

 [Centopagine]

Alessandro Lucchini

In collaborazione con Maddalena Bertello

Il linguaggio della salute

come migliorare


la comunicazione con il paziente

COMUNICAZIONE IN SANITÀ

DICA TRENTATRÉ!



con un'intervista
a Gino Strada

 [Centopagine] a cura di

Alessandro Lucchini

In collaborazione con Maddalena Bertello

Il linguaggio della salute

come migliorare

la comunicazione con il paziente

con un'intervista
a Gino Strada

Il Linguaggio della salute
Prima edizione luglio 2012

info@palestradellascrittura.it - www.palestradellascrittura.it

Proprietà letteraria riservata
©Palestra della scrittura S.r.l. - Milano

ISBN 9788897259022

RINGRAZIAMENTI

Grazie di cuore a tutti gli autori per le loro idee.

Grazie a Mariaelena Giudici, a Federica degli Ivanissevich, a Chiara Lucchini, ad Annalisa Pardini, a Paolo Carmassi per il loro aiuto.

Grazie a Vauro per il disegno di copertina.

A Mara Lombardi e Michela Aprile per il progetto e la realizzazione grafica.

A Cristina Massa per la paziente revisione.

E grazie a tutti i medici, gli infermieri, gli psicologi e gli operatori incontrati in questi anni di attività formativa e di studio.

Spero, con queste pagine, di dimostrare loro la mia gratitudine.

Indice

Introduzione all'edizione 2012

Perché un linguaggio della salute, *Alessandro Lucchini* V

Prima parte: L'inchiesta

- 1 Terapia e importanza civile. Intervista a Luca Serianni, *Alessandro Lucchini* 1
- 2 Con la salute non si scherza. Ma chi l'ha detto? Il convegno itinerante sulla comunicazione negli ospedali italiani, *Maddalena Bertello* 6
- 3 Relazioni, linguaggio e salute. Intervista a Walter Bergamaschi, DG dell'Ospedale di Varese, *Alessandro Lucchini* 10
- 4 Partecipi, autonomi, responsabili. Intervista a Enrico Desideri, DG dell'Azienda USL 8 di Arezzo, *Marzia Sandroni* 14
- 5 Il discorso sulla salute, *Laura Rolle* 18
- 6 Vivavoce. Parole come pietre: i focus group con i pazienti oncologici, *Manuela Furlan* 25
- 7 Il sistema di valutazione della performance nella sanità toscana, *Sabina Nuti* 29
- 8 Stranieri a colloquio. Il difficile dialogo fra medico e paziente, *Francesca Gagliardi* 35
- 9 Due punti in più per medico e paziente, *Paolo Carmassi* 39
- 10 Bugiardini, campagne salute, consenso informato: analisi di un problema, *Silvia Frattini* 42
- 11 Una gamba di legno di nome Smith, *Stefania Panini* 51
- 12 Medical writing. Consigli pratici per una comunicazione chiara e semplice, *Rossella Ferrari* 57
- 13 Risk communication o crisi mediatica?, *Carla Brotto* 62
- 14 Dare i numeri o raccontare storie?
Evidence based medicine o narrative based medicine?
Intervista a Maria Giulia Marini, Istud, *Alessandra Cosso* 67
- 15 Quel che pochi vivono, e dicono: raccontare le malattie rare, *Lorenzo Carpanè* 71
- 16 Storia di un approccio narrativo alla visita medica, *Fabio Lepore* 75
- 17 Concentrarsi sul paziente, non solo sulla malattia, *Lorena Zerbin* 78
- 18 House e gli altri, *Mariella Minna* 81
- 19 La salute vien leggendo?, *Mario Conti ed Edoardo Rosati* 90
- 20 Scienza e mass media: le parole della fiducia, *Umberto Veronesi* 99
- 21 Il tragico errore, *Susanna Galli* 102
- 22 Benvenuti nell'era del cyberpaziente, *Lorenzo Carpanè* 104
- 23 Digital Health. La democrazia digitale fa bene alla salute?, *Nicoletta Carbone* 106
- 24 Quando è l'anima a sanguinare, *Lorena Zerbin* 109

Seconda parte: Scenari

- 25 Scenari: finzione e realtà, *Diego Calzà* 113
- 26 Di qua e di là della barricata, *Manuela Meriggi* 115
- 27 La Babele in camice bianco. Cinque pazienti immaginari alle prese con un vero ospedale, *Silvia Frattini* 118

