

Eia Asen, Dave Tomson,  
Venetia Young, Peter Tomson

# Dieci minuti per la famiglia

Interventi sistemici in medicina di base

Edizione italiana a cura di  
Gabriella Caiani e Piero Muraro



*Raffaello Cortina Editore*

[www.raffaellocortina.it](http://www.raffaellocortina.it)

Titolo originale

*Ten minutes for the family. Systemic interventions in primary care.*

© 2004 Eia Asen, Dave Tomson, Venetia Young and Peter Tomson

Authorised translation from the English language edition

published by Routledge, a member of the Taylor & Francis Group.

All Rights Reserved

Traduzione di

Barbara Annoni e Sandra Zucchini

Copertina

Studio CReE

ISBN 978-88-6030-731-6

© 2015 Raffaello Cortina Editore

Milano, via Rossini 4

Prima edizione: 2015

Stampato da

Press Grafica SRL, Gravellona Toce (VB)

per conto di Raffaello Cortina Editore

Ristampe

---

0	1	2	3	4	5
2015	2016	2017	2018	2019	



# Prefazione all'edizione italiana

Gabriella Caiani\*, Piero Muraro\*\*

*Dieci minuti per la famiglia* è un titolo irriverente, forse provocatorio, certamente curioso. Se considerato all'interno di un contesto sanitario, quello occupato dal medico di famiglia,<sup>1</sup> il tempo dei dieci minuti appare come un limite stretto, invalicabile, appena sufficiente per formulare una diagnosi frettolosa e ipotizzare un minimo percorso di cura. Figuriamoci se a tale incontro partecipasse d'ufficio anche la famiglia.

La visita medica è da tempo concepita come un momento in cui il paziente narra la propria sofferenza in modo da poterla organizzare, attraverso l'aiuto del medico, in una struttura ordinata e organica: la diagnosi. Inconsciamente fedele alla distinzione fra mente e corpo, peraltro costantemente affermata dal sistema organizzativo del servizio sanitario nazionale, il cliente concorre alla propria "dis-integrazione" aderendo alla logica di affidare singole parti del proprio corpo ad altrettante competenze specialistiche, a loro volta distributrici di "spizzichi" di rimedi.

È una domanda impegnativa quella a cui questo libro cerca di rispondere: come mai è così difficile dare, fin dalla prima richiesta di aiuto, una risposta capace di ridurre il processo di parcellizzazione sanitaria della malattia? Ricordiamo che la malattia è indicata come punto di inizio in questo lavoro, realizzato da un team di medici. Ma torniamo alle domande. Come è possibile agire quando il farmaco "medico", nonostante una scrupolosa e attenta somministrazione, non funziona come dovrebbe?

Le risposte suggerite dagli autori, offrono un'alternativa interessante, ardua da realizzare, impegnativa da applicare e da accogliere. La loro idea non solo non semplifica il già difficile e faticoso impegno di chi, in un breve lasso di tempo, ascolta, seleziona, connette, ma complica il lavoro del medico; di fatto ne amplia gli strumenti di lavoro proponendo l'uso del modello sistemico relazionale quale approccio da usare verso un problema apparentemente solo biologico.

Già in precedenza Balint<sup>2</sup> aveva affrontato questo problema. Aveva evidenziato lo sfumare nella pratica clinica dei confini fra malattia psichica e malattia organica,

\* Psicologo, psicoterapeuta, docente, Centro Milanese di Terapia della Famiglia di Milano.

\*\* Psicologo, psicoterapeuta, co-direttore Eidos sc, Centro Terapia Familiare di Treviso.

1. Altrimenti detto medico di base oppure medico di medicina generale (mmg).

2. M. Balint, *Medico Paziente e Malattia*, tr. it. Feltrinelli, Milano 1961.

aveva invitato i colleghi ad avere una visione più ampia, più attenta al malato nella sua totalità; il tutto per favorire nel cliente una migliore comprensione del proprio disagio.<sup>3</sup> Questo lavoro si pone come il prosieguo virtuale di un approccio concreto per chi voglia imparare, in un contesto di cure primarie, ad approfondire o a pensare in modo sistemico; cioè a non ascoltare solo il contenuto delle lamentele del paziente, ma anche il suo bisogno di lamentarsi.

