

# L'incontro con le famiglie: le competenze al servizio di un professionista della salute



Elena Venturelli

Psicologa psicoterapeuta e dottore di ricerca, insegna Psicologia delle Relazioni Familiari nel corso di laurea magistrale in Psicologia dell'intervento clinico e sociale dell'Università di Parma e collabora come didatta e ricercatrice presso il Centro Bolognese di Terapia della Famiglia.

## Lavorare sulle famiglie o con le famiglie: interventi istruttivi e costruttivi

Qual è la percezione che un operatore dei servizi dedicati alle famiglie, e in particolare un pediatra, ha del proprio ruolo e del proprio intervento?

L'azione dell'operatore in rapporto all'utente può essere concepita da due prospettive diverse: quella istruttiva, secondo la quale l'intervento viene considerato come un'azione unilaterale del professionista, e quella sociocostruzionista, per cui l'intervento si configura come un processo interattivo [1].

La prospettiva istruttiva rimanda a una relazione asimmetrica e si fonda su un'idea di controllo unilaterale dell'intervento. Questo significa che l'operatore concepisce il proprio intervento come una messa in atto di strategie che hanno di per sé il potere di produrre un risultato.

All'opposto, secondo la prospettiva sociocostruzionista, il risultato dell'intervento dell'operatore è considerato l'esito di un processo interattivo che coinvolge tutti i soggetti implicati e la relazione che si sviluppa tra loro. In quest'ottica, anche le famiglie giocano un ruolo attivo; membri delle famiglie e operatori dei servizi sono co-attori e co-autori del processo di intervento, il cui esito non è determinato unilateralmente da nessuno, ma è il frutto di un'azione congiunta [1-2]. L'intervento dell'operatore si configura, cioè, come una parte di un più ampio sistema in cui la risposta della famiglia e il significato che viene co-costruito nell'incontro assumono un ruolo imprescindibile nella determinazione dell'esito dell'intervento stesso [3].

A sostegno della prospettiva costruttiva dell'intervento, i professionisti possono contare su diverse competenze, che sono state operazionalizzate nel contesto psicoterapeutico, ai fini del loro insegnamento e apprendimento, ed estese ad altri professionisti che operano in ambito sanitario, educativo e sociale [4].

## La competenza del professionista come costruito multicomponentiale

Nonostante il focus venga rivolto principalmente o unicamente alla competenza tecnica di un professionista, i risultati delle ricerche sugli esiti delle psicoterapie [5-6] hanno dimostrato che ci sono altre variabili, a oggi poco considerate, che concorrono a definirne un buon esito. Un intervento, sia esso psicoterapeutico, educativo, sanitario, sociale, si compone di diversi elementi riconducibili a diversi livelli di competenze: la competenza tecnica, la competenza relazionale, la competenza epistemologica e la sensibilità al contesto costituiscono gli elementi interconnessi che, come in una figura prismatica, concorrono a definire la competenza degli operatori [4].

La *competenza tecnica* riguarda l'insieme di conoscenze e capacità altamente specifiche acquisite in ambiti specialistici, essa è connessa a un contenuto lavorativo ed è applicata in precisi mestieri e ambiti professionali come quello dello psicoterapeuta o del medico. La competenza tecnica di un pediatra riguarda il bagaglio teorico-pratico appreso durante gli studi, e in continuo aggiornamento, rispetto a tutto quello che concerne la diagnosi, la cura e la prevenzione delle malattie dell'età evolutiva. Alcuni esempi di tematiche attinenti alla competenza tecnica sono: la disabilità, le malattie cardiache, la nascita pretermine, l'obesità ecc. Rientra nella competenza tecnica di un pediatra anche l'acquisizione di informazioni che la ricerca scientifica mette a disposizione circa le specificità, i bisogni e i compiti di sviluppo delle diverse famiglie contemporanee. Si tratta di conoscenze che sono fondamentali e imprescindibili e sulle quali vertono i percorsi di formazione e di aggiornamento.

La *competenza relazionale* prevede due aspetti: la capacità di costruire una buona alleanza con i pazienti e con le loro famiglie e il processo di costruzione di significati al quale il professionista e la famiglia danno luogo attraverso la loro interazione.

