

La comunicazione in OBI

Laura Nardi, Roberto Recupero*

Psicologa, psicoterapeuta

*Responsabile UO Pronto Soccorso PO di Ciriè (TO)

SINTESI

Si è scritto molto, in questi ultimi tempi, circa la comunicazione con i pazienti in emergenza. Allo stesso modo il tema della comunicazione della diagnosi, in particolare quando questa è grave, è stato affrontato da più Autori. La relazione e le modalità di comunicazione con i pazienti trattenuti in OBI hanno alcune caratteristiche specifiche, di cui è indispensabile tenere conto. I rapporti con i pazienti in OBI sono sempre di durata limitata e transitoria, data la veste di turnista del personale sanitario che vi opera e la brevità della degenza stessa. Tuttavia la qualità della relazione che si instaura è fondamentale per favorire il completamento del percorso diagnostico. Inoltre, essa si costituisce come parte in-

tegrante della cura, poiché consente o meno al paziente di sentire contenuta la sua ansia, accolti i suoi bisogni e in questo modo stimolate e sostenute le sue specifiche potenzialità di auto-aiuto e implementate le proprie personali risorse per fronteggiare efficacemente la patologia. È necessario dunque creare una sintonizzazione tra le necessità del medico e quelle del paziente, che si incontrano in un campo relazionale il cui obiettivo comune è la cura. Per poter entrare in un'interazione utile queste necessità debbono poter essere esplicitate, ascoltate, riconosciute e consapevolmente organizzate da entrambi in sinergie di rispetto reciproco e cooperazione. L'articolo propone in merito alcune strategie.

Premessa

Il presente articolo si incentra sulle problematiche connesse alla relazione medico-paziente all'interno delle aree di Osservazione Breve del Pronto Soccorso. L'Osservazione Breve Intensiva (OBI) è una funzione del Dipartimento di Emergenza avente precisi obiettivi organizzativi e assistenziali:

- migliorare l'appropriatezza delle ammissioni e delle dimissioni dal PS;
- assicurare una valutazione protratta per quei quadri patologici non immediatamente chiari dopo una prima valutazione;
- fornire una valutazione longitudinale per le patologie a bassa probabilità ma alto rischio evolutivo (per esempio dolore toracico), garantire una osservazione prolungata per patologie a rischio evolutivo e probabilità intermedia (per esempio dolore addominale) e per quelle a basso rischio e probabilità elevata (per esempio colica renale).

Altre indicazioni sono il trattamento iniziale di patologie a basso rischio e rapida risoluzione e la terapia e assistenza temporanea dei pazienti con problematiche assistenziali complesse in attesa di trasferimento presso altra struttura^{1,2}.

Molto si è scritto in questi ultimi tempi circa la comunicazione con il paziente in emergenza. Allo

stesso modo il tema della comunicazione della diagnosi, in particolare quando questa è grave, è stato affrontato da più Autori. La relazione e le modalità di comunicazione con i pazienti trattenuti in OBI possono presentare caratteristiche specifiche.

Il paziente che, presentatosi o portato in Pronto Soccorso sospettando una patologia acuta, venga trattenuto in un'area di Osservazione Breve, si trova ad affrontare problematiche particolari. Taluni aspetti della comunicazione nei suoi riguardi possono essere comuni alla comunicazione in emergenza, altri, invece, sembrano più assimilabili alla degenza ospedaliera o comunque a una presa in carico protratta nel tempo.

Anche il medico che opera è a sua volta fortemente condizionato dal contesto specifico. La relazione che si andrà a instaurare non può prescindere dalla riflessione su entrambe queste condizioni. Solo una buona consapevolezza delle variabili specifiche, infatti, consentirà al medico di "controllarle" e perseguire il suo obiettivo di cura. Quest'ultima deve essere intesa nella sua accezione più ampia: sollevare la persona dalla sua condizione di sofferenza attraverso una corretta diagnosi e offrire quei livelli sufficienti di sostegno e contenimento che permettono al paziente di entrare in relazione

e trarne vantaggio. È importante che il paziente possa fidarsi quanto basta per collaborare con il medico, veda sostenute le sue capacità di reazione emotiva nel momento di difficoltà, mantenga attiva la possibilità di decodificare con sufficiente oggettività le informazioni e le comunicazioni che il personale sanitario gli trasmette. È noto, infine, come il numero di situazioni di conflittualità, denunce e azioni legali da parte di malati o di loro parenti si riduca significativamente a fronte di una relazione di rispetto, di autenticità e di sostegno. Da sempre la scuola di medicina fornisce al medico strumenti culturali e tecnologie progredite per affrontare le diverse situazioni patologiche, ma sovente il clinico non è adeguatamente attrezzato circa le tecniche e le strategie da utilizzarsi sul versante psicologico per una presa in carico globale e, quindi, potenzialmente più efficace dei suoi pazienti. L'articolo che segue si muove alla ricerca e individuazione di alcune strategie di intervento.

