

## Info Authors :

<sup>1</sup> Sociologo OMNI (Osservatorio medicina narrativa Italia)

## Parole chiave:

rapporto medico-paziente;  
comunicazione; società;  
COVID-19; salute

## Keywords:

medical communication;  
patient relationship; society;  
health; COVID-19LA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE  
IN TEMPI DI COVID-19Paolo Trenta<sup>1</sup>

## RIASSUNTO

**N**ella situazione emergenziale in cui ci troviamo, una riflessione la merita la relazione medico paziente, così come quella tra tutti i curanti e le persone malate covid 19.

Si configura un'altra criticità: i malati presentano bisogni di contatto, di relazione, di dialogo anche nelle situazioni più compromesse, i curanti sotto pesante carico lavorativo non hanno le competenze, le risorse e anche il tempo per rispondere a questi bisogni.

I guaritori sono feriti perchè esposti al contagio e perchè impotenti a rispondere a tutti i bisogni e perchè chiamati a "scelte tragiche" su chi intervenire o meno.

**A**lcune sere fa in una delle tante trasmissioni televisive sul covid-19, è stato trasmesso un diario via social di un medico intensivista, sulla cinquantina, operante in un ospedale della zona rossa lombarda.

Quello che ha colpito è stato il tono di profonda e sincera sofferenza e di estremo disagio più "esistenziale" che strettamente professionale in senso stretto.

Egli ha prima rappresentato in maniera precisa e puntuale tutte le criticità clinico-organizzative relative al numero degli accessi, alla carenza di personale e di dispositivi sia di protezione che terapeutici, il tutto con una comunicazione molto professionale.

## ABSTRACT

**I**n this emergency situation, the doctor-patient relationship requires a reflection, as well as that between all the patients and the Covid patients.

A new problem is emerging critically: patients suffer from contact, relationship and the need for dialogue, even in the most institutions compromised, healers under heavy workload does not have the skills, resources, or even the time to respond to these needs.

Those who work with these patients can also become patients. They are unable to respond adequately to all needs and are often under pressure because they are called to "tragic choices".

C'è stato poi un vero e proprio salto di registro comunicativo sia verbale che paraverbale e non verbale quando ha iniziato a parlare, con voce quasi rotta, delle richieste che provengono dai malati "non consone" (sue parole) alla sua preparazione, alle sue specifiche competenze e al suo "ruolo medico" (sempre parole sue).

Non è stato un arroccarsi dietro al proprio ruolo tecnico, ma una dichiarazione di accorata e sincera dichiarazione di impotenza, di incapacità a far fronte a bisogni veri, reali delle persone malate in condizioni critiche.

Bisogni di ascolto, di rassicurazioni, di accompagnamento, di contatto, di umanità, di certezze!!!

Abbiamo visto anche un cambio della postura quando dalla rappresentazione tecnico e organizzativa è passato a quella relazionale; un cambiamento nella mimica, nel tono della voce e nel vocabolario, che ha illustrato tutto lo smarrimento ed il disagio e anche la sincera sofferenza, del nostro bravo e coscienzioso medico.

Pensiamo che possa essere una condizione vissuta da molti dei professionisti della salute che si trovano ad affrontare questa nuova emergenza con strumenti relazionali e competenze non technical non adeguate.

Ci troviamo di fronte all'irrompere del mondo delle emozioni, dei sentimenti, della affettività, che qualcuno, erroneamente, pensava fosse estraneo o al massimo marginale, nel territorio asettico ed oggettivo della terapia scientifica, oggettiva e basata sulle evidenze e su prove di efficacia.

Una illusione!!! Le mozioni sono sempre presenti quando si entra in relazione con l'altro e ancor di più nelle condizioni di sofferenza dove colorano, impregnano e permeano ancor di più il flusso del vissuto esperienziale.

Troppo spesso ci dimentichiamo, e la filosofia fenomenologica ce lo ricorda molto bene, che l'esperienza vissuta è sempre emotivamente connotata, che il nostro essere nel mondo è sempre consegnato ad una situazione emotiva, ed è la qualità dei vissuti emotivi che definisce il nostro modo di vivere e percepire la nostra qualità della vita.

Le emozioni ed i sentimenti sono parte essenziale dell'esistenza, anche di quella professionale, essi permeano l'intero flusso della vita sia della mente che del corpo, condizionano ogni atto del nostro pensare, anche quello che riteniamo il più razionale. Condizionano il nostro percepire il mondo e lo stare nel mondo, il deliberare, il ricordare, il congetturare, lo scegliere ed il valutare.

Esse, come ci ricorda Sartre, costituiscono una certa maniera di cogliere il mondo, coglierlo nella sua complessità, nel momento delle scelte e delle valutazioni, infatti le scelte hanno sì bisogno del pensiero razionale per illuminare l'esperienza, ma il pensiero ha bisogno a sua volta delle emozioni

per meglio conoscere la prismatica complessità della realtà.