Il primo concerne l'alleanza tra medico e paziente, così importante ai fini del successo della cura, che riguarda la qualità e la forza della relazione. Per un bambino, e per le sue figure di riferimento, è importante sentirsi accolto in generale, nei propri timori e dubbi in particolare; per la cura è importante che bambino e genitori abbiano fiducia che il pediatra risolverà i loro problemi, sentire che il medico tiene a loro. Il secondo aspetto si riferisce al superamento di una comunicazione basata su protocolli rigidi e predefiniti, per valorizzare invece la lettura dell'interazione con quel particolare paziente e valutare situazione per situazione le modalità comunicative e di interazione più adeguate. Nello specifico, questa faccia della competenza relazionale permette al pediatra di valutare momento per momento quali sono le reazioni dei suoi interlocutori al suo comportamento e di modificarlo al fine di "costruire" una relazione positiva ed efficace. Seppur a partire da uno stesso quadro sintomatologico o diagnostico, le reazioni e i comportamenti dei bambini e dei loro familiari possono essere molto diversi e soprattutto non prevedibili in anticipo; in tal senso lo strumento che il pediatra ha a disposizione è la capacità di leggere l'interazione nel qui e ora e di adeguare il proprio comportamento in base al feedback che riceve attivando un monitoraggio costante della danza relazionale tra sé, i suoi pazienti e i loro familiari. Riflessioni quali: "Mi stanno comprendendo? Cosa mi stanno dicendo con il loro comportamento? Che tipo di relazione stiamo costruendo?" Dovrebbero entrare a far parte del dialogo interno del pediatra che lo guida nell'osservare se stesso e i propri interlocutori durante il suo lavoro.

La *competenza epistemologica* è connessa al saper cambiare punto di vista decentrandosi per cogliere il punto di vista del paziente e praticando l'autoriflessività per diventare consapevoli del proprio punto di vista. I professionisti non agiscono solo sulla base di una conoscenza formale,

ma, come tutti gli attori sociali, condividono una conoscenza informale di senso comune che, seppure inconsapevolmente, li guida nelle loro scelte. Lo strumento che il professionista ha a disposizione è l'essere/diventare consapevole delle proprie premesse, pregiudizi, idee, valori socialmente e culturalmente condivisi per poterli riconoscere e non "giocarli" nella relazione con i suoi pazienti. Per esempio, i pediatri di famiglia a cui le coppie eterosessuali che hanno fatto ricorso alla fecondazione eterologa affidano le loro ansie e i loro dilemmi, non riescono a fornire l'aiuto richiesto senza riflettere innanzitutto su come essi valutano tale scelta. Ancora, i professionisti che hanno tra i loro utenti categorie di persone oggetto di pregiudizio quali le coppie lesbiche, o di persone confinate nell'area della marginalità sociale quali genitori con problemi psichiatrici o di dipendenza, è doveroso che riflettano sulle proprie premesse onde evitare inconsapevoli differenze di trattamento o giudizi impropri. Non solo, qualsiasi paziente o situazione può suscitare nel professionista sentimenti quali: fastidio, rabbia, irritazione, ostilità, frustrazione, angoscia ecc. Le sensazioni che il professionista prova in rapporto a un utente raccontano del professionista stesso più che del suo interlocutore, saperle riconoscere e attribuirle a sé, e a quello che quella particolare situazione provoca, piuttosto che attribuirle all'altro è una competenza molto importante che si esprime attraverso la pratica del decentramento e dell'autoriflessività. Tali abilità non sono naturali, ma possono essere apprese e praticate con metodo.

La *sensibilità al contesto* riguarda la capacità di saper cogliere come i contesti di vita delle persone incidono sul loro sistema di significati e sulle loro azioni e in ultima analisi influenzano l'intervento. I concetti di interdipendenza e di coevoluzione sono strumenti concettuali particolarmente significativi visto che il contesto di appartenenza ha una funzione centrale nello sviluppo dei minori. Questa competenza aiuta il professionista a organizzare il proprio intervento non solo sulla base di quello che ritiene utile ed evolutivo per il minore ma sulla base di quello che ritiene utile ed evolutivo per il minore in quanto componente di un sistema familiare. Per esempio, se il pediatra si limita a rispondere alla domanda di un genitore su come gestire una determinata situazione legata alla salute del figlio, senza indagare quale sia la posizione dell'altro genitore e se ne hanno parlato tra loro, potrebbe tecnicamente fare un intervento ineccepibile, ma a livello relazionale creare una contrapposizione familiare. La sensibilità al contesto si rife-

risce anche a quelle molteplici situazioni in cui le persone si trovano in carico a una rete di servizi, dove per poter innescare interventi evolutivi è necessario che il sistema di cura consideri gli interventi delle diverse agenzie come strettamente interconnessi. La capacità di concepirsi all'interno di una rete comporta un tipo di lettura che riguarda tutti i professionisti che, seppur a partire da ambiti differenti, si trovano a collaborare e coordinarsi per prendersi cura dello stesso caso. In quest'ottica, gli interventi dovrebbero poter contare sul fatto che tutti gli operatori condividano le metodologie per lavorare in rete.