La relazione medico-paziente, un incontro tra due persone con differenti bisogni e ruoli e con un comune obiettivo: la cura

Dal punto di vista del paziente ricoverato in OBI, i bisogni e le problematiche sono molteplici:

- la necessità di sentire *compresi e sollevati i livelli di dolore* eventualmente associati alla patologia;
- l'esigenza di continuare a essere considerati con assoluto rispetto, sebbene si sia passati rapidamente dalla condizione di persona efficiente e attiva alla condizione di dipendenza e impotenza connessa con l'essere ospitati in un letto, spesso soggetti a trattamento farmacologico, necessariamente posti in una almeno parziale condizione di incertezza e di attesa;
- la rottura del *senso di continuità* della vita quotidiana. Essa si affianca spesso all'evento talvolta anche improvviso che determina il presentarsi in Pronto Soccorso e si accompagna alla presa d'atto che la dimissione non potrà essere rapida come per lo più la persona aveva auspicato e previsto;
- il bisogno di *vedere comprese le proprie preoccupazioni relative alla vita sociale e familiare*, che improvvisamente ha subito un'interruzione, e di essere affiancato per risolvere eventuali problematiche percepite soggettivamente come di grande importanza (per esempio avvisare qualcuno che vada a prendere i bimbi a scuola, comunicare e giustificare l'assenza a quella riunione di lavoro percepita come così determinante ecc.);
- l'ansia che spesso si connette, seppure in misura variabile da persona a persona, ai cambiamenti e

al sentirsi in una situazione di incertezza e di fragilità. La maggior parte delle persone ha il bisogno innato di poter controllare le situazioni, anche attraverso una comprensione chiara e completa di quanto sta accadendo. Per definizione, durante l'osservazione in OBI questa fiducia nella possibilità di mantenere sotto controllo la situazione risulta incrinata, sia per il sopraggiungere del malessere fisico, che spinge in una condizione di dipendenza da chi possa fornire sostegno e cura, sia perché il medico non è sempre in grado di fornire un'indicazione diagnostica completa e precisa sin dall'inizio;

- il bisogno di *vedere compresa, e rispettata, l'eventuale esigenza di avere vicino una persona per sé significativa* (vedi sotto il riferimento alla teoria dell'attaccamento);
- ultima, ma non certo per importanza, l'*esigenza di ricevere tutta l'informazione desiderata e oggettivamente sostenibile* in quel momento circa la propria situazione sanitaria.

Dal punto di vista del medico, chi opera in OBI deve gestire le proprie seguenti problematiche:

- coordinare in modo efficace ed efficiente la propria attività, tenendo conto delle proprie risorse oggettivamente disponibili per ciascun paziente in termini di tempo, energia psichica ed emotiva, impegno, capacità di analisi e di diagnosi. Il compito di un'efficace ed equilibrata distribuzione delle risorse e di definire passo a passo le priorità è ovviamente agevolato se il medico non è chiamato a occuparsi contemporaneamente dell'OBI e dell'attività in Pronto Soccorso, ma può dedicare alla prima struttura tutto l'impegno disponibile;
- nel lavoro in OBI la variabile tempo è altamente significativa. Si tratta di giungere a una formulazione diagnostica in un arco di tempo ragionevolmente contenuto per poi procedere alla dimissione o al ricovero;
- quanto evidenziato sopra implica anche la necessaria consapevolezza che i tempi per istaurare, mantenere e concludere la relazione con il paziente sono contenuti. Il medico deve avere una forte chiarezza del proprio ruolo relazionale:
 1. realizzare un'indagine e formulare una diagnosi, sapendo costruire un rapporto efficace, collaborativo e contenente con la persona che ha davanti;
 2. determinare, o comunque saper gestire, i contenuti che via via emergono in questa relazione;
 3. nella sua fase conclusiva, saper costruire i ponti perché essa possa essere efficacemente proseguita dal collega che subentrerà in turno o dai colleghi di reparto o dal medico di base,

qualora qualcuna di queste prosecuzioni risulti poi necessaria.

Dal punto di vista clinico il problema più scottante è quello dell'appropriatezza dell'intervento. Non è sempre facile riuscire a non sottovalutare un'eventuale patologia rilevante e non sopravvalutare problematiche che allo stesso tempo non lo richiedono, utilizzando in modo corretto le risorse e le strumentazioni che si hanno a disposizione.

Infine, come sempre, il medico è chiamato a monitorare costantemente se stesso, oltre che la relazione con il paziente. Allorché si venga in contatto con una diagnosi inattesa, o drammatica, il medico deve sapersi concedere un tempo per ascoltare, per prendere fiato, per riconoscere, e controllare, eventuali meccanismi di identificazione e immedesimazione con l'altro. Infatti, se riconosciuti e gestiti efficacemente, questi ultimi possono divenire vie maestre per guidare la complessa, e dolorosa, successiva relazione con il paziente. Se negati o misconosciuti, però, essi possono portare a chiusure difensive o attivare inconsapevoli meccanismi di fuga dalla relazione, come comunicazioni rapide, fugaci, scarse o burocratizzate proprio quando il paziente ha maggiormente bisogno di supporto e di umanità.

Accorgimenti relazionali: una parte integrante della cura

Abbiamo, dunque, cercato di tratteggiare le caratteristiche del contesto emotivo e relazionale in cui avviene l'incontro tra il paziente e il medico. Abbiamo visto come nella stragrande maggioranza dei casi il ricovero temporaneo in OBI si presenti nella vita di una persona come evento inatteso e improvviso. Qualcosa di imprevisto risulta capace di trasformare in tempi incredibilmente brevi un individuo da autonomo, o sufficientemente autonomo, e indipendente, a una persona sdraiata su una barella o su un lettino, impossibilitata nel determinare la stragrande maggioranza degli eventi che la riguardano, in attesa di riuscire a comprendere che cosa le stia accadendo^{3,4}. La modalità con cui il medico saprà comprendere questi aspetti della situazione e impostare la dinamica della relazione consentirà o meno di stabilire quel clima di rispetto, fiducia, supporto e collaborazione che è indispensabile per elicitarne un utilizzo efficace di tutte le risorse personali del paziente e del medico necessarie ad affrontare e domare la patologia. Non si tratta di trasformarsi in assistenti sociali, ma di essere operatori sanitari consapevoli di quali siano i fattori della cura.

