



MAURIZIO POZZANI



LA COMUNICAZIONE NELL'EMERGENZA DELL'UNITÀ OPERATIVA DI PRONTO SOCCORSO



Dr. Maurizio Pozzani

Medico Chirurgo

Specialista in Chirurgia Generale e in Anestesia e Rianimazione

Direttore Unità Operativa di Pronto Soccorso e Osservazione Breve Intensiva

Ospedali Don Calabria- Sacro Cuore, Negrar, Verona

Master in Counseling interpersonale nella relazione d'aiuto
a pazienti disabili, oncologici, terminali.

Ansia, sofferenza e comunicazione al Pronto Soccorso

AIST ottobre 2009

In un Pronto Soccorso ansia, paura, dolore, e sofferenza sono esperienze sensoriali ed emozionali molto presenti e molto concrete.

Tutte le percezioni e i sintomi vengono valutati al Triage con differente importanza a seconda delle molteplici caratteristiche, ma c'è un parametro che ci fa aumentare il livello di allarme nei confronti del paziente, e che può far variare il codice colore in uno più urgente: è la sofferenza (che ovviamente coinvolge e riassume le altre tre sensazioni).

Chi sono i pazienti che si presentano ad un Pronto Soccorso?

Chi accede al Pronto Soccorso lo deve fare perché ha subito un trauma nelle ore immediatamente precedenti, o perché è insorta, o si è aggravata molto, una patologia che può mettere in pericolo la vita, oppure è a rischio imminente l'equilibrio mentale.

Ci dobbiamo preparare a queste evenienze.

Il Pronto Soccorso è il luogo dove *ansia* e *stress* si concentrano ad un grado elevatissimo sia in chi vi accede per necessità, sia in chi vi lavora per professione.

Vi sono momenti in cui la tensione è palpabile; momenti in cui emergono angosce ed aggressività primordiali che devono essere tenute sotto controllo, pena la funzionalità e la sicurezza dell'ambiente e delle persone.

La *paura* è parte integrante di queste condizioni: deriva dalla percezione di un pericolo reale o supposto. E' governata prevalentemente dall'istinto, che ha come obiettivo la sopravvivenza dell'individuo, e cerca di difenderlo da questa situazione minacciosa.

Vi sono vari gradi di classificazione. Si va dall'apprensione allo spavento, al terrore, al panico, in un crescendo di perdita dell'autocontrollo, dove il timore che si verifichino fatti potenzialmente lesivi, porta il soggetto da uno stato di vigilanza accentuata, molto utile, fino ad una perdita totale del riconoscimento della realtà, che gli impone un'uscita da ogni logica e un assoggettamento agli impulsi più istintuali, che sono ovviamente assai pericolosi.

In questa situazione il capitolo *dolore* è naturalmente e prepotentemente in primo piano. Esso viene definito come una esperienza estremamente penosa, sensoriale ed emozionale, associata ad un danno tissutale, effettivo o potenziale, tale da turbare gravemente lo stato psicologico dell'individuo, innescando, come minimo, una risposta comportamentale riflessa.

Può essere di tipo *acuto, persistente, o cronico*, passando da segnale d'allarme fisiologico, a vera e propria sindrome patologica, e quindi esso stesso malattia, ove tutto converge sul sintomo con regressione dell'importanza della causa.

La *sofferenza*, oltre a comprendere le precedenti situazioni (di ansia, paura, dolore), associa un disagio sociale e psichico, che esprime un'afflizione interiore profonda ad intensità variabile nel tempo, che può inibire e danneggiare anche in modo grave l'attività emotiva e pratica del soggetto.

La sofferenza è un male interno, un nemico tremendo. E' una condizione che va' assolutamente combattuta con tutti i mezzi a nostra disposizione.

Vi sono varie possibilità di governo di questi fenomeni. Bisogna conoscerne molto bene i vari aspetti, e bisogna saper sviluppare una *personalità adeguata, di tipo empatico ed assertivo*, per non tendere ad aumentare il grado di conflittualità, già di per se potenzialmente esplosivo, e riuscire ad incanalare in percorsi previsti tutte le reazioni abnormi che si intuiscono per conoscenza ed esperienza.

Tutti gli utenti che si rivolgono al Pronto Soccorso, qualunque sia la causa che li ha indotti alla scelta, sono in uno stato più o meno ansioso. I problemi inerenti la salute sono particolarmente sentiti, e non ben inquadrabili. Ovviamente si va da un'ansia tranquilla e consapevole, ad un'agitazione psicomotoria marcata, per non parlare dei casi di ipocondria multiaccessuale, sino a sfociare in un'aggressività, verbale o fisica, che mettono a dura prova la struttura in tutto il suo insieme.

Parenti ed accompagnatori, anziché fungere da tranquillizzanti, spesso fanno da moltiplicatori d'ansia, in quanto si sentono investiti di una responsabilità “*risolutrice*”, che li rende oltremodo interpreti di giustizia sociale.

E' molto difficile, per un profano, capire che il Pronto Soccorso è un ambiente solitamente molto ben organizzato, dove i casi con funzioni vitali evolventi non vengono né sottovalutati, né tantomeno abbandonati. Dove tutto è finalizzato al rapido recupero delle condizioni critiche del paziente.

