

Limite e fragilità: l'esercizio della possibilità e della cura di sé nei percorsi formativi socio-sanitari

Alessandra Augelli

Università Cattolica del Sacro Cuore

ABSTRACT

Il confronto con il limite e la fragilità dell'esistenza è inevitabile: lì dove gli strumenti tecnici e teorici non arrivano, il professionista della cura si trova a mettere in gioco il proprio essere-in-relazione e si sperimenta impotente, sottoposto alle condizioni peculiari della situazione. Condizionati da un tipo di formazione di base incentrata sui metodi delle scienze esatte, gli operatori sociosanitari rischiano di trasferire anche su un piano relazionale i criteri della certezza e della programmabilità. La prospettiva fenomenologica, riportando l'attenzione sul principio di fedeltà al reale e sul principio di trascendenza, offre un orientamento teso all'assunzione del limite e all'apertura all'imprevisto che scaturisce dall'incontro con l'altro. Soltanto quando terapeuta e paziente si riconoscono appartenenti ad un comune tessuto esistenziale connotato da incompiutezza e fallibilità, si possono aprire spazi di relazione autentici. Percorsi di formazione continua capaci di offrire spazi in cui accogliere le criticità come motivo per ritornare, assieme agli altri, sull'esperienza, promuovono una feconda erranza: la possibilità, cioè, di ristrutturare percorsi, di aprirsi al nuovo, di risignificare anche le situazioni di limite estremo.

Parole chiave: Limite – Fragilità - Ricerca di senso - Cura di sé - Formazione continua

Limit and frailty: the exercise of chance and self-care in socio-medical training paths

Confronting with the limit and frailty of human existence is inevitable, and in such circumstances, healthcare professionals are often equipped with inadequate theoretical and technical tools. This may result in them having to rely on relational skills, which are by their very nature exposed to the typical risks of the situations they are facing, i.e. unpredictability, misunderstanding, refusal, failure. Criteria of certainty and programmability, which define exact sciences, cannot be transferred into the relationship level, nevertheless, significant resources can result from this gap, through which one can learn how to stay within the limit without hiding or refuting it. The phenomenological perspective, while bringing the focus back to the principle of adherence to the real world and to the transcendence principle, provides a focus on the acceptance of limits, not as sheer elements which cannot be eradicated, but as real spaces for growth and transformation. For this reason, continuing education paths ought to offer spaces where one can consider limit and frailty as chances to reassess experience and become increasingly aware of it together with the others. For their very nature, such paths would promote a productive wandering, intended as an opportunity to open oneself to novelties and to make sense of endless new situations.

Keywords: Limit – Frailty - Quest for Meaning - Self-Care - Continuing Education

*Non temete il patire, quel peso
rendete alla gravità della terra.
(Rainer Maria Rilke, I sonetti a Orfeo)*

Nel Museo del Novecento, in Piazza Duomo, a Milano sono custodite attualmente alcune delle opere di Lucio Fontana. Questi “semplici” tagli nella tela possono essere emblematici di un vissuto esperienziale qual è quello della *finitudine* e del suo rapporto con l’infinito.

Il taglio, come lo stesso artista afferma, è una ferita, uno squarcio, un’apertura sull’infinito. E’ un gesto che esplicita la richiesta di tridimensionalità, che fa suo il desiderio di andare oltre la ristrettezza della tela, di sperimentare l’inesplorato, ma di farlo attraverso la tela stessa.

Un gesto che coniuga l’istintività e la rapidità con la riflessione e la ricerca di significato, opponendosi, in un certo senso, alle logiche del calcolo e della programmazione. (Campiglio, 1999).

Nelle relazioni di cura i “tagli” possono rappresentare tutte quelle situazioni di limite, di errore, di imprevisto con cui ci si confronta. Sono, senz’altro, una frattura di piani ordinati, di condizioni conosciute e tranquillizzanti e causano, quindi, sofferenza e disagio, tanto in chi li vive direttamente quanto in chi ne partecipa di riflesso. Possono costituire, d’altro canto, occasioni preziose per deviare proficuamente da percorsi noti e per entrare in contatto con realtà e dimensioni altrimenti in ombra.