Il filosofo tedesco Martin Heidegger ci ha ricordato come ogni atto deliberativo sia allo stesso tempo intellettuale ed emotivo, come ha ben sperimentato il nostro medico intensivista di cui stiamo parlando.

Ora nella situazione attuale di sovraccarico lavorativo, irto di ostacoli e difficoltà e di sovraccarico emotivo, spesso, se non sempre, affrontato in perfetta solitudine, ad una normale situazione empatica, possano subentrare altre condizioni emotive.

Ricordiamo che l'empatia è la capacità di riconoscere l'esperienza vissuta ed esistenziale estranea dell'altro e sottolineiamo altro ed estranea.

L'empatia non è infatti il vivere la stessa esperienza, provare le stesse emozioni, ma riconoscere scoprire cosa l'altro stia provando.

In una condizione di esasperata sofferenza in cui i curanti si trovano in queste fasi nel momento in cui si relazionano con pazienti anche al limitare della vita, è possibile che da condizione empatica si possa transitare ad una di "fusione emotiva", di contagio emozionale in cui ci si proietta nelle condizioni del paziente, si rischia di provare lo stesso dolore.

Gli operatori che si contagiano sono tantissimi e purtroppo anche quelli che muoiono e così si ripropone la figura mitologica del "guaritore ferito" Chirone, un centauro, inventore della medicina e maestro di Asclepio, dalla doppia natura umana ed animale, in lui si compenetravano l'energia istintuale e quella psichica.

Prometeo lo aveva individuato come erede delle sue sofferenze cui era stato condannato per aver rubato il fuoco a Zeus. Chirone che, ferito per errore al ginocchio da una freccia velenosa di Eracle, languiva in una caverna e non poteva né guarire, perché il veleno dell'idra (serpente con più teste che ricrescevano quando venivano tagliate) era troppo forte, né morire, perché immortale.

La narrazione mitologica sottolinea il paradosso di un guaritore, ferito a sua volta, che non può

guarire sé stesso e ben sintetizza tutte le grandezze e i limiti di qualsiasi attività terapeutica.

Si ripropone ora in queste nuove modalità di relazione medico e paziente questa figura mitologica, assunta da C. G. Jung come un archetipo, un modello inconscio preesistente alla coscienza, anche perché assistiamo ad una inedita "simmetricità" che supera la normale asimmetria che connota il rapporto in situazioni terapeutiche. Così l'incontro con una soggettività malata diventa un incontro speculare con se stesso, si vede la sofferenza, il dolore, il rischio dell'altro e si vede le proprie.

Si incontra il limite, la finitezza, la mortalità dell'altro e si incontra il proprio limite e la propria mortalità.

Si incrocia la fragilità e la vulnerabilità della persona malata che si ha di fronte e si fa i conti con la propria inevitabile fragilità e vulnerabilità che si era accuratamente occultata in una concezione di quasi onnipotenza.

Condizioni queste appena descritte che i curanti possono incontrare nel corso della propria attività, ma mai con questa intensità, con un irrompere precipitoso ed incontrollabile, mai ci si era sentiti così esposti, così guaritori e feriti allo stesso tempo.

Il guaritore è ferito anche perché impotente, perché non ha tutte le risorse necessarie disponibili a garantire una buona cura a sé e agli altri, ma soprattutto perché incontra il limite ed i limiti; il limite della oggettiva condizione umana, della sua finitezza e i limiti della scienza e della medicina che si trovano ora ad operare in una condizione di incertezza di fronte ad una situazione nuova in assenza di certezze.

Mai forse come ora torna di attualità la citatissima affermazione del filosofo Kant: "gli uomini sono fatti di legno storto", che non si può raddrizzare, che ha i suoi limiti ed i suoi ineliminabili vincoli, la medicina li deve riconoscere e rispettare.

Sandro Spinsanti, un importante ed autorevole bioeticista, nel suo blog ha recentemente ricordato una frase contenuta nel film "Il posto delle fragole" di Ingmar Bergman.

In un sogno il vecchio professore di medicina

è sottoposto ad un esame e deve rispondere alla domanda posta dall'esaminatore quale sia il primo dovere del medico. Il vecchio professore non trova la risposta ed allora l'esaminatore la dice lui la risposta "Il primo dovere del medico è di chiedere perdono".

Una risposta che ha provocato interrogativi in tanti e tante riflessioni e considerazioni, Spinsanti suggerisce che il perdono è per non tenere la morte lontana, per questo "fallimento", della medicina e del medico, per questo i sensi di colpa sono inevitabili e vanno affrontati.

C'è un altro aspetto che si somma alle oggettive difficoltà ad accentuare le difficoltà a svolgere il ruolo di curanti; essi sono infatti chiamati a fare quella che in altre sedi viene chiamata "scelta tragica".