#### La parola al pediatra: narrazione di una situazione

Durante il periodo pandemico sono stato contattato dalla mamma di Riccardo, bimbo di 10 anni, la quale mi ha raccontato che il figlio da alcune settimane lamentava dolori addominali; alle mie richieste di spiegazioni circa la loro durata, le modalità di esordio e i fattori scatenanti, si mostrava molto collaborante, spiegandomi che i dolori, pur non essendo presenti di notte, limitavano alcune attività quotidiane, in particolare la frequenza scolastica, a distanza a causa del Covid-19. Al telefono ho avuto modo di comunicare anche con il papà, che appariva in ansia quanto la moglie: egli mi riferiva che Riccardo "si torceva su se stesso dal dolore" e interrompeva volontariamente il collegamento con la scuola. Entrambi i genitori mi informavano del timore delle insegnanti perché il precario stato di salute del bambino era associato a un calo importante del rendimento scolastico.

Partendo dalle informazioni ricevute dalla famiglia ho immaginato il livello di tensione che si veniva a creare nella stessa e ho vissuto anch'io un momento di angoscia: ho visitato il bambino più volte perché le crisi di dolore aumentavano di intensità e di frequenza e non se ne veniva a capo... ho contattato telefonicamente i colleghi del pronto soccorso, pediatri e chirurghi, per capire come procedere chiedendo loro un ricovero diagnostico ma gli ospedalieri chiarirono che quella non fosse la procedura più consona nel contesto pandemico in quanto gli esami ematochimici e strumentali erano risultati negativi per patologia acuta d'organo. Il mio stato d'animo subì a malincuore quella decisione perché speravo nella collaborazione di un team di specialisti per condividere il peso di una situazione emotiva non semplice.

Sì, emotiva: ero angosciato come pediatra, avevo paura di sottovalutare i dolori di Riccardo, di non vedere qualcosa di evidente ma probabilmente non tanto eviden-

te ai miei occhi. Ho convocato tre volte la famiglia in studio senza Riccardo per fare il punto della situazione ma soprattutto per fare "gruppo": volevo che capissero quanto ci tenessi a dare una risposta ai loro quesiti ma soprattutto a mostrarmi come io stessi vivendo con "dolore" il loro dolore. La mamma appariva molto tesa soprattutto perché le crisi di solito avvenivano di mattina e i genitori non sempre si trovavano a casa: l'organizzazione familiare contava molto sull'aiuto del nonno convivente, deceduto per Covid-19 da qualche mese. Appena ricevuta, non avevo dato peso a quest'ultima notizia: ero completamente immerso nel provare a fare diagnosi e anche in fretta, data la situazione critica. Invece era la chiave per interpretare lo stato clinico di Riccardo. Alcuni giorni dopo l'ennesimo accesso ospedaliero la mamma chiedeva di vedermi e mi mostrava alcune lettere scritte da Riccardo al nonno defunto. Ipotizzando un nesso di causalità, accordandomi con i genitori decido di interpellare una psicoterapeuta di mia conoscenza. Ella ha intrapreso una psicoterapia familiare e la stessa mi riferisce che i sintomi si sono attenuati. Riccardo da quando frequenta la scuola, nel frattempo nuovamente in presenza, appare un bambino più sereno e ha deciso di scrivere un tema alle maestre sul nonno.

La storia che ho narrato mi è stata utile per riflettere sul comportamento medico adottato, che si basa sulle esperienze prima ospedaliere e ora acquisite sul territorio: esso, a mano a mano che la situazione diventava a tinte fosche, mi ha condotto in un vortice di emozioni negative, con il rischio di perdere obiettività. Mi rendo conto che il lavoro del pediatra necessita di strumenti diagnostici, terapeutici e di abilità interpretative dell'animo umano: lo studio e l'approfondimento di esse è lasciato alla soggettività del terapeuta.

Inoltre, giudizio metodologico, la mancata possibilità di fare "gruppo" con l'ospedale ha creato a mio avviso una dispersione di risorse, anche emotive: la famiglia ha ricevuto modalità comunicative differenti anche su tematiche simili con un'interpretazione del messaggio finale risultata a mio avviso ambivalente. Sedersi a un unico tavolo (anche multimediale) con l'ausilio di uno psicologo aiuterebbe i medici nel creare una comunicazione efficace per la famiglia nei casi di diagnosi difficili.

#### Discussione e applicazione del modello delle competenze

Analizziamo la situazione descritta mettendola sotto la lente del modello delle competenze.

Di fronte al dolore addominale lamen-

tato da Riccardo, la competenza tecnica del pediatra lo ha guidato nelle visite, negli accertamenti diagnostici, nella valutazione della sua intensità e pervasività fino all'invio al pronto soccorso per ulteriori accertamenti che sono risultati negativi per patologie addominali acute. Riccardo lamentava un dolore molto intenso e il pediatra dice "ero completamente immerso nel provare a fare diagnosi e anche in fretta, data la situazione critica".