La premessa di base, espressa in più punti, considera la malattia e il malessere dell'individuo non solo come una questione interna del soggetto stesso, limitata alle sue componenti corporee, cognitive ed emotive, ma la allarga fino a includere gli altri in contatto e in comunicazione con lui. La malattia interagisce, interferisce e comunica con il contesto relazionale in cui il soggetto è inserito. E questo in quanto il malessere produce degli effetti relazionali, intacca il comportamento non solo della persona che lo vive ma anche le emozioni, i pensieri e i comportamenti delle persone accanto a lei. La mente dell'uomo appare come il sistema che lo mantiene in costante connessione con l'ambiente in cui è inserito e con il quale stabilisce un rapporto di reciproca dipendenza.

La mente individuale è immanente, ma non solo nel corpo essa è immanente, anche i canali e messaggi esterni al corpo; e vi è una più vasta Mente di cui la mente individuale è solo un sottosistema [...]. La psicologia freudiana ha dilatato il concetto di mente verso l'interno, fino a includervi l'intero sistema di comunicazione all'interno del corpo. [...] Ciò che sto dicendo dilata la mente verso l'esterno.<sup>4</sup>

Ogni individuo è incardinato in differenti contesti: fisico, familiare, relazionale, culturale e così via; questo rappresenta un elemento fondamentale per comprendere la dimensione della malattia e del problema all'interno del quale il paziente si dibatte. Tentare di comprendere la malattia separatamente dal suo contesto è un errore dello stesso tipo di quello che separa l'intelletto dalle emozioni o la mente dal corpo.<sup>5</sup>

Ne deriva una premessa irrinunciabile: ogni problema non può essere compreso se separato dal contesto in cui lo stesso si verifica. Si tratta di una suggestione e un invito per gli operatori delle cure primarie finalizzato a migliorare la capacità di lavorare con i problemi del contesto, dei pazienti e delle loro famiglie. Lavorare con le famiglie significa sviluppare una relazione collaborativa pervasiva dove al medico viene chiesto di porre attenzione sia alla gestione della malattia sia alla promozione della salute. Un approccio il cui obiettivo è dare senso a quanto accade,<sup>6</sup> inserendolo in una visione più ampia capace di connettere il soggetto e il suo problema all'interno del proprio contesto di vita. Contesto e relazione sono premesse irrinunciabili per co-costruire con il proprio paziente una storia migliore all'interno della

3. P.F. Galli, *Prefazione all'edizione italiana*, in M. Balint, *Medico Paziente e Malattia*, cit.

4. G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*, tr. it. Adelphi, Milano 1972, pp. 479-480.

5. *Ibidem*.

6. L. Boscolo, P. Bertrando, *Terapia sistemica individuale*, Raffaello Cortina, Milano 1996.

quale possa vivere. Se per contesto si intende la cornice entro cui la comunicazione verbale e non verbale acquista significato, la relazione assume la funzione fondante dell'esistenza poiché l'essere umano esiste solo in quanto in relazione con qualcuno. Se non c'è una relazione, questa persona non c'è.<sup>7</sup>

Ma, attenzione, questo non è un invito a un approfondimento psicologico, a svolgere la funzione terapeutica dello psicologo o dello psicoterapeuta, quanto piuttosto un invito a considerare lo stato del soggetto come risultato dell'influenza della sua storia, delle relazioni attuali e del suo ambiente. Sono dimensioni necessarie per ricostruire la storia della malattia, per connetterla e integrarla con il contesto di vita del cliente. Tutto questo rappresenta il presupposto per rispondere alla domanda cruciale di un qualsiasi operatore quando di fronte al proprio cliente si chiede quale sia la cosa migliore da fare sia essa di matrice biologica o psicologica. Saper rispondere significa aver avuto la possibilità di cogliere sia la dimensione biologica della malattia sia la dimensione relazionale degli effetti della stessa sulla famiglia e sull'ambiente di appartenenza.

Riteniamo necessario a questo punto fare una breve ma significativa digressione. Finora abbiamo citato solo il medico come destinatario delle riflessioni proposte dagli autori. Si tratta di una traduzione piuttosto generica del concetto: come destinatario si intende in realtà l'operatore delle cure primarie. Se nel Regno Unito questa funzione è svolta dal medico, nella nostra realtà la situazione si complica e si articola assumendo differenti dimensioni. Le figure coinvolte e chiamate a raccogliere e a ordinare il racconto di sofferenza del cliente per organizzarlo in una risposta utile per il suo benessere sono diverse. Per fare un esempio possiamo ricordare il medico di famiglia, il pediatra di base, l'operatore di bassa soglia<sup>8</sup> come per esempio l'assistente sociale, l'educatore o il *counsellor*, e ancora, traendo spunto da alcune sperimentazioni attuate in alcune regioni italiane,<sup>9</sup> lo psicologo del territorio o di base.