Ecco, dunque, l'indicazione di alcuni semplici accorgimenti relazionali. Spesso il medico ha già co-

nosciuto il paziente in Pronto Soccorso. Se non vi è stata, invece, l'occasione di farlo prima e laddove le condizioni del paziente lo rendano ragionevolmente compatibile, presentarsi resta un accorgimento di fondamentale importanza. Infatti il presentarsi, come è assioma proprio di qualsiasi altra comunicazione, veicola al paziente un aspetto concreto di informazione e un aspetto relativo invece alla relazione: «Vedo la nostra come la relazione tra due persone che, al di là dello specifico ruolo ricoperto in questo momento, mantengono una loro precisa dignità e identità»⁵⁻⁷.

Subito dopo si lascerà al paziente lo spazio per dirci di lui, e in generale di quelle informazioni così rilevanti per il medico relative a cosa è accaduto e a come si è sentita la persona quando ha deciso o si è trovata nella necessità di presentarsi al Pronto Soccorso.

L'ascolto attento ed empatico dei fatti e delle sensazioni sperimentate dal paziente, anche se magari già da lui riferite in modo più concitato al momento dell'ingresso nella struttura ospedaliera, assolve a più funzioni. Oltre a fornire quelle informazioni sanitarie sui sintomi e altro che guideranno il medico nel successivo percorso di ipotizzazione diagnostica, spesso questa è la prima occasione in cui il paziente può riempire narrativamente lo spazio che si colloca tra il «prima del sentirsi male» e «l'essere ora in un letto d'ospedale»^{8,9}. Il racconto dell'accaduto può avere ovviamente connotazione più o meno traumatica. Palesemente, infatti, è diverso descrivere l'acuirsi di un dolore addominale dalla sperimentazione della perdita improvvisa di sensi legata a una sincope che ha causato una caduta dalla sedia su cui si stava tranquillamente seduti. In entrambi i casi, però, il poter narrare porta con sé la possibilità di ripercorrere quei minuti e dare un primo nome, una prima forma, e soprattutto una prima espressione alle emozioni e sensazioni fisiche sperimentate. Raccontare il trauma, per limitata che l'esperienza sia stata, consente sempre uno scarico delle emozioni che spesso hanno invaso improvvisamente la persona e talvolta sono giunte a sovrastarla, compromettendo non solo il senso di continuità ma anche quello della sicurezza in cui a tutti noi piace ed è psicologicamente rilevante pensare di vivere¹⁰.

Consentire una verbalizzazione circostanziata e lo scarico emotivo, senza interrompere la persona a meno che ciò sia legato a un'inderogabile urgenza sanitaria, è fondamentale nel declinare le caratteristiche con cui ella riuscirà progressivamente a sistematizzare e rielaborare dentro di sé l'accaduto, ma anche quelle con cui andrà prendendo forma la

relazione con il personale sanitario. Il medico infatti veicola implicitamente un'informazione importante sulla relazione possibile: qui possiamo ascoltare, possiamo capire, possiamo tollerare e anche contenere la tua emozione e la tua angoscia, perché scegliamo di relazionarci non solo con un corpo da curare ma con una persona nella sua unità psico-fisico-affettiva.

Le parole e i gesti con cui il medico di OBI si rapporta con il paziente restano a lungo impresse nella mente di quest'ultimo, poiché lo raggiungono in un momento di difficoltà e ansia¹¹. Dopo l'ascolto degli eventi patologici recenti e il completamento dell'indagine anamnestica, il paziente in genere assume alcuni di questi atteggiamenti:

- chiede al medico di essere sollevato dal dolore fisico che percepisce;
- chiede con ansia «dottore, che cosa ho?», vede la necessità di fermarsi in ospedale;
- chiede tra quanti minuti potrà andare a casa, poiché ora si sente bene e non vede necessità di fermarsi in ospedale;
- chiede di poter avere vicino un genitore, un parente, un figlio;
- chiede al medico di aiutarlo a risolvere un problema sociale o familiare, che sente come prioritario rispetto al soccorrere la sua stessa salute.

La riflessione sul tipo di domanda che la persona rivolge al medico in questo momento fornisce grandi informazioni sul suo stato d'animo e su quelle che egli percepisce soggettivamente come priorità. È indispensabile che il medico non ignori la domanda ricevuta. Per il paziente è fondamentale sentire che il medico è in grado di comprendere quali siano i pensieri e le preoccupazioni che occupano in modo prioritario la sua mente. In assenza di ciò la mente del paziente resta "pre-occupata", nell'accezione duplice di questo termine, sia rispetto al percepire dentro di sé un'inquietudine verso un pensiero ricorrente, sia nel senso di avere la mente occupata prima di tutto da certi contenuti¹². In questa situazione emotiva qualsiasi messaggio il medico abbia necessità di inviare al paziente rispetto alle problematiche sanitarie o alla *compliance* necessaria per gli approfondimenti diagnostici o ai primi trattamenti terapeutici potrà difficilmente essere ricevuta con l'indispensabile chiarezza.