Questo tipo di organizzazione comporta scelte che spesso non vengono comprese, forse perché poco conosciute, nonostante una cartellonistica esplicativa, esposta e molto in evidenza nelle sale d'attesa.

Ecco che allora le attese non vengono accettate, e appaiono estremamente lunghe; e più è intensa l'attività d'emergenza nelle sale riservate, e più sembra che tutta l'Unità Operativa sia fuori servizio. E comunque, quando si spegne l'insegna luminosa lampeggiante dell'emergenza in corso, tutti gli astanti in attesa da un tempo più o meno lungo, contemporaneamente, vorrebbero essere immediatamente visitati.

In una realtà dove chi chiede aiuto si trova in condizioni assolutamente diverse, si impongono delle scelte.

Triage significa scelta. E' un termine comparso per la prima volta durante le campagne Napoleoniche a fine settecento, e ripreso durante la guerra di Crimea a metà ottocento. Ha avuto la sua definitiva consacrazione nella II guerra mondiale, e nelle guerre di Corea e Viet-Nam, di metà secolo scorso, anche se da noi è stato recepito dal legislatore solo nel 1992.

Da 17 anni perciò personale sanitario altamente specializzato, oggetto di retraining continuo (e non personale amministrativo come la maggior parte della gente suppone) è incaricato all'accettazione dei pazienti, che vengono suddivisi secondo criteri oggettivi e con percorsi informatizzati, che riducono ad una percentuale esigua gli errori (che, in sanità, non possono mai azzerarsi, avendo a che fare comunque con decisioni umane).

Vengono distinte quattro categorie di pazienti, suddivise per colore:

- **Codice Rosso:** sono i casi più gravi con imminente pericolo di vita. Il Pronto Soccorso blocca la propria attività routinaria, e si prepara *immediatamente* a ricevere il paziente approntando la sala con la maggior tecnologia possibile. In sala d'attesa si accende un'insegna lampeggiante con la dicitura "Emergenza in corso". Verrà spenta solo quando le condizioni vitali saranno sotto controllo.
-
- **Codice giallo:** viene assegnato a casi gravi, ma con parametri vitali ancora stabili. Il Pronto Soccorso si appresta all'*intervento precoce*, con tempi d'attesa garantiti ridotti al minimo (massimo 20 minuti).
-
- **Codice verde:** è assegnato a patologie differibili, ma di una certa importanza. I pazienti, che non sono perciò in pericolo di vita, verranno visitati dopo i casi più urgenti, ma comunque con *tempi garantiti* abbastanza contenuti (massimo 60 minuti).

-
- **Codice bianco:** viene assegnato ai casi che non sono gravi. Questi sono pazienti che avrebbero potuto usufruire di vie alternative (medico di famiglia, specialisti ambulatoriali, percorsi diagnostici diretti, etc.). Verranno comunque visitati, ma solo quando saranno risolti i casi con necessità maggiore, e, questa volta purtroppo, con *tempistica non garantita*. Adottiamo comunque un accorgimento grafico: il nostro computer, passate 3 ore, ci mette in evidenza con un triangolino i nomi di questi pazienti in attesa prolungata.

*I codici colore verdi e bianchi possono veder aumentato il loro **indice di gravità**, trasformandosi rispettivamente in giallo e verde, secondo i valori di una scala numerica che va dall'uno al dieci per la sensazione di "sofferenza" dei pazienti interessati. Ciò significa che se la linea guida clinico-informatica assegna un determinato codice al triage generico, questo può essere reso **più severo** dal triagista, a causa dello stato di dolore-sofferenza dichiarato dal soggetto interessato.*

L'utente, una volta accettato e accolto per la visita, è sempre un paziente in preda ad un'ansia, magari di grado lieve, o ad un'angoscia, nei casi più eclatanti, che lo rendono particolarmente reattivo a qualunque gesto o parola che il sanitario metta in atto.

Il sanitario, a sua volta, a seconda del tempo trascorso dall'inizio del servizio, degli eventi irritanti accaduti con colleghi o col pubblico, dell'affollamento dell'unità operativa, nonché dei suoi vissuti precedenti, anche nella vita privata, fornirà risposte non sempre in linea con una professionalità adeguata.

Di conseguenza spesso **la relazione** risulterà di tipo superficiale, senza basarsi sui principi dell'accoglienza e dell'umanizzazione. Per il timore del coinvolgimento personale, o per abitudine al distacco, o per l'eccessivo carico di lavoro, non si svilupperà un rapporto costruttivo ed efficace, limitando la relazione attraverso una metodologia esperienziale.

In Pronto Soccorso la comunicazione è resa ulteriormente complessa per un'asimmetria di posizione dei soggetti coinvolti, e per l'inusuale passaggio di informazioni tecnico-scientifiche che la media delle persone difficilmente comprende.

Bisogna pertanto potenziare le capacità di individuazione delle strategie comunicative più appropriate alla situazione, e valutarne le relative implicazioni, avendo consapevolezza del proprio ruolo professionale e dell'importanza dell'equilibrio psicologico che dobbiamo essere in grado di mantenere con pazienti e colleghi.