Se nelle intenzioni degli autori il testo mantiene l'attenzione al medico di famiglia, nella concretezza si apre a interessanti applicazioni per tutte quelle professioni coinvolte nella raccolta della domanda e nella sua organizzazione per una corretta formulazione. La lettura di queste pagine trascina il lettore a pensare i malesseri o le malattie come disagi con cause non solo biologiche, ma anche psicologiche e sociali. Ci porta, insomma, a riflettere sull'individuo, a pensarlo e considerarlo nella sua totalità, come un essere bio-psico-sociale; conduce all'uso del modello sistemi-

7. L. Boscolo, G. Cecchin, L. Hoffman, P. Penn, *Clinica Sistemica: dialogo a quattro sul modello di Milano*, Bollati Boringhieri, Torino 2004.

8. Con l'espressione "bassa soglia" si intende un modello di intervento sociale indirizzato agli adulti in situazione di difficoltà. Consiste in una modalità di accoglienza caratterizzata dal massimo livello di accessibilità. In generale, a contraddistinguere una struttura o un intervento di bassa soglia concorrono diversi fattori: massima accessibilità, rapporto informale tra operatori e utenti, multidisciplinarietà dell'équipe.

9. Ci si riferisce alla Proposta di Legge n. 3215 del 16/02/10 (non convertita in legge), alla LR Regione Campania nonché all'esperienza Solano nel Lazio. In Veneto va ricordato il progetto attivato dall'Ulss n. 1 di Belluno in concerto con le Amministrazioni Comunali del territorio, la Delibera della Regione Veneto per la sperimentazione "Psicologo di Base" nelle Ulss n. 7 di Pieve di Soligo (TV) e n. 4 di Schio (VI), accanto ad altre iniziative attivate da singole amministrazioni locali.

co come una possibilità per liberarlo dagli empasse, dai blocchi in cui si trova e, in ultima analisi, dai malesseri e dalle malattie. Lo sforzo, presente nelle singole sezioni, tende a ridurre la scissione fra l'approccio organico e quello psicologico, dove l'uno appare in costante competizione con l'altro, che esclude e dal quale si sente escluso. L'impegno proposto è di comprendere e interagire con la totalità del paziente muovendosi in una dimensione capace di cogliere "il problema del malato, non soltanto quello della malattia"<sup>10</sup> e, parafrasando Balint,<sup>11</sup> organizzando le informazioni in modo da costruire un ordine differente da quello della malattia, una storia diversa da quella attualmente narrata, dove trovino spazio, accanto alla sofferenza della persona, le possibilità evolutive.

L'attenzione viene indirizzata sulla costruzione di un nuovo linguaggio a beneficio degli operatori impegnati con il bisogno di salute. Ciò introduce il problema della necessità di una competenza sociosanitaria utile per sviluppare una risposta adeguata alla domanda di salute espressa, il cui effetto può concretizzarsi in un risparmio di tempo e risorse poiché ci si confronterebbe con una minore richiesta di visite mediche, restituendo tempo e risorse a una professionalità, quella medica, a cui viene richiesto un grosso impegno sia per l'analisi approfondita del malessere biologico sia per un lavoro di prevenzione su future patologie; il tutto con un sensibile beneficio complessivo per il paziente e per il sistema sanitario.

Questo non significa trasferire "tout court" il paziente da un sistema all'altro, da un modello biologico a uno psicologico o sociale. Significa semplicemente ampliare le possibilità di risposta del sistema operatore in modo da aiutare il cliente a dare ordine agli eventi di vita che lo interessano, inclusa la malattia, e a formulare una domanda più consapevole se non più adeguata.

Attualmente, nel contesto italiano, si sta diffondendo l'idea di affiancare al medico di famiglia un esperto in ambito relazionale o psicologico capace di rispondere in modo più specifico alle esigenze dei pazienti i quali, seppur incapaci di leggere i sintomi biologici come appartenenti anche alla sfera psicologica, presentano di frequente problematiche a essa connesse.<sup>12</sup> Basta ricordare, per esempio, i vari malesseri a cui spesso non si riesce ad attribuire una causa organica specifica, ma che portano i pazienti a bussare ripetutamente alla porta del medico. E ancora alla quantità di ansiolitici, antidolorifici o altri farmaci di varia natura, frequentemente prescritti come risposta all'urgenza della sintomatologia lamentata. Esplorare la possibilità di organizzare in modo diverso i contenuti delle storie raccontate dai pazienti potrebbe ridurre il consumo farmacologico, incidere sulla dipendenza da farmaci e sull'accesso, a volte improprio, agli ambulatori.