Come è esperienza frequente per qualsiasi operatore sanitario in OBI, una madre il cui figlio di 6 anni stia uscendo per il secondo giorno dalla scuola elementare probabilmente non riuscirà a prestare alcun ascolto al medico finché non avrà potuto essere certa che qualcuno è stato informato della necessità di andare a prendere il figlio a scuola.

Lanziana che convive con il figlio, abituata a filtrare attraverso di lui il suo rapporto con il mondo, raramente riuscirà a porre attenzione ai discorsi del medico fino quando non sarà rassicurata circa il fatto che il figlio, informato dell'ingresso in Pronto Soccorso, sta arrivando. Il ragazzino tredicenne svenuto a scuola difficilmente vedrà placarsi l'emozione di paura finché non compare al suo fianco la figura di un genitore o di altra persona nota e significativa.

Sapersi adattare ai bisogni relazionali del paziente

Se la prima domanda del paziente riguarda la richiesta di essere sollevato da una condizione di dolore, è fondamentale ricordare che, difficilmente, una persona instaurerà una relazione di fiducia con un medico che non sembra comprendere il livello di sofferenza da lei sperimentato o comunque percepito. Rispondere con frasi generiche e distratte tipo «si calmi signora, non c'è nulla di così grave, ora passerà ecc.» lascia il paziente solo nel suo sconforto. «Capisco, ora faremo tutto il possibile» trasmette assai meglio la sensazione che l'interlocutore abbia realmente ascoltato e colto il messaggio e attribuito a esso un valore, nella consapevolezza che la percezione del dolore è sempre un evento soggettivo e merita sempre ascolto, attenzione, e, quando del caso, l'attivazione rapida degli opportuni sostegni tecnici o farmacologici.

Un'altra tipologia di paziente è rappresentata da chi, ripresosi, preme per sapere tra quanto tempo potrà ritornare a casa e spinge per l'immediata dimissione. In genere questa persona o è preoccupata per ragioni sociali e familiari davvero gravi, oppure sta implicitamente comunicando che si considera una persona forte, che ritiene impensabile di essere malato e dunque è meglio che non lo si ostacoli e lo si lasci in fretta andare a casa. Questo tipo di paziente palesemente non tollera le condizioni di dipendenza o impotenza che spesso l'idea della malattia porta con sé e vede attivarsi probabilmente in modo inconscio, ma comunque massiccio, meccanismi difensivi quali la "negazione" e il rifugio narcisistico nell'onnipotenza («non è certamente nulla di grave e comunque nulla che mi possa trattenere qui o fermare»)¹³. Anche se la facoltà di Medicina talvolta a tutt'oggi non provvede, qualsiasi buon medico è sicuramente un esperto di meccanismi di difesa. Essi sono quella modalità con cui il nostro "Io" cosciente si difende da pensieri, informazioni e prese d'atto di eventi che percepiamo come non accettabili per la nostra mente e per la nostra emotività. I meccanismi più comuni con i

quali si può entrare facilmente in contatto durante i ricoveri in OBI sono la negazione, la rimozione, la proiezione, l'annullamento. Così è sicuramente consuetudine per qualsiasi medico essersi trovato a spiegare a un paziente che la sua crisi ipertensiva richiede ulteriori accertamenti e che, probabilmente, sarà fondamentale un intervento farmacologico quotidiano che consentirà facilmente il controllo pressorio. Parimenti non sarà raro che quello stesso medico si sia sentito rispondere dal paziente che egli è sempre stato bene, non ha mai in precedenza avuto sintomi, è sano come un pesce e dunque tutto tornerà al più presto normale¹⁴.

Come dovrebbe essere noto a tutto il personale che opera nel delicato campo della sanità, i meccanismi di difesa vanno attentamente individuati, ma mai sfidati in modo repentino e diretto. Essi, infatti, segnalano che, per la persona con cui si sta interloquendo, consentire l'accesso alla consapevolezza dell'«Io» a ciò che il medico sta comunicando non è in quel momento tollerabile. Dunque è fondamentale ricordare che a nulla serve «rincarare la dose» o presentare in termini più pesanti la situazione e le sue possibili evoluzioni negative («guardi che forse non ha capito che...»). Può invece risultare utile chiedere al paziente che cosa pensa di quanto il medico gli ha comunicato, quali preoccupazioni eventualmente ciò gli solleva, se ha già sentito parlare di questo tipo di patologia e in quale situazione¹⁵. Si potrebbe apprendere in questo modo che di recente un parente, coetaneo del paziente, è deceduto per ictus poco dopo che il medico di base aveva riscontrato problemi pressori e che nella mente del paziente si è creata tra i termini ipertensione e morte una connessione tanto irrealistica quanto immediata. Sarà a questo punto possibile riprendere con il paziente l'intero discorso sulla patologia sospettata, realizzando un primo intervento di informazione e prevenzione che egli, dato sfogo alle preoccupazioni per lui stesso poco chiare a livello conscio, sarà ora forse più in grado di ascoltare e accogliere. Con i meccanismi di difesa, dunque, è importante non arrabbiarsi (quante volte il medico pensa: «Ma costui non capisce proprio nulla...») e non sfidarli, entrando in un'ottica di contrapposizione.

L'atteggiamento professionale più utile è quello di riconoscere quando essi entrino in campo, di tenere conto della loro funzione di protezione e di cercare di cogliere da quale paura, ansia o angoscia il paziente si stia realmente proteggendo¹⁶. Solo così, a partire dal significato semantico ed emotivo che la nostra comunicazione sta avendo per lui, sarà possibile costruire quella relazione di alleanza tera-

peutica, elemento base perché il paziente possa ascoltarci, comprenderci e fidarsi (riporre cioè nel medico quel sufficiente grado di fiducia di base che consente di seguire le sue indicazioni e accettare il senso delle sue comunicazioni).