28	Come poteva andare diversamente? Fabrizio e la paura nascosta, <i>Laura Passarella</i>	122
29	Tre storie di donne, <i>Pierluigi Voi</i>	124
30	Un momento, per favore. Capirsi oltre il linguaggio, nella comunicazione interculturale, <i>Alessandra Cosso</i>	129
31	Psicoterapia: tre incontri per dirsi addio, <i>Rosella Gaudiuso</i>	132
32	Maternità: il mio caso non è standard!, <i>Luciana De Laurentiis</i>	136
33	Prima e dopo la cura, <i>Francesca Gagliardi</i>	139
34	Sanità e impresa, tra irrazionalità e irrilevanza, <i>Tiziana Sabadelli</i>	144
35	Toccamì. Le parole che non ti toccano e che ti lasciano da solo, <i>Giancarlo Galli</i>	148
36	Non riesco a dirtelo. Scrivo, <i>Alessandro Lucchini</i>	151
37	Scrivere allunga la vita? Quattro scenari per capirci qualcosa, <i>Lorenzo Carpanè</i>	155
38	Memo per il Ministro della salute, <i>Paolo Carmassi</i>	161
39	Emergency: I medici davvero in prima linea. Intervista a Gino Strada, <i>Alessandro Lucchini</i>	163

Appendice 1:	I livelli di pensiero in fisioterapia, <i>Giuliano Mari, Luca Luciani, Andrea Piras</i>	168
---------------------	---	-----

Appendice 2:	Le parole che ascoltano - il linguaggio dell'omeopatia, <i>Emilio Iodice</i>	174
---------------------	---	-----

Appendice 3:	Maramao perché sei morto? Intervista a Pier Domenico Maurizio, Ospedale San Donato USL 8 Arezzo, <i>Alessandro Lucchini</i>	177
---------------------	--	-----

Focus:	Il linguaggio del Pronto Soccorso, <i>Alessandro Lucchini</i>	180
---------------	---	-----

Per approfondire		205
-------------------------	--	-----

Gli Autori		207
-------------------	--	-----

Introduzione all'edizione 2012

Perché un linguaggio della salute

Alessandro Lucchini

La consapevolezza del linguaggio può aiutare da un lato i medici e gli altri operatori della sanità, dall'altro i pazienti e i loro familiari, a comunicare meglio tra loro, e quindi a raggiungere l'obiettivo comune: la salute. Le ragioni di questo libro, i destinatari, i contenuti e lo stile.

Perché un libro-ricerca sul linguaggio in ambito sanitario

Questo libro riprende e aggiorna lo studio condotto nel 2007-2008 e pubblicato con lo stesso titolo, *Il linguaggio della salute*, da Sperling & Kupfer, e ora integralmente online (354 pagg.) all'indirizzo http://www.palestradellascrittura.it/public/file/Il_Linguaggio_della_salute.pdf.

Il libro prende le mosse da cinque ragioni.

- 1) **Un interesse ampio e trasversale.** Nessuna scienza come la medicina coinvolge specialisti e profani: anche se la divulgazione comporta rischi di banalizzazione e di alterazione delle verità scientifiche, il diritto alla salute è sancito dalla Costituzione (art. 32). Inoltre il consenso informato, spesso presentato ai pazienti come una formalità, è una grande opportunità per entrare in comunicazione con loro ed è il punto di partenza della terapia.
- 2) **Il vuoto formativo.** Gran parte dei corsi di laurea in medicina ignora l'importanza della comunicazione. La formazione di infermieri e personale amministrativo degli ospedali dedica poco spazio all'instaurare una buona relazione con i pazienti, con le loro famiglie, con i colleghi. E il breve tempo trascorso nei reparti è rivolto essenzialmente alla patologia, non al malato.

- 3) **Un orizzonte che va oltre il lessico.** Gli studi sul linguaggio medico hanno fatto centro finora sul lessico di questa lingua settoriale, che maneggia nomenclature complesse e moltissimi *tecnicismi specifici*. Ma, soprattutto da quando la conoscenza viaggia in rete, con i rischi di cattiva interpretazione, oltre al lessico sono in gioco altri fattori linguistici: la struttura del messaggio, la sua tridimensionalità, lo stile, l'equilibrio tra sintesi e approfondimento.
- 4) **L'opportunità di coinvolgimento emotivo.** Il linguaggio medico è per lo più freddo e spersonalizzato: sigle, tecnicismi, frasi senza verbo e senza persona, forme passive; oppure infiniti, gerundi e participi, che chiudono i significati anziché aprirli; al massimo, qualche eufemismo per attutire una cattiva notizia. Una neutralità emotiva, come se mantenersi asettici fosse garanzia di obiettività. È invece opportuno il contrario: la fiducia è un'emozione, e guarire è più facile se il paziente sente emotivamente coinvolto chi si occupa della sua salute.
- 5) **La terapia della scrittura.** Un ruolo centrale nel nostro studio ha la scrittura, che può agevolare l'alleanza terapeutica. Secondo uno studio inglese¹, in genere i medici interrompono al 22° secondo l'esposizione dei sintomi da parte dei pazienti, i quali invece concluderebbero il racconto entro un minuto e mezzo, menzionando spontaneamente il 75% dei sintomi: in genere, tre quarti di queste informazioni utili vanno persi. Secondo un altro studio² il 36% dei pazienti non ricorda le indicazioni fornite dal medico a fine visita, e il 70% assume i farmaci in modo scorretto.

