

Relazioni di cura: le vogliamo davvero?

Giulio Cecchini

Scuola di Specializzazione di Radiologia
Diagnostica per Immagini (Cimo)

LA MIA ESPERIENZA PROFESSIONALE per i primi 25 anni si è svolta su due percorsi paralleli, molto diversi tra loro. Da una parte l'attività di radiologo, per quarant'anni, da specializzando a direttore di Dipartimento, a Genova e Sanremo, uno dei posti più gradevoli d'Italia: un'attività a forte rischio di lontananza dal paziente, superata in questo rischio, tra le attività cliniche, forse solo dalla Patologia clinica: contatti fugaci, istantanei con il paziente, spesso resi impossibili dalla logistica che pone la sala di refertazione lontano dai percorsi dei pazienti, rendendoli quasi inavvicinabili. Dall'altra parte, circa 25 anni dedicati all'assistenza agli anziani ed ai disabili cominciando, giovanissimo, venticinquenne, in una residenza protetta del Comune e poi, nel privato, con ampie responsabilità anche organizzative. Un'esperienza questa completamente diversa, agli antipodi di quella radiologica, emotivamente tra le più coinvolgenti e profonde: la relazione di cura diventa relazione di vita, fino a diventare accompa-

gnamento, vicinanza nella morte. Spesso si diventa l'unico riferimento, l'unica presenza insieme ai collaboratori, l'unica speranza e affetto quando magari la famiglia non c'è più o non ci vuole essere.

Centinaia di migliaia di diagnosi radiologiche, molte per fortuna rassicuranti, altre, tante, inutili, altre sicuramente preoccupanti ma alcune, infine, incomunicabili drammatiche sentenze inappellabili. Nel fine vita invece, l'energia vitale che viene meno, gli "acciacchi" sempre più frequenti e invalidanti, le giornate sempre più vuote da riempire, la mancanza di progettualità, prospettive e gioia, la contiguità con la sofferenza degli altri ricoverati che porta a un egoismo difensivo. Le conoscenze cliniche, le competenze e, di conseguenza, le responsabilità sono ovviamente diverse tra medici, infermieri, oss, impiegati, personale ausiliario e chiunque altro faccia parte dell'equipe, ma l'etica, l'empatia, la comunicazione devono avere per tutti lo stesso orientamento, gestiti con lo stesso entusiasmo e con la stessa carica vitale, attenzione e rispetto.

La comunicazione corretta è la base della relazione di cura. Non è scontata, non è facile, solo per pochi è dote naturale. Viene insegnata poco o affatto nei corsi di studio ma soprattutto non se ne fa esercizio pratico. Bisogna insegnare ad ascoltare il paziente, la sua anima, prima che la cartella clinica o i numeri, i grafici, le immagini degli esami e gestire la propria ansia, che ci fa dimenticare come la parte più debole sia il paziente grave e, quasi sempre, la causa delle nostre ansie è ben poca cosa rispetto ai suoi problemi. Bisogna identificare il messaggio giusto per il paziente e con il messaggio trasmettere energia, forza, che coinvolga e trascini.

Di recente è stata introdotta per i licei l'alternanza scuola-lavoro ed è capitato che le classi degli ultimi anni abbiano frequentato il mio Ospedale e che il Direttore Generale mi

*Imparare a
comunicare*

abbia affidato il compito di parlare con questi giovani. Ho chiesto al mio coordinatore tecnico di condividere il compito, abbiamo coinvolto anche gli infermieri ed il restante personale e abbiamo parlato di queste cose, oltre a presentare le più avanzate tecnologie e gli effetti speciali di immagini da viaggio nel corpo umano ai limiti della fantascienza. Massima disciplina e una concentrazione durata ore senza sbadigli. Qualcuno ha fatto fatica a controllare l'emozione che è stata massima quando abbiamo spiegato che, qualunque sia il ruolo rivestito in sanità ed assistenza, in ospedale, ambulatorio, nel territorio e ancora di più a casa del paziente o nelle strutture residenziali e nei pazienti gravi, la persona deve essere presa per mano e accompagnata nel suo percorso, con la sensazione forte di una progettualità basata sulla competenza ma realizzata con vicinanza e disponibilità. La persona deve "sentire" che si sta facendo con competenza quello che si farebbe per se medesimi e solo così svaniscono o almeno sbiadiscono i fantasmi più terribili.

Certo è pesante, difficilmente sopportabile, usurante, creare sempre empatia, vivere la com-passione con il paziente ed evitare il burn out. Ma chi pensa di non farcela è meglio che cambi mestiere, o magari resti nelle retrovie: si può sempre fare Direzione Sanitaria, Centro Direzionale di controllo, fare le pratiche per l'accreditamento e la qualità, organizzare la formazione (magari facendola realizzare ad altri). Entrare nella dinamiche della relazione di cura può essere meraviglioso o terribile ma si può prevedere.

Così come è facilmente prevedibile che un radiologo ben difficilmente potrà rincuorare dei genitori sulle sorti del loro ragazzino apparentemente vittima di un incidente serio se referta dal piano di sopra o addirittura da un altro ospedale, chiuso nella sua stanza, solo davanti ad una fila di monitor, telefoni e l'immane caffè o bottiglia di acqua. E ogni altro paziente, giovane o anziano, grave o semplice, tranquillo

o ansioso, non potrà avere, non solo le parole che aspetta, ma nemmeno quella visita e quell'anamnesi che spesso completano e talora correggono la diagnosi anche in maniera significativa.

E che dire del tempo? È vero, spesso bastano pochi minuti per cambiare la vita di un paziente, di una persona, ma oggi sempre di più ogni prestazione rientra in un "tempario" con le incombenze burocratiche e le attività collaterali, spesso inutili, che bruciano tempo ed energie qualche volta più del burn out. Spesso il personale accumula ore su ore (parliamo di centinaia di ore di attività non retribuite, non riconosciute e periodicamente cancellate a cuor leggero da amministrazioni cui evidentemente interessa molto il conto e forse meno queste note) che sarebbe molto spiacevole se venissero considerate inutili chiacchiere.

*I rischi del
"tempario"*

Questo problema è spesso molto sottovalutato e deriva da modelli organizzativi efficientisti, disattenti alla qualità e fortemente orientati alla produttività, da cui il personale medico e sanitario viene pressoché escluso nelle fasi decisionali e programmatiche. Nascono così i centri di medicina low-cost che offrono, per esempio, visita cardiologica ed ecg a 41 euro full optional! Si riuscirà in quei pochi minuti consentiti dal tempario a spiegare i rischi di un'aritmia, di un infarto e le regole di igiene, di abitudini di vita, di prevenzione, di modalità di terapia? D'altronde quanti si possono permettere di aspettare mesi, senza danni, per effettuare questo esame o, in alternativa, possono pagare le tariffe che la slow-medicine di qualità spesso impone?

Questo mondo corre veloce non solo nella tecnologia, nella scienza, nella farmaceutica ma anche nell'economia e nella finanza e dobbiamo accorgercene: non basta più prendere per mano il paziente, ascoltarlo e comunicare con lui, magari salvargli la vita. Diventa evidente ed indispensabile comuni-

care sempre di più e fornire messaggi forti anche con la politica e l'economia . Questo compito, le domande che ci siamo posti sopra e altre ancora, devono essere affrontati subito con forza ed entusiasmo da noi, dai tecnici, dalle forze sociali, dalla federazione degli Ordini dei medici per mantenere un equilibrio tra etica, costi e qualità e conservare umanità nella vita.