Ancora un esempio concreto: «Signora, è necessario che prenotiamo una colposcopia». Questa comune comunicazione, fornita dal medico con l'obiettivo di escludere una patologia sospetta, ma che egli stesso considera per varie ragioni improbabile, nella situazione specifica può associarsi automaticamente nella mente della paziente ai termini dolore, tumore e morte in relazione a racconti ascoltati, o alla carente qualità di informazione messa a disposizione dai mass media o da qualcuno dei tanti collegamenti internet oggi usufruibili da chiunque. Il netto rifiuto della signora a eseguire l'esame potrebbe, però, non derivare neppure da questi aspetti, ma dalla relazione pudica e complessa della paziente con il proprio corpo, che le impedisce in tutti i modi di poter prendere in considerazione situazioni di una sua manipolazione e intrusione da parte di chicchessia. Quale medico saprà fermarsi e porsi in ascolto per lasciare emergere un indizio di quali possano essere realmente gli elementi di blocco per la signora? Insistere, o meglio, limitarsi a prescrivere ugualmente l'esame esplicitando alla paziente che esso è necessario e dunque sarà indispensabile che ella accetti di farlo, determinerà esclusivamente un'irrigidirsi delle difese e l'assai probabile decisione della paziente di «dribblare» la prescrizione medica. «Che c'è, signora? Come mai questa indicazione le crea difficoltà? Si sente di parlarne ora?». Questo approccio aperto segnala la disponibilità, o meglio, la capacità del medico di non difendersi e di ascoltare e, lungi dal costituire una perdita di tempo, consentirà probabilmente di effettuare un esame che altrimenti potrebbe finire per essere svolto solo in una successiva condizione di emergenza, perdendo tutta la sua portata preventiva e protettiva per la paziente stessa. Prescrivere ai pazienti di realizzare degli approfondimenti diagnostici più o meno invasivi richiede al medico di essere consapevole dello stato d'animo di chi, percependosi spesso una persona sufficientemente sana e in grado di autodeterminarsi, si trova in brevissimo tempo in pigiama in un letto, lontano da tutte le sue cose e i suoi riferimenti, in una condizione di totale dipendenza dai sanitari, con l'implicita ingiunzione di non alzarsi e tantomeno allontanarsi dal luogo in cui si trova. Molte persone in questa condizione vedrebbero ergersi sospettosità e difese. Questa fretolosità nel prescrivere questo o quell'esame potrebbe essere vissuta come difese.

Qualsiasi intrusione e imposizione potrebbe sollecitare rifiuti contrapposti più o meno educatamente, più o meno apertamente¹⁴.

Provare a identificarsi per un attimo con il paziente, assumere seppur in modo del tutto temporaneo il suo punto di vista, ascoltare autenticamente quanto ci va dicendo, le preoccupazioni o le difficoltà che sta egli stesso incontrando nel cercare di aderire alle nostre indicazioni è un meccanismo fondamentale per poter comprendere l'altro. Roger¹⁷ consigliava di provare sempre a riassumere nella propria mente ciò che il paziente ci ha appena finito di dire, prima di preparare le nostre frasi successive. «Riassumere nella mente» significa dover lasciare entrare la comunicazione, con la possibilità di riflettere su di essa e di cogliere parole indizio che ci aiutino a comprendere come il nostro interlocutore stia configurandosi e sperimentando la sua attuale realtà. Identificarsi, mettersi per un attimo “nei panni degli altri” è l'altra grande arma che la dolorosa vicinanza e consuetudine dei medici con la morte e con la grave malattia sono troppo spesso riuscite a spuntare. Se difendersi è una necessità inderogabile per il medico, il noto fenomeno del *burn-out*, o l'eccesso di difesa, possono costituire un drammatico blocco nei canali di comunicazione tra il medico e i suoi interlocutori e parlarci talvolta non solo dell'ansia del paziente, che ben conosciamo, ma anche di quella da cui può sentirsi preso lo stesso medico, e di cui può essere sicuramente importante non tacere^{18,19}.

L'ansia e la paura

Una certa quantità di paura e di ansia, seppur in misura certamente variabile da persona a persona, è compagna quasi inevitabile del periodo di permanenza in osservazione breve. La paura, come è noto, è un'emozione che si associa alla rappresentazione di una situazione, di un oggetto o di un evento preciso e risulta, di conseguenza, per certi aspetti, più semplice da verbalizzare, e quindi da ascoltare, accogliere e aiutare a rielaborare. L'ansia, invece, costituisce una reazione automatica dell'organismo e della mente umana, che, percepito un qualche non meglio precisato segnale di allarme e pericolo, prepara su base atavica l'organismo alla reazione. Entro un certo limite questa attivazione può avere una forte valenza adattiva, ma quando essa si manifesta oltre il possibile livello utile e congruo alla situazione, l'ansia diviene un problema e un ostacolo significativo. Allo stato di generale attivazione del sistema nervoso nelle forme più marcate si affiancano alterazioni della respirazione, sudorazione, accelerazione del battito cardiaco, tendenza

all'iperattività e difficoltà di concentrazione. L'organismo è pronto per un'importante risposta motoria in presenza della minaccia o dell'attacco di cui si prevede lo scatenarsi senza riuscire, però, a individuarne la sorgente precisa e la natura, salvo l'obiettivo condizione di fragilità e incertezza in cui ci si viene a trovare e l'incrinatura di quel bisogno innato proprio dell'uomo di sentire di poter avere il controllo della situazione²⁰.