Nei vissuti esperienziali dei professionisti della cura e, come si vedrà, anche nei loro percorsi formativi, coabitano e si intersecano due esigenze fondamentali: fornire risposte, raggiungere risultati stabili, e disporsi alle domande, star dentro a processi aperti. L’incontro con l’altro che si fa portatore dei medesimi bisogni, sulla base di una stessa condivisione del *mondo della vita* (Husserl) riapre costantemente questo campo di intrecci e contaminazioni.

Queste riflessioni partono dall’esperienza vissuta di percorsi formativi realizzati con infermieri, medici, volontari e personale sanitario. Il tentativo vuole essere quello di far interagire logiche dicotomiche e contrastanti su un terreno che è quello della formazione *personale e continua*.

Il background formativo del professionista della cura e la considerazione del limite

I professionisti in ambito sociosanitario maturano le loro competenze in una duplice prospettiva: quella tecnica-operativa e quella umana- relazionale (Bruzzone, in Bruzzone & Musi, 2007). Le due dimensioni sono interconnesse tra loro, ma hanno anche la loro specificità soprattutto nel campo formativo. Se, infatti, una formazione tecnica può basarsi su aspetti procedurali e strutturati, che arginano al massimo il rischio di errore che può essere decisivo per il benessere dell’altro, una formazione relazionale si orienta sull’ascolto dell’esperienza che è di per sé complessa e sfaccettata e accoglie gli aspetti di imprevedibilità e di limite come elementi ineludibili della relazione.

La difficoltà più grande di coloro che svolgono un lavoro di cura scaturisce proprio dalla problematicità di conciliare l’ordine di un paradigma scientifico basato su certezze e passaggi programmatici e l’attenzione ad un approccio, pur sempre rigoroso (Husserl, 1967), che investe gli aspetti relazionali, per loro natura sfuggenti ad ogni tentativo di incasellamento, e quindi aperti a diverse possibilità e personalizzazioni. I professionisti della cura si accorgono della distanza da una visione prettamente basata sui “dogmi” propri di ogni disciplina nel momento in cui entrano in

contatto diretto con l'esperienza. Si incontrano, infatti, non pochi ostacoli quando si procede nella ricerca personale di equilibri rispetto alla strutturazione del proprio ruolo, alla definizione di alcune scelte nel proprio modo di operare quotidianamente e alla considerazione di un piano istituzionale e organizzativo di cui si è parte integrante e le mediazioni sono da ristrutturare continuamente.

Il background formativo che accomuna i professionisti della cura è caratterizzato da studi che presentano modelli, protocolli e schemi di azione, frutto di indagini statistiche che producono evidenze. Il rischio è che questo paradigma, significativo da un punto di vista tecnico-operativo si riproduca anche su un piano relazionale e comunicativo.

Il senso di *expertise* sviluppato in ambito sanitario "ha messo i professionisti nella condizione di doversi spingere al di là delle loro mansioni formali e dell'esercizio delle loro abilità tecniche" (Zola in Illich, 2008, p. 61). La necessità di rafforzare gli aspetti relazionali ha portato a esportare sul piano tecnico aspetti legati alla contingenza delle situazioni e al fattore umano della cura, alimentando così il rischio di "onnipotenza" proprio delle professioni di aiuto (Peter, 1995).

Non di rado le progettualità formative si sono attestate sulla presentazione di un'*ideale* in base a cui il professionista valuta la propria vicinanza o distanza dal modello. L'esperto incontrato in aula, infatti, rischia non di rado di presentare teorie comunicative e relazionali da cui far discendere una pratica operativa: il professionista apprende un modello d'azione, comprende se quanto sta facendo o ha fatto fin'ora è stato consono, si allena per acquisire il maggior numero di strumenti e indicazioni per poter far bene e rispondere alle domande e ai problemi in cui si imbatte.

Questo tipo di proposta formativa rischia di alimentare le aspettative dei professionisti di cura: prevale l'idea che quanto più ci si forma, tanto più si possano governare tutte le dimensioni dell'aver cura e di essere ineccepibili sia tecnicamente sia umanamente; si pensa di poter dare sempre ed in ogni caso delle risposte e, di conseguenza, nell'incontro con il limite rischia di aumentare il senso di fragilità, reso insostenibile proprio dalla percezione di un più ampio scarto tra ideale e reale. La "sproporzione" tra finito e illimitato che è ciò che accomuna tutti gli esseri umani, si può trasformare in risorsa lì dove viene valorizzata l'attività sintetica e mediatrice di cui la persona è capace (Ricoeur, 1960, pp. 70-83).

