e scandito dai tempi di degenza, di rendere autonomo Giorgio nella gestione delle stomie. E se Chiara non avesse riconosciuto il bisogno di Giorgio di “non coinvolgimento”? Forse attraversare un ruolo passivo potrebbe aiutarlo ad assumere gradualmente un ruolo soddisfacente nel percorso di cura?

In conclusione, legare fra loro due cornici diverse significa ammettere la possibile coesistenza e validità di tutte le visioni in campo: non si tratta di stabilire quale delle due è più giusta, etica e veritiera, ma solo di concedersi la possibilità di uscire dalle rispettive cornici per guardarle entrambe (Sclavi, 2000).

“Se vuoi comprendere quel che un altro sta dicendo, devi assumere che ha ragione e chiedergli di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva” (Marianella Sclavi)

E' necessario andare oltre gli approcci al conflitto usuali, senza confrontare le posizioni ma su ciò che ha spinto le parti ad assumere quella determinata posizione, utilizzare la creatività per cercare una soluzione (Sclavi, 2000).

Il pieno coinvolgimento di Giorgio nel processo di cura è l'unica soluzione per garantirgli un rientro sicuro al domicilio?

QUALE POSSIBILE MESSAGGIO?

L'analisi della storia di Giorgio e Chiara si conclude con una domanda: non esiste un solo modo per approcciarsi alle persone di cui ci facciamo carico, così come non è possibile controllare gli eventi, né riuscire ad avere un punto di vista oggettivo dal quale valutare le cose.

Recuperare ed acquisire uno sguardo che sappia andare oltre il singolo punto di vista permette di esplorare parti che altrimenti rischierebbero di diventare invisibili, favorisce la capacità di osservare le connessioni, le regole, tutto ciò che “rende possibile” un comportamento, gli effetti della presenza e delle parole del professionista sull'equilibrio del sistema, liberandosi dall'idea che se qualcosa non va come ci aspettiamo bisogna trovare una causa e/o un colpevole (Von Foerster, 1987). Favorisce un atteggiamento mentale, una sensibilità che può proteggere le relazioni, limitando il rischio che l'intervento si trasformi in un conflitto o nell'imposizione di una visione estranea a chi dovrebbe essere aiutato.

Guardare attraverso altri occhi può diventare il punto di partenza per porsi domande che mirano a chiudere gli occhi dell'abitudine, a cercare quegli strumenti, quelle azioni, quei nuovi punti di vista che tengano conto sia della complessità sia dell'unicità dei contesti e agevolare la possibilità di sperimentare prospettive che possono innescare cambiamenti relazionali, nuovi comportamenti, nuove narrazioni e nuove realtà.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

- Andreoli, V. (2014), *Il corpo segreto*. Milano: Rizzoli.
- Bateson, G. (1984), *Mente e natura*. Milano: Adelphi.
- Curonici, C., Joliat, F., McCulloch, P. (2006), *Des difficultés scolaires aux ressources de l'école Un modèle de consultation systémique pour psychologues et enseignants*. Bruxelles: DeBoeck.
- Graffigna, G. et al. (2017), *Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana*, *Recenti Progressi in Medicina*, 108(11), pp.455-475.
- Huber, M. et al. (2011), How should we define health? *British Medical Journal*, 343:d4163 doi: 10.1136/bmj.d4163.
- Sclavi, M. (2000), *Arte di ascoltare e mondi possibili - come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Milano: Le Vespe.
- Von Bertalanffy, L. (2004), *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppo, applicazioni*. Milano: Oscar saggi Mondadori.
- Von Foerster, H. (1987), *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Watzlawick, P.J., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1978), *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Roma: Astrolabio Ubaldini.