Durante l'osservazione in OBI è proprio questa fiducia nella possibilità di tenere sotto controllo la situazione che può risultare incrinata dall'imprevedibilità degli eventi, dal trovarsi in un luogo sconosciuto e in una condizione di informazioni incerte circa un ambito basilare della propria esistenza: lo stato di salute. La modalità di tenere il paziente informato circa la sua situazione, come si specificherà più oltre, gioca evidentemente un ruolo di fondamentale rilevanza. Occorre non sottovalutare l'importanza di dare sempre un quadro quanto più possibile corretto ed esaustivo della tempistica degli esami cui la persona dovrà sottoporsi (per esempio: rilevazione curva enzimatica nelle 24 ore ecc.). Laddove i tempi per giungere a una corretta formulazione diagnostica sono necessariamente lunghi, è importante che il medico si rechi periodicamente al letto del malato. La semplice presenza segnala che la situazione del paziente è ben presente alla mente del sanitario nonostante le molteplici altre attività in cui è ingaggiato.

Un grande potere calmante sul paziente ha anche la certezza di poter contattare il medico e averlo a fianco del suo letto qualora salgano l'angoscia o si modificano le condizioni di salute reali o percepite: «Se sente di avere bisogno di me, mi faccia chiamare. Dovrò necessariamente ultimare eventuali interventi più urgenti, ma appena possibile sarò da lei». È provato che questo tipo di affermazioni, anziché ampliare il ricorso al medico, riduce l'ansia del paziente che si percepisce come seguito e “preso in carico” limitando il ricorso alla sua convocazione alle situazioni realmente rilevanti. In ogni caso, è basilare ricordare che, oltre il limite di soglia specifico per ciascuna persona, l'ansia tende a invadere l'apparato psichico rendendo sempre più difficile ponderare con oggettività la realtà, controllarsi, ascoltare efficacemente le comunicazioni. La mente di un buon interlocutore esterno, capace e disponibile a svolgere un ruolo di contenimento, come è esperienza quotidiana di tutti noi, può svolgere una funzione importantissima nel consentire il ristabilirsi di una condizione di equilibrio accettabile, poiché l'ansia, nel momento in cui viene espressa, condivisa e accolta da un'altra mente, reagisce

sce come le acque di un fiume in piena quando si incontrano con un ampio invaso anti-alluvione¹⁸.

Di tutto questo è indispensabile che il personale medico e sanitario sappia tenere conto, soprattutto in quelle situazioni dove il paziente non può ancora contare sulla presenza al fianco di una persona per lui altamente significativa o il *care-giver* appaia egli stesso in difficoltà nel controllare la propria apprensione.

Il paziente e i suoi cari

Incontriamo, a questo punto, un'altra ben nota esigenza prioritaria: il bisogno psico-fisico di avere vicino una persona per sé significativa è, infatti, una necessità primaria per molte persone. Nei suoi illuminati studi sulla teoria dell'attaccamento^{21,22}, l'etologo, psichiatra e psicoanalista inglese J. Bowlby, che fu per alcuni anni anche consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, chiariva che l'attaccamento è un *pattern* comportamentale a base innata che caratterizza inizialmente la relazione "madre-bambino" il cui significato adattivo va ricercato nella possibilità di quest'ultimo di elicitare e ottenere cure e protezione. Esso viene selezionato in quanto in grado di aumentarne le possibilità di sopravvivenza e permane presente in tutte le età, indirizzandosi verso figure determinate e altamente significative per l'individuo, acutizzandosi soprattutto nelle condizioni traumatiche di incertezza, fragilità, ridotta responsività fisica. In questi casi, in particolare, esso si manifesta come forte bisogno psico-fisico di avere accanto a sé una delle figure esperite nel corso della vita come capaci di fornire protezione e sostegno e nei confronti della quale si è sviluppata questa specifica tipologia di legame. Le separazioni dalla figura primaria di attaccamento, come dimostrano numerosi studi anche condotti in Medicina delle Catastrofi o dell'Emergenza, possono acuire l'insicurezza, elicitare ansietà e rabbia.

Dal racconto in psicoterapia di una donna ormai adulta in cui riemerge il trauma collegato a una caduta in bicicletta (aveva riportato plurime escoriazioni al volto, una frattura al braccio e un lieve trauma cranico che aveva richiesto una breve permanenza in ospedale per osservazione): «Mi hanno portato in quella grande stanza e io urlavo e urlavo. I medici pensavano che avessi un grande dolore o fossi terrorizzata per le medicazioni, ma io urlavo perché mi avevano separato da mio padre. «È meglio che lei stia fuori», gli avevano detto, e nessun'altra spiegazione. Io urlavo, piangevo. Credo di essere stata in preda a un forte panico. Io lo volevo vicino e più urlavo e piangevo e più loro non capi-

vano e discutevano di quale farmaco utilizzare per calmarmi».

Rispettare l'esigenza di vicinanza di una persona significativa da parte del paziente non implica, ovviamente, consentire di essere sovrastati dall'ingresso di più parenti concitati, con il rischio che siano compromesse le condizioni relazionali e igienico-sanitarie indispensabili per un'efficace cura.