Sarà prioritaria *l'educazione* alle tecniche d'ascolto della persona, alla formulazione dei messaggi, al contatto interpersonale assertivo, alla gestione dei conflitti e al controllo delle emozioni.

L'assertività è la capacità di vivere con serenità i rapporti con gli altri, con l'equilibrio di non subire e di non aggredire, sostenendo la propria integrità e dignità, incoraggiando e stimolando questo comportamento negli interlocutori.

Ci si dovrà sforzare di comprendere intellettualmente l'altro, escludendo coinvolgimenti personali affettivi (di simpatia o antipatia), ed ogni giudizio morale.

Non è facile raggiungere questi obiettivi ma, al giorno d'oggi, è ormai fondamentale che un buon servizio di Pronto Soccorso si

serva dei necessari ausili socio-psicologici per poter conoscere le tecniche valide per cercare di riuscirci.

Uno dei momenti di crisi dei Pronto Soccorso, a livello mondiale, e che crea tensioni, spesso fuori misura, sia negli utenti che nel personale in servizio, è **il sovraffollamento**.

La media di accessi in un Dipartimento di Emergenza di un ospedale medio è di circa 40.000 persone/anno, come accade anche da noi.

Ciò significa 110 persone al giorno, ma che esprimono valori differenziati, in quanto nei giorni festivi gli accessi possono essere 80-90, ma in giorni che seguono festività diventano 140-150. Almeno *un terzo* di questi (ma spesso si arriva alla metà) è composto da cosiddetti *codici bianchi* che, come abbiamo potuto vedere, avrebbero potuto utilizzare altri servizi.

Questi utenti, ed i loro accompagnatori, si sentono *discriminati* perché debbono attendere un tempo più lungo, e perché spesso debbono pagare poi un cosiddetto *ticket*. Se questa è una causa d'ansia per questo tipo di codice, per i codici colore superiori ove le ragioni risiedono nella gravità delle loro condizioni e nell'affollamento delle sale d'attesa (che si moltiplica successivamente per le prestazioni strumentali o specialistiche), si può comprendere come basti una parola fuori luogo, magari pronunciata a voce alta (spesso da parte di un accompagnatore), perché si scatenino reazioni conflittuali anche di una certa entità.

Senza contare l'*aggressività* tipica di certi "pazienti": alcoolisti, tossicodipendenti, mentalmente instabili, delinquenti abituali.

Le aspettative di tutta la gente che si rivolge al P.S. sono per una *visita* ed un *trattamento immediato*, e spesso la loro sensazione è che al di là della porta d'accesso il personale se la prenda con molta calma.

I sanitari al contrario, oberati da un lavoro incessante e stressante, con orari spesso prolungati, si sentono frustrati nella loro fatica, incompresi dal sistema.

Possiamo ben immaginare quale miscela esplosiva sia pronta per essere innescata in ogni momento della giornata.

E allora prendiamo in considerazione gli **aspetti psicologico-relazionali**, che in Pronto Soccorso rendono molto particolare il rapporto umano:

- Aspettative dell'utente (problemi relazionali correlati)
- Risposte alle angosce dei pazienti comunque sofferenti
- Circolo vizioso dolore fisico – ansietà
- Aggressività e violenza di alcuni soggetti
- Preoccupazione degli accompagnatori
- Informazione su prestazioni e percorsi clinici
- Rassicurazione ad ogni passo diagnostico e specialistico
- Comunicazione di cattive notizie
- Tutela dell'incolumità
- Attenzione alla riservatezza (privacy)
- Attenzione ai coinvolgimenti
- Ritmo di lavoro accelerato
- Velocità dei processi decisionali
- Rischio elevato di errori
- Importante responsabilità clinica, medico legale, relazionale
- Esposizione da prima linea
-

Si dovrebbe osservare una posizione di neutralità tale da consentire di affrontare nella maniera più efficace le richieste, anche le più problematiche, conservando sempre un'alta efficienza.

Si riscontrerà, di conseguenza, un forte **stress situazionale** che coinvolge tutti: utenti e sanitari.

Abbiamo bisogno di conoscere le possibili risposte a queste situazioni logoranti. Perché se avremo la capacità di fornire le conoscenze per affrontare le **criticità umane ed ambientali**, riusciremo a tenere sotto controllo l'**ansia** prima che avvengano accumuli eccessivi, che potranno portare a reazioni esagerate gli utenti, e al burn out gli operatori.

Comunicazione verbale e non verbale: dall'empatia all'assertività

Non ci si può sottrarre ad un contesto relazionale: il silenzio, l'inattività, o la dichiarazione di non voler comunicare sono già inevitabilmente comunicazione.

La comunicazione non verbale ha radici arcaiche e, probabilmente, anche genetiche; è decodificabile anche da parte di persone d'altra cultura, e perfino dai neonati.

Lo spazio occupato, l'espressione del volto e degli occhi, la mimica, i movimenti del corpo, la gestualità delle mani, l'eventuale contatto fisico, ma anche l'intonazione della voce e le sue inflessioni sono messaggi molto importanti.