Ed è proprio la consapevolezza dello "scarto", della distanza tra ciò il progetto e la realizzazione, tra i tempi della parola e i tempi della risposta, tra la relazione e la sua apertura al mondo (Contini, 2009, p. 7), a sollevarci dall'ansia di "riuscire" in ogni caso.

Il professionista s'interroga, inoltre, sui propri modi di conoscere e di operare: la conoscenza strutturata, consolidata e appurata dai dati rischia di entrare in collusione con l'intuizione e la conoscenza "immediata", empatica, ritenuta per lo più fonte di errore e di spiazzamento. La conoscenza formale è una "via maestra", che rassicura, guida e sostiene; la conoscenza personale è un "sentiero", porta in sé novità e rischio di deviazione, intimorisce e, culturalmente, ostacola i passaggi "chiari e distinti" (Iori, 2009). Inoltre non può essere tradizionalmente "appresa", in quanto è costitutiva del soggetto che la esercita e della situazione da cui scaturisce (Augelli in Iori, Augelli, Bruzzone & Musi, 2010).

Il messaggio perlopiù diffuso nei percorsi formativi, siano essi di tipo tecnico o relazionale, è quello per cui quanto più si seguono paradigmi conoscitivi solidi e modelli relazionali già provati,

tanto più si riducono i limiti dovuti al tempo a disposizione, agli errori possibili, ai vuoti o alle mancate risposte.

Entrano, quindi, in contrasto un piano tecnico teso al raggiungimento, importante e prezioso, di risultati tangibili e un piano di azione, attento ai processi, un livello puramente legato al *problem solving*, ed un altro ricco di interconnessioni di saperi.

Si apre la ricerca di una mediazione tra ciò che è *utile* e ciò che *ha significato*. Di fronte al limite e all'imprevisto, il professionista della cura rischia di andare alla ricerca di un rimedio, di una soluzione, di qualcosa da fare tecnicamente. Si dà spazio, così, all' *homo faber* che

in nome dell'utilità giudica e fa ogni cosa nei termini di «fine». L'ideale stesso dell'utilità, come gli ideali di altre società, non può più essere concepito come qualcosa che serve a qualche altra cosa. Esso sfida semplicemente la possibilità di mettere in discussione il suo uso. [...] l'utilità posta come significato genera l'assenza di significato. (Arendt, 1991, p. 110)

Pur nella dichiarazione di principio secondo cui il limite legato alle situazioni umane è inevitabile e che le scienze mediche, sono soggette al confronto continuo con *eccezioni ed atipicità*, è difficile scrollare di dosso, da un punto di vista esperienziale, la tensione interiore ad essere ineccepibili e a disporsi *illimitatamente* alla ricerca del bene altrui.

L'incontro con l'altro, imprevisto e limite “in carne ed ossa”

Le persone che arrivano nelle strutture sociosanitarie portano il loro disagio e la loro sofferenza, chiedendo di estinguerli con efficacia e nel minor tempo possibile.

Ogni “cliente” (Rogers, 1997) che entra nei servizi porta con sé una duplice richiesta: la risoluzione del suo problema, l'eliminazione del suo disturbo, l'uscita dalla situazione di difficoltà e d'altro canto il bisogno di essere ascoltato, compreso e di essere accolto nella propria unicità. Il professionista sente su di sé la responsabilità personale e sociale di districarsi abilmente dalla difficoltà, ma anche quella di “stare nella situazione” per leggerla e comprenderla fino in fondo.

La persona che soffre o che vive un disagio si rivolge al professionista facendo leva, innanzitutto, sulla sua esperienza, ovvero, su ciò che lo accredita in quanto “esperto” (studi pregressi, tempo impiegato in quel lavoro, numero di persone curate, ecc.); ma al contempo, meno esplicitamente, si lega anche alla sua capacità di cogliere l'unicità del suo “caso”, alla sua competenza nel saper gestire quella situazione che è peculiare, non paragonabile ad altre.