La corretta informazione

Alcuni pazienti presenteranno come prioritaria l'esigenza di disporre di informazioni sulla loro situazione medica, sulla patologia che si intende escludere attraverso la permanenza in OBI, o la tipologia delle cure somministrate. Ogni medico sa che la forza necessaria per dire cose vere è la stessa necessaria per non lasciarsi andare a parlare troppo o a dilungarsi in analisi dettagliate e interminabili, che rispondono al bisogno di placare l'ansia del medico ben più che a quello di fornire l'opportuna informazione e contenere l'eventuale ansia del paziente²³. È importante tenere presente che la persona ha diritto di essere informata, ed essere artefice primo delle decisioni anche quando giace in un letto di ospedale, ma il modo in cui fornire e dosare la trasmissione dell'informazione richiede al medico un forte impegno. Non esiste, infatti, una ricetta su come dire o quanto dire in prima istanza, ma ciò che guida il medico è la disponibilità a entrare nella relazione con il paziente, che implica l'attenzione alle sue parole, al suo tono, ai suoi gesti volontari e alla motricità involontaria. È la disponibilità a farsi raggiungere dalle emozioni dell'altro, a porsi in osservazione, che può guidare il medico nello scegliere i modi, i tempi, la misura in cui dire e spiegare. Comunicazioni decontestualizzate da una relazione, date di fretta e soprattutto rispondenti al bisogno del medico senza tenere conto di quale sia quello del paziente o la misura di ciò che in quel momento gli risulta sostenibile conoscere, rischiano di elevare inefficacemente il livello dell'ansia o, al contrario, di andare a configurarsi come appigli di rassicurazione, che naufragano nella rabbia se il medico risultasse poi costretto a diagnosticare una situazione più grave di quanto al paziente comunicato. La fretta e l'urgenza sono nemici della comunicazione efficace. Spingono a dire in breve ciò che richiede, invece, un tempo per essere detto e, soprattutto, per essere ascoltato e realmente capito. Talvolta esse sono una difesa che consente di evitare inconsapevolmente di implicarsi in una relazione con il malato e la sua sofferenza. Anche per questo il medico quando si avvicina al letto del malato per dare o ricevere informazioni

deve costruirsi un contesto in cui, fatti salvi gli imprevisti, sia possibile una gestione corretta e non difensiva della variabile tempo. Restano poi sempre valide le sintetiche indicazioni^{15,24}:

- le informazioni da dare vanno selezionate privilegiando quelle indispensabili e utili in quel preciso momento, riservando le altre a un momento successivo, o a un differente contesto (per es., gli approfondimenti che dopo la dimissione il paziente farà con il suo medico curante);
- sono comprensibili se sono brevi, semplici, toccano un solo aspetto alla volta e vengono date utilizzando un linguaggio che eviti ambiguità e che può essere facilmente compreso dall'interlocutore;
- sono efficaci se modificano ciò che il paziente sa senza creare eccessiva chiusura o rifiuto;
- devono tenere conto del livello di verità in quel momento sostenibile, prevedendo un percorso, sia pure articolato su tempi brevi, che consenta di dire tutto quanto inevitabilmente necessario senza invadere la mente dell'altro con modalità potenzialmente traumatica.

Quando è necessario il ricovero

Le situazioni in cui l'osservazione in OBI porta a porre un sospetto diagnostico tale da vedere imporsi la necessità di un ricovero aprono il duplice problema di come comunicare il sospetto diagnostico e di accertarsi dei livelli di *compliance* del paziente. Nell'esperienza del medico di OBI non sono rari i casi in cui è necessario il ricovero, ma il paziente, non percependo disagio o forte dolore fisico, lo rifiuta adducendo motivi sociali, familiari o personali, o semplicemente rendendo noto che in realtà lui ora si sente benissimo e non ritiene plausibile il sospetto di cui i medici gli vanno parlando. In questi casi reagire con eventuali svalorizzazioni, squalifiche, o scivolare in situazioni conflittuali, dove il medico cerca di convincere il paziente con sempre maggior forza, mentre questo, sentendosi forzato, finisce per concentrarsi sul suo diritto ad autogestirsi e determinarsi o a vedere rinforzate le difese narcisistiche e onnipotenti, non avrà alcun esito. Per il medico è fondamentale ragionare in termini di difficoltà del paziente a tollerare la sua attuale condizione piuttosto che, come a volte può accadere, tacciare il suo comportamento come poco intelligente o di pura stupidità. Come sottolinea F. Borgogno, in un suo interessantissimo saggio *L'illusione di osservare*¹⁰, esiste una stupidità corrispondente a un livello di scomposizione della mente che assolve in maniera massiccia alla funzione difensiva di non esporre l'“io” al prendere atto di una realtà al momento inascoltabile o inaccettabile. Che cosa può fa-

re allora il nostro medico in OBI? Mantenere la calma e l'assetto di un'equilibrata relazione professionale, ovviamente, evitare le *escalation* simmetriche, interessarsi alle emozioni, al sentire del paziente e a ciò che lo angoscia e gli impedisce di fermarsi in ospedale. Solo dopo questo ascolto autenticamente empatico egli potrà sperare che l'interlocutore sia in grado di sviluppare a sua volta l'ascolto, fidandosi delle indicazioni di qualcuno che abbia compreso che sotto l'aggressività, l'arroganza, la palesata onnipotenza o il manifesto disinteresse alberga una forte e intollerabile angoscia. Può darsi che il paziente voglia firmare, ugualmente, le dimissioni, ma certamente interiorizzerà un ambiente empatico e in ascolto in cui, riflettendo sulla situazione, saprà di potere in qualsiasi momento tornare.