L'aspetto relazionale è fornito da questi atteggiamenti e, a volte, l'aspetto contenutistico, che dovrebbe essere primario, è costretto a recedere.

Anche la simmetria del rapporto deve essere rispettata, senza prevaricazioni, e le differenze debbono venir minimizzate, per non creare una relazione solo complementare.

La comunicazione, nel contesto di un'emergenza o urgenza sanitaria, tende a svilupparsi molto rapidamente in un ambiente ad alta valenza emozionale, dove è necessaria la massima razionalità per decisioni immediate per conseguenze spesso vitali.

Ci vuole una costante, estrema attenzione ad ogni particolare per la programmazione rapida degli interventi in un contesto situazionale che non favorisce assolutamente la concentrazione e la calma richieste.

Abbiamo detto della necessità che l'operatore disponga delle risorse di consapevolezza dei pensieri e sentimenti delle persone, che partecipi all'altrui esperienza in ascolto attivo, mantenendosi emotivamente indipendente, senza però mostrare distacco. Questo **atteggiamento** è definito **empatico**, ed è indispensabile per decodificare oggettivamente i bisogni dell'interlocutore, nel profondo rispetto del suo malessere fisico e psichico. In altre parole: della sua sofferenza.

Qui si innesca l'**atteggiamento assertivo**, che è il sistema complesso di autonomia emotiva, libertà espressiva, rispetto delle figure interagenti, autoaffermazione positiva non prevaricante, che consente lo sviluppo di una relazione autentica e non manipolativa per il soddisfacimento delle priorità oggettive.

Empatia ed **assertività** non sono condizioni stabili e statiche, richiedono uno sforzo costante di automonitoraggio sulle nostre risposte emotive di fronte al pericolo ed alla sofferenza, con continue ricalibrature della nostra affettività e rimodulazione del nostro atteggiamento verbale e, soprattutto, non verbale.

Parole sbagliate fanno peggiorare la situazione. Tutti conosciamo il cosiddetto *effetto placebo*, ma solo pochi conoscono l'*effetto nocebo*.

Aspettative negative innescano condizioni peggiorative: cortisolo, adrenalina, serotonina, endorfine, sono sostanze fatte secernere nel nostro torrente circolatorio da stati d'animo obiettivabili. E le potenti suggestioni verbali che un medico può scatenare influenzano in modo rilevante la produzione di questi endofarmaci.

Circa il 60% dei pazienti oncologici che debbono essere sottoposti a chemioterapia comincia a star male e ad avvertire nausea prima del trattamento, (quest'ultimo effetto è avvertito anche da chi ha solo sentito descrivere il sintomo indesiderato), a volte con giorni d'anticipo. La maggior parte della gente, quando legge il foglio illustrativo che accompagna i farmaci, avverte qualche sintomo collaterale descritto, nonostante si chiami bugiardino. Esistono studi che dimostrano come le aspettative creino veri e propri scompensi dolorosi e neurovegetativi.

Ecco che possiamo comprendere meglio come la *comunicazione* sia al *centro del rapporto medico-paziente*, se avevamo bisogno di ulteriori conferme, e che deve essere intrapresa ogni iniziativa utile all'ottimizzazione di questo rapporto.

E' uno sforzo che deve essere aiutato da specialisti della psiche, e dall'esperienza individuale e di gruppo, onde costruire quell'**intelligenza emotiva** fatta di un'armonizzazione di emozioni e pensieri che consentano di rapportarsi in modo funzionale e compiuto.

Nel 1990 Peter Salovey e Jack Mayer hanno definito l'intelligenza emotiva come la capacità di discernimento che ci permette di riconoscere le emozioni, che ci consente di poter organizzare il nostro comportamento in modo adeguato.

Le emozioni, soprattutto quelle forti, sono da sempre un obiettivo ricercato. E spesso ci piace assecondarle per provare il piacere profondo che ci offrono, sino a lasciarci sommergere.

Esse sono sempre importanti perché ci mettono nelle condizioni di poter reagire, a seconda delle precedenti esperienze, senza portarci fuori rotta. Le emozioni si basano su ciò che conosciamo, o riconosciamo, ed hanno come presupposto il pensiero. E, anche se lo scatenamento può essere riflesso, man mano che acquisiamo confidenza siamo sempre più in grado di controllarle.

Oggi sappiamo che sono le emozioni che ci guidano attimo per attimo facilitando od ostacolando il pensiero razionale verso decisioni che, in questa dimensione, debbono essere assolutamente equilibrate.

Siamo operatori sanitari della persona, oltre che delle sue malattie. E siamo *soggetti emozionali* sia in senso attivo che passivo. Dobbiamo conoscere e gestire questo evento obbligato.

Vi sono emozioni difficili da affrontare: la paura, l'ansia, l'angoscia, il dolore, il lutto, la rabbia, la frustrazione...eppure nell'ambiente dell'emergenza-urgenza sono normalmente vissute dagli utenti e dagli operatori, ovviamente in contesti diversi.

I pazienti possono distinguersi notevolmente rispetto alle loro reazioni emotive. Non debbono comunque mai essere giudicati secondo valutazioni personali, anche se frutto di esperienza, perché è frequente che non esista congruità tra effettiva situazione clinica ed emozione manifestata.