L'esigenza di partecipare in prima persona al processo di cura si confonde molte volte con la pretesa di sostituirsi al professionista della cura, utilizzando la possibilità di reperire informazioni nonché le proprie convinzioni. Il fatto che l'altro raggiunga un servizio non è sempre sinonimo di totale disponibilità e apertura; rivolgersi al servizio non significa più abbandonarsi totalmente ad esso e ai suoi professionisti. Il confine tra la necessità di *esserci* nel proprio percorso di cura e l'urgenza di *sapere* non è sempre chiaro, neanche al paziente stesso. Nell'interazione con il terapeuta egli porta il suo modo di intendere la *cura*, che è influenzato tanto dalle esperienze vissute e dal sapere del corpo, quanto da informazioni approssimative frutto di dinamismi inautentici, quali la *chiacchiera* e la *curiosità* (Heidegger, 1976, pp. 205-220). Il discorso in questione è delicato ed è spazio aperto a

processi di rivisitazione e approssimazione: è uno terreno *simbolico*¹, dove si incontrano i significati, che restano spesso sullo sfondo della relazione e la guidano, senza che se ne abbia consapevolezza.

L'assottigliamento degli spazi di pensiero e l'attribuzione indebita dei bisogni ha provocato una riduzione delle capacità di ascolto profondo di sé e del proprio corpo. Viene anche così falsata l'idea di autonomia, sempre più intesa come indipendenza e autodeterminazione. La possibilità di reperire informazioni e di tenere sotto controllo alcuni aspetti del processo terapeutico rendono apparentemente la persona forte e libera, mentre al contrario resta prigioniera della sua fragilità, quindi confusa e giudicante.

Al "terapeuta" giungono bisogni che, non riconosciuti ed esplicitati correttamente, rischiano di diventare pretese avanzate in maniera distorta. Inoltre, il soggetto è portatore di ambiguità: necessita di cure dall'esterno, ma intende anche auto-curarsi. Questo rappresenta un limite non indifferente in un contesto relazionale in cui la capacità di porsi in ascolto dei propri vissuti e di saperli nominare, unita ad un affidamento – non cieco e assoluto – all'altro, costituisce il cuore stesso della cura.

In uno spazio e in un tempo ben preciso, in una *situazione*, quindi, soggetta per sua natura a limiti, si "innesca" un processo, qual è quello relazionale, esposto a numerosi interrogativi e zone d'ombra. Dice V. Frankl: "la cura è un'equazione a due incognite: individualità del paziente, personalità del terapeuta" (Frankl, 2009, p. 15).

In un lavoro che attinge a piene mani nel mistero dell'umanità e della vita, l'incontro/scontro con il limite è ampio e sfaccettato: è l'incontro con la malattia o il disagio "dichiarato"; è l'incontro con l'opacità di ciò che non è detto, ma esiste; è l'incontro con le restrizioni dell'organizzazione. Il processo di cura solleva moltissime resistenze: la mancanza di capacità o gli errori del professionista, ma anche la mancanza di disponibilità e di accoglienza da parte della persona di cui ci si prende cura; la difficoltà delle condizioni nel quale si dispiegano pensieri e gesti di cura e gli ostacoli e l'assenza di supporto sul piano organizzativo. Così la *risposta* all'*appello* di cura che l'altro ci pone può risultare parziale e limitata.

L'altro diventa, dunque, l'imprevisto per eccellenza. Ovvero quello che spezza protocolli e schemi e richiede di conciliare indicazioni generiche e teoriche con operazioni pratiche e specifiche per la persona, *creando* un percorso ad hoc. Inoltre si sperimenta una dimensione temporale che sfugge alla programmazione: si ipotizza un certo numero di interventi o un dato tempo per ciascuna visita e poi, molto spesso, vi è qualche aspetto relazionale che destruttura e fa slittare i piani. Ciascuna persona, infine, riporta l'esigenza di pensiero e di immaginazione là dove vige la routine e la prassi consolidata: la miriade di domande esplicite riguardanti la cura o anche gli sguardi interrogativi e