La scelta cioè su chi intervenire e chi invece lasciare andare su chi prestare tutte le cure possibili e chi invece lasciamo che la malattia faccia il suo fatale decorso, su chi salvare.

È stata fatta una sterile e dannosa polemica nei giorni scorsi sul documento SIARTI ( Società di Anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva) ha scritto per dare delle linee di comportamento ai medici che si trovano di fronte ad una emergenza inedita nelle società sviluppate come le nostre.

Il documento ha onestamente affrontato il tema prettamente bioetico della equità distributiva, altre volte teoricamente affrontato ed ora drammaticamente reale e concreto; Se non si può provare a salvare tutti, si opta per chi ha più probabilità di farcela, occorre "privilegiare la maggior speranza di vita" recita il documento e non si tratta quindi di una opzione meramente anagrafica, ma di appropriatezza in condizioni di emergenza con tempi di scelta esigui e soprattutto in perfetta solitudine.

Il documento è stato redatto per dare indicazioni e per non lasciare ancor più soli i medici chiamati a questa "tragica scelta", un modo per condividere la responsabilità e non per autorizzare l'eliminazione "dei nostri nonni", come certa stampa ed alcuni opinionisti hanno fatto intravedere.

Compiere una scelta è sempre fonte di carico emotivo e quando il dilemma è drammatico

provoca angoscia, Kierkgaard ce lo ha ricordato quando parla della disperazione che sorge dalla “libertà delle possibilità”, quando ci si deve assumere tutta la pesante responsabilità su chi salvare e chi no.

L’assunzione di responsabilità rientra nella deontologia delle professioni di cura, ma in condizioni di straordinaria emergenza come questa determinata da questo virus diventa ancora più gravosa e più pesante.

Una situazione nuova che ha condotto il curante ad essere e diventare l’unico e forse ultimo punto di contatto della persona malata con il mondo, sia fisico che degli affetti.

Una situazione quasi paradossale con medici ed infermieri bardati ed infagottati nei loro dispositivi di protezione, con mascherine e tute, quasi irriconoscibili ed intoccabili eppure l’unico contatto, l’unica relazione possibile a cui affidare i pensieri, le preoccupazioni, le paure e le angosce, ma anche i loro desideri e loro volontà e talvolta pure una richiesta di senso e di significato.

Domande e richieste a cui non si può rispondere come si vorrebbe, un altro contesto servirebbe, altre competenze necessitano !!!

Quanti fattori, quante variabili, quanto carico emotivo che si somma a quello fisico per turni estenuanti, condizioni che possono condurre a stress traumatico.

Ritornando al nostro medico che nel suo diario visivo social ha confessato tutta la sua impotenza, le sue fragilità, ci chiediamo se veramente le competenze che i malati gli chiedono siano realmente “non consone” alla professionalità ed al ruolo di medico.

Sono competenze relazioni, non tecniche, comunicative, di gestione delle emozioni, di una giusta empatia da mettere in campo anche in situazioni eccezionali con pochi canali di contatto e con i codici comunicativi ridotti al luccichino.

Competenze che costruiscono quella che ora viene chiamata “postura curante narrativa”, in grado di integrare le conoscenze scientifiche e le abilità comunicative; competenze che non sono previste, se non in minima parte, nei percorsi curriculari

dei professionisti sanitari.

Anche la possibilità di “guardarsi” un attimo, per dare un senso a quello che ci sta accadendo e di cogliere le emozioni e viverle nella giusta dimensione nella consapevolezza che esse ci accompagnano sempre e sempre intervengono in ogni atto della nostra vita personale e professionale.

La riduzione della malattia ad una entità e del malato ad oggetto ha reso possibili grandi progressi nella conoscenza delle malattie, sul loro decorso e sulle possibilità terapeutiche, ma occorre tener conto che la malattia è sempre anche una condizione esistenziale, è una esperienza e che ogni atto di cura e un incontro tra due soggettività.

Ora una grandissima gratitudine a tutti i curanti che la comunità deve avere e poi quando l’emergenza finirà, alla consapevolezza che il Sistema Sanitario Nazionale sia una delle più grandi conquiste della modernità e che necessita di adeguate risorse e non di tagli, occorrerà anche pensare a nuovi modelli formativi di base e continui che forniscano agli operatori le abilità necessarie per sentirsi più adeguati e meno impotenti.

IL GUARITORE È FERITO.

## BIBLIOGRAFIA

*Essere e tempo* - Martin Heidegger Longanesi 2005

*L’analisi dei sogni - Gli archetipi dell’inconscio* Bollati Boringhieri 2001

*La filosofia della cura* - Luigina Mortari Raffaello Cortina Editore 2015

*L’essere e il nulla* - Jean Paul Sartre Il Saggiatore 2002

*Scelte tragiche: sensi di colpa ben spalmati* Sandro Spinsanti  
www.sandrospinsanti.eu