Il giudizio istintivo, pur essendo normale ed automatico, *non va ascoltato e seguito*: ogni persona ha una storia di vita rispetto alla malattia ed alla sofferenza, e l'ansia e la vulnerabilità verso alcune piuttosto che per altre non sono facilmente identificabili.

Qualunque aiuto sul piano emotivo deve passare attraverso l'accettazione obiettiva dei sentimenti dell'altro.

Il personale sanitario sa reagire meglio di fronte ad emozioni che ha imparato a conoscere e a gestire nella propria vita.

Si trova al contrario in difficoltà rispetto ad emozioni non sperimentate o non accettate.

L'evitamento: spesso, per motivi educazionali o culturali, o per semplice timore di coinvolgimento, tentiamo di evitare alcune condizioni emozionanti.

Si cerca di reprimere la rabbia, ci si spaventa di fronte all'ansia, e si cerca di placare queste situazioni. Proviamo a non voler vivere la paura del dolore e della morte, magari evitando l'incontro con persone care ammalate.

L'evitamento aumenta in seguito l'intensità delle emozioni da cui si cerca di fuggire, l'esperienza clinica ce lo insegna.

Quando ce le troveremo obbligatoriamente di fronte non saremo in grado di controllarle adeguatamente.

L'evitamento è sano solo quando è dovuto a motivi di ragionevole salvaguardia personale.

Bisogna pertanto non utilizzare modalità comunicative chiuse e difensive per cercare di non venire a contatto con emozioni critiche, perché ciò aumenta l'incapacità di gestire queste difficoltà. Solo la consuetudine può abilitare il personale a trattarle efficacemente con familiarità.

Le emozioni che ruotano attorno alla paura della morte ed al lutto sono le più difficili, perché dipendono molto dal momento vitale che stiamo passando e dal senso della vita che abbiamo maturato.

Non possiamo rimanere *alessitimici*, cioè non in grado di percepire, riconoscere ed inquadrare le emozioni. Dobbiamo affrontare questo mondo emotivo scosso, sia a livello ospedaliero (e quindi professionale), che a livello privato, perché solo così potremo apprendere i comportamenti per districarci efficientemente in queste situazioni. Parlandone anche con i colleghi per condividere scelte corrette.

In Pronto Soccorso vi è un grave problema aggiunto: *la varietà delle situazioni emotive* con cui si viene a contatto, in un tempo brevissimo, senza intervalli di adattamento. Il dolore per una morte improvvisa, la gioia per un bimbo trattato con cura, l'ansia per un codice rosso appena giunto, possono susseguirsi in pochi minuti, o addirittura secondi, e sensazioni antitetiche ci si affollano creando ingorghi mentali.

Un *evitante* può vivere e far vivere giornate veramente difficili, perché il controllo non è facile nemmeno per chi si è adeguatamente preparato, in quanto i cambiamenti improvvisi di fronte corrodono il controllo acquisito.

Una regola importante, soprattutto quando ci sono più situazioni da gestire, è quella che i fatti dovrebbero essere trattati singolarmente. Tenere a mente altri casi non è efficace. In un contesto possiamo essere utili solo lì, e non da altre parti. Essere intrappolati nella preoccupazione o nel dispiacere per un caso precedente ci rende estremamente difficile il giudizio sereno per un caso diverso immediatamente successivo.

Viene detto che, anche se risulta di una certa difficoltà, occorre essere consapevoli con serenità e vivere con empatia la tranquillità di una situazione risolta e, dopo pochi secondi, la paura di un dramma, e viceversa. A livello conscio, infatti, lasciare un sentimento per entrare in un altro ha l'apparenza del disinteresse, ma ha senso condividere solo l'emozione che stiamo incontrando in quel preciso momento: non ci sono modi diversi per essere lucidi ed efficaci.

Questa la teoria. Ma le cose sono un tantino più complesse, perché spesso si deve passare da un sentimento antitetico ad un altro nello stesso ambiente, alla presenza di parenti, o richiamati da un collaboratore mentre ci si sta immedesimando in un compito estremamente delicato...Bisogna essere temprati a tutto! Non esistono soluzioni preconfezionate.

Gestione dell'ansia, dell'aggressività e della differenza

Quando un *paziente* si presenta al Pronto Soccorso avverte nella sua persona, oltre all'eventuale malessere o dolore, qualcosa di incerto, non controllabile, e non comprensibile. La capacità di fronteggiare l'evento è paralizzata, e ci si vuol affidare a qualcuno che se ne faccia carico.

Il paziente sospende l'unità somato-psichica, la sua identità e la sua progettualità sono rimesse in discussione, le normali capacità di adattamento divengono confuse e caotiche, egli perde il suo *ruolo nella società*.

Il tempo dell'attesa appare insostenibile, e se qualcuno arrivato successivamente viene fatto passare prima, si percepisce il fatto come una prevaricazione o, addirittura, un errore.

Anche se rassicurato, *il paziente* tende a sviluppare una teoria personale, spesso rafforzata da familiari o accompagnatori, dove si sente incompreso, perseguitato, e sviluppa una reazione di tipo aggressivo, con pretesa di avere un immediato sollievo per la sofferenza che lo opprime.