In altri termini quello che il medico è chiamato a svolgere viene descritto come un'attività di *counselling* complementare. Una breve digressione in merito a questa

10. P.F. Galli, *Prefazione all'edizione italiana*, cit., p. VIII

11. M. Balint, *Medico Paziente e Malattia*, cit., p. 27-30

12. M. Tomassoni. L. Solano, *Una base più sicura*, Franco Angeli, Milano 2003, e L. Solano, (a cura di), *Dal sintomo alla Persona*, Franco Angeli, Milano 2011.

terminologia per chiarirne il significato semantico. Per farlo ci è utile il confronto fra due tipologie di *counselling*: *counselling primario* e *counselling complementare*. Il primo, il *counselling primario*, consiste nell'attività professionale di *counselling* praticata nel privato, nei centri di *counselling*, nel volontariato e nelle organizzazioni profit e no-profit. Il secondo, il *counselling complementare*, è quello a cui ci stiamo riferendo in questo momento; consiste nell'uso delle abilità di *counselling* a integrazione di una già consolidata professionalità di base (insegnanti, assistenti sociali, pedagogisti, psicologi, educatori, operatori sociosanitari, infermieri, medici, avvocati, economisti). Professionalità che rimane, definendo l'ambito di competenza del professionista, a cui si uniscono le abilità di *counselling* potenziando l'efficacia dell'intervento.

In buona sostanza, riuscire a riordinare i contenuti inclusi nella comunicazione del paziente significa poter contare su un'ulteriore possibilità di descrizione; possibilità che ha un benefico effetto sulla propria capacità operativa. Parafrasando Giampaolo Lai<sup>13</sup> possiamo concordare che un operatore è soddisfatto se nel suo intervento con il cliente può contare su altri strumenti per rendere efficace il dialogo e connettere o riorganizzare diversamente i dati narrati. Sulla stessa lunghezza d'onda troviamo Von Foerster,<sup>14</sup> il quale sostiene che un intervento può essere considerato utile solo se il cliente esce dalla sessione con maggiori possibilità di quelle che aveva quando è entrato; possibilità intese come percorsi attuabili e ricchi di speranza, da seguire per affrontare e gestire la propria sofferenza.

L'edizione italiana da noi curata nasce dunque con un obiettivo ambizioso. Non certamente quello di escludere il medico da un approccio complessivo alla malattia, né tantomeno di gravarlo con una richiesta che, esulando dai suoi compiti, lo costringerebbe a un'attività estremamente impegnativa. Si desidera invece promuovere uno strumento di lavoro per quanti, provenienti da differenti contesti dell'ambito della salute, portano il loro contributo o i risultati del loro lavoro. Si tratta di una proposta per estendere alle figure di bassa soglia, allo psicologo del territorio, al servizio sociale territoriale, al *counsellor*, all'educatore una riflessione capace di ampliare le possibilità di agire in modo efficace sulla salute.

Per rispondere pienamente alla concezione di strumento di lavoro, il libro si propone quasi come un manuale, a uso di operatori sociosanitari interessati a migliorare la qualità del proprio incontro con il cliente.

Nella prefazione a *Clinica Sistemica*, Bertrando<sup>15</sup> ricorda come i trattati e i manuali, in genere, siano libri "definitivi": raccolgono e rappresentano lo stato della cultura di un dato momento. Hanno tuttavia un limite: tendono a chiudere. Questo libro invece è alternativo: diversamente dal tipico manuale si apre verso nuove

13. G. Lai, *La conversazione felice*, il Saggiatore, Milano 1985.

14. H. Von Foerster, *Sistemi che osservano*, tr. it. Astrolabio, Roma 1987.

15. P. Bertrando, *Sistemi e loro vicissitudini. Prefazione all'edizione italiana*, in L. Boscolo, G. Cecchin, L. Hoffman, P. Penn *Clinica Sistemica*, cit.



idee, azzarda concetti e percorsi inusuali, lancia proposte irriverenti sia per il medico sia per il paziente.