Le parole per non chiudere la porta

Anche quando si è ragionevolmente sicuri, viceversa, dell'opportunità di dimettere un paziente, è buona regola attenersi a un comportamento che non chiuda del tutto la porta. In altri termini, è altamente consigliato accompagnare la dimissione con un'indicazione verbale e scritta che inviti il paziente a tornare senza indugio in Pronto Soccorso, qualora il sintomo che ve l'ha condotto persista o si ripresenti, e comunque a rivolgersi al proprio medico curante per informarlo dei fatti accaduti e per proseguire la presa in carico. Questo comportamento non rappresenta solo una ulteriore rassicurazione per il paziente sul piano relazionale, ma un importante sistema di sicurezza per il medico, tanto più valido se impiegato con sistematicità.

Le relazioni con gli altri sanitari

Nel contesto di questo articolo non possiamo non citare altri tre argomenti che risultano assai pregnanti e degni di ulteriore approfondimento, rispetto a quanto le ragioni di spazio inducono qui a realizzare:

- il rapporto tra i differenti medici di OBI. Essi, in genere, si configurano come turnisti e debbono quindi impegnarsi nel condividere le strategie per realizzare un'efficace e utile modalità di passaggio di consegne non solo dal punto di vista della presa in carico clinica del paziente, ma anche di quella psicologica e relazionale;
- la centralità di efficaci modalità di collaborazione tra tutta l'équipe dei sanitari impegnati in OBI, nella consapevolezza dell'estrema rilevanza e significatività dell'apporto fornito, per esempio, dal personale infermieristico nella gestione di tutte le problematiche sopra trattate;

- il rapporto tra i medici di OBI e i medici di base, laddove (previo consenso del paziente) la trasmissione tramite lettera di dimissione e in plurimi casi tramite la costruzione di una corretta ed efficace rete informatica può avere ricadute di eccezionale rilevanza sulla successiva modalità di affiancamento del paziente e gestione della sua patologia nei casi in cui essa debba proseguire sul territorio.

Bibliografia

- Graff L et al. American College of Emergency Physicians information paper: chest pain units in emergency departments – a report from the Short-term Observation Service Section. *Am J Cardiol* 1995; 76(14): 1036-39.
- Gruppo di lavoro SIMEU. *Modelli strutturali organizzativi e standard*. Programma SIMEU per la Medicina d'Urgenza (23 giugno 2007). www.simeu.it
- Bert G, Quadrino S. *Parole di medici, parole di pazienti*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 2002.
- Cornaglia Ferraris P. *Camici e Pigiama*. Laterza, Bari, 2003.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatica della Comunicazione umana*. Astrolabio, Roma, 1991.
- Beccastrini S. *Competenze comunicative per gli operatori della salute*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2000.
- Majani G. *La comunicazione verbale e non verbale: dall'empatia alla assertività*. In: Trabucco G, Buonocore F. *Pronto Soccorso Triage*. Libreria Cortina Editore, Verona, 2007.
- Bert G. *Medicina narrativa*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 2007.
- Stella A. *Medicare e meditare*. Guerini, Milano, 2001.
- Levine PA. *Traumi e shock emotivi*. Macro Edizioni, Forlì, 2002.
- Bert G, Novara A, Quadrino S. *Il medico di famiglia e le abilità di counselling*. Edizioni Change, Torino, 2005.
- Borgogno F. *L'illusione di osservare*. Giappichelli, Torino, 1978.
- Freud A. *L'io e i meccanismi di difesa*. Martinelli, Firenze, 1967.
- Bert G. *Ma perché non fa quel che le ho detto? Pazienti irragionevoli, noncompliance, reattanza psicologica*. Edizioni Change, Torino, 2006.
- Marcolongo R, Bonadiman L, Gagnayre R. *Educazione terapeutica dei malati*. In: AA.VV. *La parola e la cura*. Edizioni Change, Torino, 2004.
- Musatti C. *Trattato di psicoanalisi*. Boringhieri, Torino, 1962.
- Roger C. *La terapia centrata sul cliente*. Martinelli, Firenze, 1994.
- Cherniss C. *La sindrome del burn-out*. Centro Scientifico Editore, Torino, 1983.
- Pellegrino F. *Oltre lo stress, burn-out o logorio professionale*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2007.
- Sassaroli S, Lorenzini R, Ruggiero GM. *Psicoterapia cognitiva dell'ansia*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.
- Bowlby J. *Trilogia sull'attaccamento. L'attaccamento alla madre*. Vol. 1. Boringhieri, Torino, 1969.
- Bowlby J. *Trilogia sull'attaccamento. La separazione dalla madre*. Vol. 2. Boringhieri, Torino, 1973.
- Lazzari C, Gandolfi Colleoni G, Trallo F. *Guida al counselling della persona in crisi e del malato grave*. Pitagora Editrice, Bologna, 1995.
- Marcolongo R et al. *Curare "con" il malato*. Edizioni Change, Torino, 2006.

ABSTRACT

Communication between doctors and patients in the Observation Units has peculiar characteristics, shared with emergency psychology and in-ward relationships. The emergency physician must keep in mind that a good relation with his patients is an important part of the cure process.

One should leave time to listen to the patient, understand his anxiety, not to separate him from his relatives. This behavior will reduce conflicts between doctors and patients improving the quality of their relations. The dynamics among doctors themselves, nurses and sanitary technicians must be considered too.