¹ Dice David Le Breton a tal proposito: "Le medicine popolari si fondano su una conoscenza (nel senso di *co-naitre*, nascere con gli altri) piuttosto che sul sapere (accademico), si fondano su un processo esistenziale piuttosto che scientifico. La scienza si caratterizza per la ripetizione di un sapere sperimentato ma separato dall'oggetto studiato. Non è per il fatto di essere stato malato che il medico è accreditato a curare, ma perché possiede un sapere approfondito ma perché possiede un sapere approfondito, certificato da un diploma [...]. La medicina si priva di una risorsa, quella del simbolico, che sarebbe tuttavia adatta a potenziare i suoi effetti. Non che la dimensione simbolica sia assente nella relazione medico-paziente; è sempre più o meno presente, soprattutto se il medico gode della fiducia del paziente, ma la valorizzazione di questa efficacia è indebolita dalla posizione sociale e culturale del medico, dal carattere spesso puramente tecnico delle sue cure" (Le Breton, 2007, p. 212).

dubbiosi pongono il professionista nella posizione di motivare all'altro – e quindi anche a se stesso – alcune scelte o aspetti dati per scontati e, così, porre sotto la luce della riflessività qualcosa di letteralmente rimasto “impensato”.

Incontrarsi assieme nelle situazioni-limite

Ciò che accomuna professionista e paziente, terapeuta e cliente è la *contingenza*. La situazione è etimologicamente *contingente* (dal latino cum-tangere), ovvero *tocca assieme*, contemporaneamente.

Apparentemente distanti per ruoli e funzioni, per formazione e percorsi di vita, entrambi – terapeuta e cliente - si ritrovano a guardare assieme una stessa realtà, di per sé circostanziata da alcune dimensioni (spazio, tempo, corpo), che “dicono” a ciascuno qualcosa di diverso (Van Manen, 1990).

Quando ci si incontra nella *situazione-limite* (Jaspers, 1950, p. 267) ovvero caratterizzata da relatività e incertezza, non soggetta a dominio e a “valicabilità”, la densità emotiva dell'essere toccati si intensifica. Si sperimenta lo “scacco” del tentativo dell'uomo di essere padrone della sua vita e di controllarne ogni sua parte. La trascendenza scaturisce da una caratteristica che è peculiare dell'essere umano: la coscienza dell'infinito che gli sfugge, l'idea del suo essere stato creato. Così, senza essere annullata, la finitezza dell'uomo è in un certo senso spezzata (Jaspers, 2005, p. 120).

La situazione-limite fa sì che ci si ritrovi su un terreno comune, che è la *sottrazione* delle proprie potenzialità, in cui si scoprono, d'altro canto, differenti modi di rispondere a tale vissuto.

Dice Luigi Pareyson:

La situazione non sembra che limite, chiusura, angustia, e la sua invalicabilità appare come fato ineludibile. [...] Ma è un principio generale dell'esistenza che nell'uomo non c'è passività che non si risolva in attività; [...] la situazione è pur sempre situazione umana, cioè già qualificata dall'iniziativa che vi lavora. (Pareyson, 2002, p. 219)

Sapere di condividere una comune appartenenza esistenziale è proprio ciò che intimorisce e spaventa tanto chi cura quanto chi è curato. Scattano dinamiche di fuga, di protezione e distanziamento da una presa di consapevolezza forte a cui il confronto con il limite costringe.

Sperimentare il limite significa avere la possibilità di riappropriarsi, quindi, della propria natura umana, ma anche della propria identità professionale e del mondo in cui sfera personale e professionale interagiscono e si intrecciano indissolubilmente: si svelano, infatti, nell'incontro con situazioni difficili e complesse, i propri modi di *intendere* il mondo e le relazioni e, quindi, i principi che sottendono le azioni di cura.

L'imprevisto e il limite sono criticità, “strappi” nel tessuto, che permettono di passare dai *giudizi alle cornici* (Sclavi, 2003) di ritrovare il senso nella routine quotidiana (Mortari, 2006). La condizione necessaria perché avvenga è l'esercizio della *libertà* di fronte alla situazione: “accettare liberamente l'essere-gettato della presenza genera la costante apertura alle cose ed al “sé”, la disponibilità a comprendere e ricrearsi” (Gius, 1975, pp. 90-91).