Se vi dovesse essere un'ipotetica narrazione dei fatti, la versione dell'utente e quella dell'operatore si discosterebbero in maniera eclatante.

Per l'*operatore* infatti, tutto deve rientrare in uno schema previsto e predisposto dove, con la necessaria competenza, vengono poste domande e compiute manovre con lo scopo di inquadrare la situazione del paziente con attenzione selettiva.

Spazio e tempo hanno un preciso significato: esprimono una logica di ordine e capacità che consentono di assegnare un corretto codice d'ingresso per l'efficacia dell'intervento che porterà, attraverso passaggi consequenziali organizzati, all'erogazione della diagnosi e del trattamento.

C'è consapevolezza che dietro è sempre presente un'equipe affiatata e funzionante che svolgerà al meglio i compiti previsti. Infatti la struttura dispone di procedure e criteri decisionali condivisi e consolidati (linee guida, protocolli).

Per armonizzare queste due visioni antipodiche l'operatore dovrà avere sempre ben presente il suo ruolo, che è di conoscenza delle situazioni, già massimamente previste e vissute, e attraverso una maturazione continua della sua empatia ed assertività, valorizzare l'attenzione verbale e non.

Questi saranno importanti prerequisiti per portare avanti un rapporto condiviso, dove finalmente ansia ed aggressività saranno incanalate gradualmente verso fasi costruttive.

Naturalmente va prevista pure una certa flessibilità di comportamenti, perché possono presentarsi anche situazioni complesse e singolari, che richiedono un'*intelligenza attiva*, tale da consentire scelte non inquadrabili in schemi.

Un cenno merita anche **la diversità**: la multietnia, la differente cultura, e il disturbo di personalità richiederanno approcci molto particolari, perché il “sentire” di costoro è difficilmente collocabile in schemi, costruiti con la nostra esperienza e professionalità.

In questi casi la richiesta spesso non è solo sanitaria, ma anche sociale ed assistenziale, e la comunicazione, tra l’altro, è frequentemente problematica, anche solo per la comprensibilità.

Un’intera scienza si occupa dell’interazione continua tra vissuto psichico e funzionamento corporeo: la *psiconeuroimmunoendocrinologia*.

Abbiamo già visto come aspettative positive o negative influenzino in maniera importante il soma, e d’altronde abbiamo tutti sentito parlare di malattie psicosomatiche. Ciò significa che l’interazione tra la nostra mente ed il nostro corpo sono ancora poco considerate, anche se si comincia a capirne l’effettiva rilevanza.

Sino dall’esistenza prenatale l’unità psicosomatica (intesa come inseparabilità di anatomia organicistica , di scambi metabolici con l’ambiente, di significati di relazione e mentali) precede qualunque divisione, ed è per questo che un dolore intenso e prolungato causa immediatamente una riduzione dell’intera capacità di rapportarsi con se stessi, con gli altri, con gli eventi, e con il tempo futuro. E’ l’intera esperienza vitale che si restringe attorno all’organo sofferente.

Vissuto psichico e funzionamento corporeo sono molto differenti in altri popoli, in altre culture, ma anche in malati disabili, in pazienti oncologici, in soggetti senza futuro come i terminali.

Bisogna riuscire a rappresentare una realtà materiale, ma anche simbolica, e renderla comprensibile a tutti costoro, magari anche con una difficoltà linguistica in aggiunta.

Qualche aiuto lo possono fornire i cosiddetti *mediatori culturali*, che però purtroppo spesso sono solo dei mediatori linguistici, senza conoscenze tecniche mediche e antropologiche.

In un Rom la malattia è una debolezza che si deve nascondere, ed è violenza voler violare la loro riservatezza con l'ingerenza anamnestica, magari alla presenza di un parente. Al contrario un centrafricano abituato all'esteriorizzazione di molte intimità e alla pubblicizzazione del percorso "clinico" dello sciamano, si meraviglierà dell'isolamento dai suoi familiari. Quando poi rientreranno nel percorso anche singolarità religiose, con relativi divieti e precetti, saremo serviti a dovere.

I tempi estremamente ridotti a disposizione non consentono purtroppo di poter farsi carico di queste istanze come si dovrebbe e, spesso, si possono leggere in volto a questi utenti la frustrazione e la rassegnazione.

Anche questa è sofferenza che viene trasmessa a tutto l'ambiente.

Dobbiamo riservare uno spazio speciale ai **pazienti disabili, oncologici e terminali**, sia perché fanno parte del tema di riferimento, sia perché sono sofferenti particolari.

L'approccio a queste persone deve comportare **sempre** una positività di comportamenti. Bisogna **sempre** infondere un senso di fiducia e di costruttività. E se dobbiamo essere empatici ed assertivi nei confronti di tutti coloro che si affidano alle nostre cure, in questi casi dovremo compiere uno sforzo in più.

Questi pazienti hanno tutti alle spalle un percorso di sofferenza che ha forgiato in modo unico la loro sensibilità, ed ha temprato in modo particolare le risposte psichiche. Anche se ovviamente troveremo chi è diventato più forte nelle avversità, e chi si è invece lasciato andare e sarà molto più fragile.