Nell'introduzione gli autori sostengono che il testo abbia molteplici livelli di lettura; il libro può essere letto concentrandosi solo su singole parti, sulla teoria piuttosto che sull'esperienza, ricca di esempi di colloqui, o infine sull'area degli esercizi. Se la sezione teorica presenta concetti di base e spunti di approfondimento teorico, la parte pratica rimanda all'opera dei fondatori del "Milan Approach": Luigi Boscolo e Gianfranco Cecchin. Fattori di una cultura costruita a partire da un'ininterrotta conversazione con una pluralità di interlocutori, capace di generare idee e confronti, questo approccio ha privilegiato l'attenzione al fare, all'esperienza, alla concretezza dell'impiego.

Gli ambiti di applicabilità ai quali questo lavoro offre una possibile attuazione non si limitano alla realtà ambulatoriale, ma grazie alle caratteristiche di trasferibilità e flessibilità sono diversi. Un primo interessante contesto è quello più ampio delle organizzazioni, siano esse aziende o enti o cooperative che dir si voglia. Gli spunti ci vengono, per esempio, dal genogramma che in un'azienda si trasforma in organigramma, dall'applicazione dei cerchi familiari, come pure all'uso delle domande circolari piuttosto che riflessive e così via. Per concludere, un approccio applicabile ai sistemi umani, non solo come un modello rivolto a studiosi del campo psichiatrico o psicologico, ma anche come una lente, un occhiale con cui guardare alla realtà e alle relazioni in ambiti diversi: un modo di agire e di pensare.

Concludiamo riflettendo su chi potrebbe beneficiare di questo approccio. Gli autori tracciano dei confini piuttosto ampi e ambiziosi. Si parla di pazienti somatici, coloro che accedono al medico con sensibile frequenza, di pazienti con problemi emotivi, di bambini sofferenti, di famiglie in crisi o di persone con problematiche di dipendenza. Ne possono trarre vantaggio anche i medici e gli operatori quando si sentono bloccati in casi clinici senza apparente soluzione; intrappolati da una relazione difficile a causa della scarsa adesione del paziente alla cura prescritta; immersi in uno stato di *burn out*; annoiati dal proprio lavoro o dal proprio paziente; o infine coinvolti in complessi programmi di promozione alla salute.

Per riassumere, il libro ci conduce per mano attraverso le idee sistemiche nei primi capitoli, nelle tecniche e nelle pratiche nella parte centrale, e nel lavoro più complesso che riguarda l'intera famiglia in quella finale. Conclude descrivendo come favorire cambiamenti significativi e duraturi nella pratica lavorativa.

Questo percorso è accompagnato e vivacizzato da note fatte di grafici, radici, germogli, frutti e semi: ci rimandano costantemente alle idee di base, alle esplorazioni, alle riflessioni, alla creatività personale, alle abilità di cui far tesoro, ai suggerimenti per esercizi e compiti che aiutano ad apprendere nuovi modi per pensare, connettere le storie e i loro contesti, per ampliare la competenza e la fiducia personale di chi si confronta quotidianamente con "problemi complessi".

Un'ultima considerazione. *Dieci minuti con la famiglia* non rappresenta solo un'idea innovativa per i medici, ma anche una proposta operativa per quanti, a vari livelli, si relazionano con il cliente e con i sistemi umani. Di più. Rappresenta uno stimolo per le figure di bassa soglia per costruire insieme al cliente una storia della malattia capace di dare ospitalità sia alla dimensione fisica che al contesto relazionale. Questo apre uno spazio a nuove figure professionali, ma soprattutto a nuovi modi per pensare alla salute nella sua dimensione più articolata di benessere "bio-psico-sociale".

Ci piace finire questa prefazione con una frase tratta dal libro *Terapia Sistemica Individuale*, che ci aiuta a comprendere la complessità della materia che questo testo presenta:

Essere sistemici per noi significa ascoltare, oltre alle "voci" dei nostri maestri e dei colleghi più innovativi, anche le voci della cultura nella quale ognuno di noi è immerso. Particolare attenzione viene posta alla questione dei ruoli sessuali (gender), del potere nelle relazioni, dell'etnicità, connesse alla storia del cliente e messe continuamente a confronto con quelle del terapeuta.<sup>16</sup>

Milano, 27 Febbraio 2015

16. L. Boscolo, P. Bertrando, *Terapia sistemica individuale*, cit., p. 41