Soltanto rinunciando all'illusione della compiutezza del proprio operato e dell'infallibilità dei propri percorsi, si potrà incontrare uno spazio *reale* di trascendenza.

Esistono, d'altro canto, forme fittizie ed inautentiche di superamento del limite e dell'imprevisto: è il tentativo di "disertare sentieri dove si rischia di raggiungere l'altro" (Gide, 1962, p. 37) e, quindi, se stessi, ovvero l'evitamento di tutti quei contesti ad alta densità emotiva, dove la fragilità altrui e personale può venire allo scoperto. Alle volte, si cerca di proiettare lontano le ombre degli errori e delle difficoltà, affidando ad altri la responsabilità del processo di rielaborazione.

Ci si chiude in se stessi e si acquiscono forme di incomunicabilità: la distorsione del senso della fiducia nelle proprie capacità e l'attenzione alle *performance* personali mina nel profondo anche la fiducia nei confronti degli altri, che è per sua natura, priva di garanzie, aperta alle sorprese, non allineata alle aspettative. (Pillet, 2011).

La riduzione del limite va di pari passo con la sua razionalizzazione: ci si adopera per cercare spiegazioni tecniche e teoriche a situazioni di limite. Le eccezioni e le atipicità sono enumerate e strutturate, tanto quanto le regolarità, ed è forte il tentativo di far rientrare anche ciò che è incomprendibile in categorie note.

Questi modi di confrontarsi con il limite, è importante ribadirlo, attengono tanto al professionista quanto al paziente: i passaggi dal rifiuto all'accoglienza, dall'inammissibilità all'esplorazione delle possibilità, passando per il riconoscimento del "non potere", sono sperimentati e vissuti da tutti, a contatto con la fragilità.

L'imprevisto è un'occasione di *ritorno*: di ripensamento e di riappropriazione di sé, nella considerazione piena delle risorse e delle fragilità, appunto. Si tratta di dare parola a questi momenti ed allenare lo sguardo perché la "criticità" e la valenza trasformativa della situazione possa emergere. Quanto più si sarà in grado di gettare luce sulle fragilità e sui limiti del lavoro di cura, tanto più esse diventeranno fonte di apprendimento esperienziale (Consoli in Sicora, 2010).

E' lo sguardo altrui a sostenere questo impegno: chiusi nel proprio orizzonte risulta difficile attivare quella distanza intenzionale tra sé e la realtà, necessaria per guardarla da una prospettiva differente.

[L']io che ha rinunciato a nascondersi e ad identificarsi nelle sue difese, che non si concede agli adattamenti, che rinuncia alla sua forza, che concede al tu spazi di sé, che accetta di essere sospeso tra il nulla da cui proviene e il nulla verso cui è rivolto. L'io che rinuncia a pronunciarsi e riconosce nel silenzio il luogo in cui continuamente è. (Sichel, 1983, p. 16).

È, in prospettiva fenomenologica, un soggetto che vive la formazione restando realmente *in itinere*.

Per una formazione "errante": ridisegnare il limite e accogliere l'imprevedibile

Nella consapevolezza che ogni relazione di cura è di per sé soggetta al limite proprio della situazione e dei soggetti che vi prendono parte e che non può non realizzarsi pienamente se non a partire da essi, comprendiamo quanto tale assunto modifichi i percorsi professionali dei professionisti della cura.

Se, infatti, il limite è taciuto, offuscato, negato, la formazione viene distorta, rischiando di diventare un momento in cui confrontare teorie e possibili soluzioni a eventi critici perlopiù previsti e strutturati. Molti medici, infermieri e terapeuti sostengono, però, che anche le teorie più solide possono cadere quando si scende in corsia, si incontra la persona e la sua situazione particolare. Questo

spiazza e disorienta ed è molto spesso la causa di forme di irrigidimento e di “indifferenza” rispetto ad un carico emotivo soverchiante.