Non dobbiamo mai far morire la speranza, anche se, a volte, si tratterà solo di una minima possibilità di attenuare le sofferenze che li seguono. Dobbiamo essere convinti che si può sempre fare qualcosa per alleviare il loro stato d'animo.

Dobbiamo essere sempre propositivi, come abbiamo accennato, esprimendoci con voce pacata e serena, trasmettendo tranquillità e rassicurando sempre, chè il percorso è ampiamente previsto anche per le situazioni più difficili.

I pazienti debbono sempre avere la sensazione che tutto è sotto controllo e che, anche se al momento soffrono, ci si sta muovendo per risolvere nel più breve tempo possibile i loro problemi.

In questo modo saremo in grado, anche nei più provati, di fornire loro le forze residue per liberare un *placebo di serotonina e di endorfine* per affrontare nel migliore dei modi il trattamento che saremo in grado di fornire loro.

Forse questi comportamenti potranno sembrare banali o scontati, ma per lunga esperienza possiamo affermare che non lo sono, e che purtroppo sono ancora pochi i sanitari che si preoccupano di adottarli, lasciando invece trasparire un senso di ineluttabilità che viene immediatamente percepito dai malati e dai loro accompagnatori.

Violenza. Non si può tacere un altro approccio di relazione comunicativa verso coloro che hanno subito violenza, quasi sempre una donna o un fanciullo.

Più è stata insinuante e/o aggressiva l'azione, e più delicatezza si dovrà usare per riuscire a schiudere le difese coscienti e inconsce della vittima.

La violenza, fisica, psicologica, sessuale e non, è sempre devastante in un soggetto che quasi sempre è privo di adeguate difese. Il sanitario in questi casi, oltre a farsi carico della sofferenza dal punto di vista medico e psicologico, dovrà tener conto anche degli aspetti legali, che emergeranno prepotenti in una fase successiva, e potranno mettere a dura prova le doti squisitamente assistenziali.

Proviamo ad immaginare quali problemi si intersechino in situazioni così delicate e complesse. Ancora una volta ci dobbiamo rendere conto che non possiamo assolutamente più prescindere da un conforto e da una preparazione di tipo psicologico – sociale.

Creatura

Basta che odori d'un fiore il profumo,
di fresca rugiada dischiusa corolla,
per osservare radioso il sorriso
e i bianchi denti di gioia smaglianti.
Fragil creatura di tempra d'acciaio
che all'uomo dona senza chieder nulla,
se non la lealtà di un rapporto sincero.

Padre, consorte, o figlio del mondo
vicini o distanti ti portan dolore.
Sempre dolcezza e sguardo sereno
il cielo mirando con lacrime e amore,
violenza ricevi e di più che di meno.
Eppure bellezza riman sul tuo volto
pur quando il tempo scolora il destino.

Abbiamo spazio per migliorare. L'importante è rendersi conto che certe questioni non si possono eludere, e che la nostra formazione deve comprendere un percorso psicologico sufficientemente motivante per la salute dei nostri pazienti, ma anche per la nostra consapevolezza di professionisti preparati, e di esseri umani che possono comprendere altri fratelli meno fortunati.

Se sommiamo queste nuove difficoltà ai percorsi considerati in precedenza, ci si potrà fare un'idea della vita di un Pronto Soccorso che vive queste fasi 24 ore al giorno, compresa la notte fonda dove spesso la realtà assume caratteristiche quasi *oniriche*, per chi si presenta e per chi vi lavora.

Come si è potuto intuire, la complessità del pianeta Pronto Soccorso, e l'ansia aleggiante in questo ambiente, creano un mondo che resta sospeso tra razionalità e varie forme di..."follia". Vi è sofferenza per tutti, in uno specchio di differenti esistenze.

Vi è assoluta necessità di preparazione costante del personale con continui richiami e revisioni per poter consentire un equilibrio, sempre necessario dove la vita delle persone è in pericolo, e dove l'errore debba poter tendere verso lo zero.

Solo da pochi anni si è consapevoli dell'importanza dei risvolti psicologici nel lavoro medico. Finchè sono prevalsi l'atteggiamento paternalistico nel personale, e nel paziente la sottomissione, questi problemi non potevano evidenziarsi.

Attualmente, pertanto, la *professionalità* degli operatori del Pronto Soccorso deve necessariamente essere molto elevata, *di tipo clinico, tecnologico, e psicologico*.

La consapevolezza di queste qualità dovrebbe essere presente sempre, sia negli operatori, che negli utenti, E se nei tecnici va continuamente migliorata la capacità adattativa al ruolo, nel pubblico dovrebbe farsi strada la conoscenza della difficoltà di farsi carico delle sofferenze umane in un contesto di sovraffollamento e di rapidità di lavoro.

Perché, se può esser vero che ogni persona è un'isola, e va considerata completamente per la sua singolarità, è altrettanto vero che chi si deve prender cura ha di fronte a se un intero, vasto arcipelago, dove non si vede mai il confine.