Per quanto riguarda la competenza relazionale il pediatra ha costruito un'alleanza medico-paziente positiva, si è mostrato disponibile ad ascoltare e ad accogliere i genitori nonostante le difficoltà incontrate sul piano diagnostico, che avrebbero potuto inconsapevolmente, invece, portare a una chiusura o a un allontanamento da parte dello stesso professionista: "ho convocato tre volte la famiglia in studio senza Riccardo per fare il punto della situazione ma soprattutto per fare 'gruppo': volevo che capissero quanto ci tenessi a dare una risposta ai loro quesiti ma soprattutto a mostrarmi come io stessi vivendo con 'dolore' il loro dolore". Da un punto di vista relazionale il medico ha dimostrato ai genitori e al bambino di tenere a loro e gli ha permesso di affidarsi a lui. Tanto che è stata proprio la costruzione di una buona alleanza che ha consentito al pediatra di sbloccare la situazione. Infatti, grazie a questo, la madre si è sentita libera di contattarlo per parlargli delle lettere che Riccardo scriveva al nonno, permettendo al pediatra di accedere a nuove informazioni che lo hanno condotto all'ipotesi di un disagio psicologico.

La competenza epistemologica ci permette di osservare che mentre il pediatra in-

terviene contemporaneamente e inevitabilmente emerge la sua soggettività: "ero angosciato come pediatra, avevo paura di sottovalutare i dolori di Riccardo, di non vedere qualcosa di evidente"; "a mano a mano che la situazione diventava a tinte fosche mi ha condotto in un vortice di emozioni negative, con il rischio di perdere obbiettività". Riflettere su quello che una situazione ci suscita è il primo modo per esserne consapevoli e provare a riconoscere queste emozioni e a contenerle piuttosto che agirle. Quale era il timore più grande del pediatra? Questa situazione gli ricordava altre situazioni del suo passato lavorativo o personale? Come si rapporta alle situazioni di tensione/criticità?

Per quanto riguarda la sensibilità al contesto, il pediatra ha considerato entrambi i genitori come i suoi principali interlocutori e ha investito sulla costruzione di una squadra che si è rivelata essere una carta vincente; ciò che invece non è emerso, come sottolinea lo stesso pediatra, è stata la costruzione di una rete con alcuni dei professionisti coinvolti e in particolare i medici del pronto soccorso. Rispetto al tema del contesto è importante considerare che la situazione emergenziale legata alla pandemia, evento sociale trasversale a tutti gli attori coinvolti, ha influenzato la gestione del lavoro di rete (non è stato possibile fare un ricovero e utilizzare il protocollo conosciuto). In particolare, non ha favorito la comunicazione e la condivisione tra il pediatra e l'équipe medica dell'ospedale. Tale mancanza ha probabilmente reso più difficile l'iter diagnostico che avrebbe potuto rassicurare il pediatra ed eventualmente permettergli di fare altre considera-

zioni e lo ha sicuramente fatto sentire più solo. Per quanto riguarda invece l'attivazione della psicoterapeuta, il pediatra ha potuto contare su una figura disponibile, già presente nella sua rete di contatti, con la quale confrontarsi.

L'applicazione del modello delle competenze a questo specifico caso fa emergere come le situazioni che un pediatra incontra nella sua pratica professionale sono complesse, non riconducibili ai soli aspetti tecnici, e richiedono di essere guardate contemporaneamente da più angolature. In questo senso, la competenza relazionale, quella epistemologica e la sensibilità al contesto sono strumenti ai quali i professionisti non possono rinunciare nella loro formazione e nella loro pratica quotidiana.

✉ [elena.venturelli@unipr.it](mailto:elena.venturelli@unipr.it)

1. Fruggeri L. *Famiglie. Dinamiche interpersonali e processi psico-sociali*. Roma, 1998.
2. Walsh F. *La resilienza familiare*. Milano, 2008.
3. Venturelli E. *L'inevitabilità di una genitorialità diffusa: le relazioni triadiche emergenti dal rapporto famiglie e servizi*. In Fruggeri L (a cura di). *Famiglie d'oggi. Quotidianità, processi e dinamiche psico-sociali*. Roma, 2018:284-315.
4. Fruggeri L, Balestra F, Venturelli E. *Le competenze psicoterapeutiche*. Bologna, 2020.
5. Sprenkle DH, Blow AJ. *Common factors and our sacred models*. *J Marital Fam Ther*. 2004 Apr;30(2):113-129.
6. Laska KM, Gurman AS, Wampold BE. *Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective*. *Psychotherapy (Chic)*. 2014 Dec;51(4):467-481