Si tratta, allora, secondo la prospettiva fenomenologica, di progettare percorsi formativi che accompagnino ciascuno nell'apprendimento incessante che viene dal *restare in contatto con la situazione*.² Qui non ci sono formule da trasmettere, ma ci sono *modi di essere* da ricercare, ciascuno il suo, a diretto contatto con l'esperienza personale, che è di per sé, limitata, circoscritta, ma anche condivisibile. E' un tipo di formazione che richiama l'invito arendtiano del “fermati e pensa” (Arendt, 1991) e che non mette al riparo da delusioni, dalle inadeguatezze e dal senso di impotenza di fronte al limite e alla sofferenza. In un lavoro connotato da urgenze e operatività, la riflessività rischia di essere considerata un “di più”, qualcosa che esula dai compiti primari degli operatori. In realtà, venendo meno questo spazio, viene meno l'*eccedenza* di significato e di possibilità insita in ogni situazione. Ci si allinea perché manca l'orizzonte dell'immaginazione e della creatività che diventa visibile solo quando si dedica il giusto tempo all'ascolto di sé.

Percorsi formativi che offrono spazi per rivedere e riascoltare l'esperienza permettono alle “ovvie” aspettative che si addensano sulle professionalità di cura che non si traducono in dettami impliciti il cui senso può perdersi nella operatività.

Se gli imprevisti e gli incontri con il limite spezzano la routine, occorre dare visibilità e parola a questi momenti, così che costituiscano l'opportunità per leggere dentro il proprio modo di prendersi cura dell'altro. Il ritorno sull'esperienza aiuta a riconoscere le sfumature dei limiti e a non temere la fragilità che viene anche dall'imprevedibilità umana; aiuta cioè a distinguere, ad esempio, gli errori dagli sbagli, il danno dalla mancanza (Sicora, 2010), l'aspettativa dal bisogno, la richiesta dal sottointeso.

Altra risorsa formativa indispensabile è il gruppo: la condivisione non solo alimenta l'interscambio esperienziale, ma permette di moltiplicare i punti focali, cercando di far emergere rappresentazioni e percezioni del professionista, del paziente, ma anche, ad esempio, dei familiari e della organizzazione nella quale si opera.

Una delle fragilità professionali più diffuse è proprio, infatti, quella di ritenersi gli unici responsabili o destinatari delle criticità. La prospettiva sistemica e multidimensionale aiuta il terapeuta a riprendersi tra le mani, valorizzare il proprio essere persona e orientarsi a far bene ciò che sa fare.

Sono auspicabili percorsi formativi in cui i professionisti della cura si riconoscano realmente in cammino, dove possano esplicitare i vissuti legati al limite e alla fragilità, ma anche rintracciare concretamente i confini del proprio agire. Insicurezza e inquietudine propri delle situazioni critiche diventano motivi di fondo che alimentano la tensione alla ricerca di senso.

McCaughan e McKenna, in uno studio effettuato con il metodo Grounded Theory sulla comunicazione delle diagnosi infauste e sulla percezione del limite da parte del professionista e del paziente, sottolineano quanto la ricerca di parole “giuste”, che sappiano informare e formare al

² A tal proposito si suggerisce la visione del cortometraggio *The Butterfly Circus*, Regia di Joshua Weigel, Usa, 2009 in cui l'apertura alla possibilità e la capacità di trascendere la situazione del protagonista scaturiscono proprio dalla capacità di viverla pienamente. Per un'analisi pedagogica più approfondita dello stesso cortometraggio si rimanda ad Augelli, 2013, pp.117-118.

contempo, sia legata alla capacità di ricercare assieme il significato dell'esperienza di malattia. (McCaughan & McKenna, 2007). Il senso è proprio ciò che riesce a superare ogni limite, e per eccellenza il limite della fine vita.

La *wanderung* (erranza) formativa nei contesti socio-sanitari è tutt'altro che una formazione improvvisata e approssimativa, che si traduce in un'assenza di meta e in un annullamento di ogni risultato: si tratta di *girare attorno* (*wandering about*), ossia avere il coraggio di ritornare sui propri passi per risignificare la situazione-limite e cogliere nuove aperture. In tale prospettiva l'erranza si traduce in una capacità di stupirsi (*wonder*) e di accogliere l'imprevisto, come elemento chiave per uscire da percorsi predefiniti.

È questa la formazione auspicata per sviluppare la dimensione relazionale dei professionisti della cura. È questo l'orientamento da seguire perché la realtà, limitata, possa apparire anche nella sua eccedenza e la cura preservi il senso del mistero.