In tutti questi ambiti comunque non va mai persa di vista una condizione che, prima o poi, ci coinvolge tutti: la *sofferenza*, nelle sue varie espressioni.

Dobbiamo sempre farci carico, al meglio, sia come sanitari che come esseri raziocinanti, di questa quota di umanità che chiede aiuto, spesso in forme drammatiche e spettacolari, ma anche in forme estremamente dignitose e con un senso riservato del pudore, che purtroppo creano un malessere ancor più sentito, e magari non espresso.

Un ultimo accenno va dedicato alla comunicazione rarefatta. Ai pazienti in coma, più o meno vigile, al coma apallico, ai terminali rinchiusi nella loro depressione e nella sofferenza totale, alla fine della vita in molti che, prima o poi, saranno anche nostri cari.

Non è giusto privarli, e privarci, del conforto di parole che spesso sembrano perdersi nel silenzio di risposte impossibili. Non è giusto mancare del rispetto totale che si deve all'essere umano anche quando pare immerso nell'oblio, e il destino incombe inesorabile. I meandri della mente sono per ora insondabili. Le parole al silenzio non sono mai inutili.

Parlare al silenzio

Se non hai visto morire la mente non hai visto nulla,
chiami e richiami passati ricordi e odi solo il silenzio,
tu insisti e riprendi paziente giù, lungo il filo del tempo,
pur se non vedi ancora risposta sul volto suo caro.

Rivivi nel sogno raro degli anni ogni suo movimento,
e ripensi il suo corpo armonioso e le idee sempre nuove,
ma lontano è il sentire del mondo in quell'ombra sua umana,
è così che si spegne la mente, quindi hai visto ormai tutto.

I peggiori ostacoli al nostro agire corretto sono, come abbiamo visto, il *tempo* e l'*affollamento* che, tirannicamente, non ci consentono di riservare ad ogni persona quell'attenzione che si aspetta da chi è deputato ad una missione di *soccorso*, che si può oggi definire *pronto* solo nei casi di condizioni vitali declinanti.

In tempi di scarse risorse finanziarie e, conseguentemente, di personale, sarà sempre più difficile far fronte a questi problemi in modo realmente costruttivo per il benessere dei nostri pazienti.

Confidiamo sempre tuttavia nell'umanità che ci deve contraddistinguere da altri operatori della società, e che ci fa sentire orgogliosi di essere dei degni seguaci di Ippocrate.

Ecco che dobbiamo risalire a ritroso nel tempo e riprendere ciò che era sempre appartenuto alla medicina: la pietas e la dedizione al bene esclusivo del sofferente. I costumi possono cambiare, ma non i principi che, nel caso dei malati, debbono essere considerati sacri e non alienabili.

Che ci si debba prendere cura di cuccioli o di anziani, l'amore e la passione per la vita debbono essere la nostra sola guida.

Ma se non sappiamo vedere la grandezza e la bellezza della nostra missione, non saremo mai in grado di essere veri medici o veri infermieri o veri operatori sanitari, ma saremo solo esseri umani limitati, afflitti dal peso che l'esistenza vorrebbe imporci.

Non vogliamo apparire retorici, , ma questi valori si sono molto appannati nel tempo, e sarà solo riappropriandocene completamente che forse ridaremo un nuovo slancio alla nostra arte, intesa come lavoro artigianale ovviamente. Dobbiamo ricostituire quel rapporto di stima e fiducia che i malati debbono avere in chi si dedica a loro e si occupa dei problemi fisico-esistenziali che sempre più frustrano le loro e le nostre aspettative.

Dobbiamo ricominciare a provar piacere per tutto ciò che è bello, emozionante, costruttivo, etico.

Che l'universo abbia concesso questa singolarità in maniera del tutto casuale, o che un creatore abbia esclamato il "*Fiat lux*" un attimo prima del Big Bang di quindici miliardi di anni fa, noi siamo comunque parte di questa meraviglia, per di più consapevoli di questo immenso mistero.

E poi vi è la vita! E noi dovremmo esserne i custodi e gli investigatori.

Particelle sub atomiche, atomi, molecole, macromolecole, RNA e DNA.

Prima di chiudere la relazione, vorrei accennare a qualche figura storica che ci ha aperto gli occhi e ci ha resi migliori per il nostro compito di “consolatori” dell’umanità. Se avremo un attimo di pazienza li troverete simpatici.

(Brevissima sintesi di biografie di: Ippocrate, Celso, Galeno, Bian Que, Avicenna, Vesalio, Malpigli, Morgagni, Jenner, Semmelweiss, Nightingale, Pasteur, Dunant, Wundt, Koch, Golgi, Freud, Jung, Curie, Schweitzer, Olivecrona, Balint, Sabin, Fleming, De Backey, Montalcini, Barnard, Veronesi, Strada.)

Un omaggio va reso a tutte le nostre colleghe che finora hanno lavorato e si sono sacrificate prevalentemente nell’ombra. Ormai sono il 70% delle iscritte alle facoltà mediche, e saranno il futuro di questa missione. Sembrano più fragili, ma sono in realtà più tenaci, con capacità e disponibilità che i milioni di anni di maternità hanno reso più sensibili e più pazienti. AUGURI!