Riferimenti bibliografici

- Arendt, H. (1991). *Vita activa*. Milano: Bompiani.
- Augelli, A. (2013). *In itinere. Per una pedagogia dell'erranza*, Lecce: Pensa Multimedia.
- Bertolini, G. (ed.) (1994). *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. Milano: Guerini.
- Bruzzone, D. & Musi, E. (eds.) (2007). *Vissuti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie*. Milano: Guerini.
- Campiglio, P. (1999). *Lucio Fontana. Lettere (1919-1968)*. Torino: Skira.
- Cargnello, D. (1966). *Alterità e alienità*. Milano: Feltrinelli.
- Contini, M.G. (2009). *Elogio dello scarto e della resistenza. Pensieri ed emozioni di filosofia dell'educazione*. Bologna: Clueb.
- De Monticelli, R. (1998). *La conoscenza personale. Introduzione alla fenomenologia*. Milano: Guerini.
- Frankl, V.E. (2009). *Si può insegnare e imparare la psicoterapia? Scritti sulla logoterapia e analisi esistenziale*. Roma: Ma.gi.
- Gadamer, H.G. (1994). *Dove si nasconde la salute*. Milano: Raffaello Cortina.

- Gide, A. (1962). *Et nunc manet in te. Diario Intimo*. Milano: Il Saggiatore.
- Gius, E. (1975). *L'antropoanalisi di Ludwig Binswanger come superamento del pensiero freudiano*. Roma: Antonianum.
- Heidegger, M. (1976). *Essere e tempo*. Longanesi: Milano.
- Husserl, E. (1967). *La filosofia come scienza rigorosa*. Torino: Paravia.
- Illich, I. (2008). *Esperti di troppo. Il paradosso delle professioni disabilitanti*. Trento: Erikson.
- Iori, V., Augelli, A., Bruzzone, D., & Musi, E. (2010). *Ripartire dall'esperienza. Direzioni di senso nel lavoro sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Iori, V. (2000). *Filosofia dell'educazione: per una ricerca di senso nell'agire educativo*. Milano: Guerini.
- Jaspers, K. (1950). *Psicologia delle visioni del mondo*. Roma: Astrolabio.
- Jaspers, K. (1991). *Il medico nell'età della tecnica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Jaspers, K. (2005). *La fede filosofica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Le Breton, D. (2007). *Antropologia del corpo e modernità*. Milano: Giuffrè.
- McCaughan, E. & McKenna, H. (2007). Never-ending making sense: towards a substantive theory of the information-seeking behaviour of newly diagnosed cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (11), 2096–2104.
- Mortari, L. (2006). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Carocci.
- Pareyson, L. (2002). *Esistenza e persona*. Genova: Il Melangolo.
- Peter, R. (1995). *Liberaci dalla perfezione*. Assisi: Cittadella.
- Pillet, E. (2011). *Tous fragiles, tout humains*. Paris: Albin Michel.
- Ricoeur, P. (1960). *Finitudine e colpa*. Bologna: Il Mulino.
- Rogers, C. (1997). *Terapia centrata sul cliente*. Firenze: La Nuova Italia.
- Russo, M.T. (2004). *Corpo, salute, cura. Linee di antropologia biomedica*. Soveria Mannelli: Rubettino.

Scavi, M. (2003). *L'arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Milano: Mondadori.

Sichel, A. (1983). *I modi dell'incontro. Idee per una psicoterapia fenomenologica*. Poggibonsi: Lalli.

Sicora, A. (2010). *Errore e apprendimento nelle professioni di aiuto*. Sant'Arcangelo di Romagna: Maggioli.

Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*. Ontario: State University of New York press.

Alessandra Augelli: dottore di ricerca in Pedagogia, è docente a contratto di Pedagogia della famiglia presso la facoltà di Scienze della Formazione dell'Università Cattolica. È membro del gruppo εἶδος - *Fenomenologia&Formazione*, e svolge attività di ricerca e formazione sulle tematiche inerenti le dinamiche relazionali e comunicative nei contesti socioeducativi, aziendali e sanitari attraverso metodologie narrative centrate sull'esperienza.

Contatti: alessandra.augelli@unicatt.it