¹ W. Langewitz et al., *Spontaneous Talking Time at Start of Consultation in Outpatient Clinic: Cohort Study*, in *British Medical Journal*, 28 september 2002, 325 (7366): 682-3. Lo studio è citato in A. Roberti, C. Belotti, L. Caterino, *Comunicazione medico-paziente*, Nlp Italy.

² P. Ley, *Memory for Medical Information*, in *British Journal of Clinical Psychology*, June 1979, 18(2): 245-55.

Concludere una visita con un breve report scritto da medico e paziente insieme moltiplicherebbe la propria efficacia. La parola scritta rimane. La si può analizzare con più facilità, la si può girare, per vedere come funziona meglio.

Per chi è pensato

Il libro è pensato per diversi lettori.

Medici, psicoterapeuti, infermieri, professionisti sanitari e amministrativi: più di un milione di persone. Per loro, può essere uno stimolo e un aiuto a costruire relazioni più proficue con i loro interlocutori.

Studenti delle facoltà di medicina e delle scienze mediche in generale: circa 190mila persone. Per loro, un'occasione per coltivare verso i pazienti un maggior interesse umano, oltre che clinico.

Professionisti che operano nell'industria farmaceutica e negli altri settori legati alla sanità: trovano qui suggerimenti per salvaguardare le motivazioni etiche della loro comunicazione, pur in una legittima visione "di profitto".

Formatori, giornalisti e divulgatori di scienza, comunicatori e studiosi del linguaggio.

E poi, tantissime persone che stanno attraversando periodi di malattia o che cercano il supporto di una comunicazione più efficace per superare quei momenti. Persone che vogliono essere informate e vogliono partecipare attivamente alle decisioni sulla propria salute.

Oltre ai 21 milioni di persone che transitano ogni anno negli ospedali italiani: 10 milioni malati lievi, 2 milioni malati gravi e 9 milioni visitatori e accompagnatori. Si considerino poi gli studi medici privati e le farmacie: tutti luoghi dove le persone sono esposte a discorsi, avvisi, manifesti, referti, moduli e testi vari di difficile comprensione.

Se sommiamo queste cifre abbiamo un'idea della portata sociale della comunicazione legata alla salute, e quindi della rilevanza di riflettere su come migliorarla.

Di che cosa tratta e come è scritto

Questa nuova edizione de *Il linguaggio della salute* prende il via dalle testimonianze di alcuni protagonisti di prima linea della comunicazione medica. Dopo la sintesi di una nostra indagine compiuta tra pazienti e cittadini per rilevare la percezione dei problemi di comunicazione esistenti, nella prima parte il libro analizza i principali problemi emersi da quell'indagine, passando in rassegna gli strumenti della relazione tra i vari attori del "teatro della salute" e individuandone gli aspetti che influiscono sul rapporto di fiducia in gioco, sia con i pazienti sia con le famiglie. Nella seconda parte, i racconti di reali situazioni di comunicazione legate alla salute in cui il linguaggio è determinante.

P.S.: Questa ricerca continua dal 2007 e continuerà, oltre questo libro. I lettori che vogliono aggiungersi ai ricercatori possono inviare un pensiero, un'esperienza personale a questo indirizzo: alessandro.lucchini@palestradellascrittura.it.
Grazie fin d'ora.

P.P.S.: Anche per questa nuova edizione, i diritti d'autore sono a favore di Emergency.

Prima parte: L'inchiesta

1. Terapia e importanza civile

Verso una collaborazione tra linguisti e professionisti della salute

Alessandro Lucchini

Intervista a Luca Serianni

Luca Serianni è uno dei maggiori linguisti italiani. Insegna storia della lingua italiana all'università di Roma La Sapienza. Socio nazionale dell'Accademia dei Lincei e dell'Accademia della Crusca. È dagli spunti forniti dal suo libro *Un treno di sintomi* (Garzanti 2005) che ha preso il via la nostra ricerca sulla "grammatica della salute". Naturale, dunque, che questo libro parta con una sua intervista.

“Le parole sono fatte - dice Tullio De Mauro - prima che per essere dette, per essere capite.” È una verità che conosce deroghe? Secondo lei i professionisti della salute vi si riconoscono?

In linea di massima, non c'è dubbio che si parla per essere capiti da qualcuno. Quel che fa la differenza è il destinatario. Se dico «Prendilo!», mi può capire solo chi è presente nel momento in cui sto parlando, conosce il contesto in cui ciò avviene e quindi può interpretare il valore del pronome *lo* (un libro che è caduto a terra, il gatto che sta uscendo dalla finestra, un borseggiatore che sta per svignarsela...). Ma anche nell'universo dei testi scritti le differenze sono molte. L'indicazione **SIGNORI** posta sopra una porta in una stazione ferroviaria è trasparente per tutti gli alfabeti che conoscono l'italiano: si tratta del gabinetto riservato ai maschi. È naturale, invece, che molti altri testi selezionino un pubblico più

o meno ristretto: non tutti sarebbero in grado di capire un madrigale del Tasso, a partire dal significato letterale dei versi, e molti meno potrebbero orientarsi sentendo trattare di temi specialistici come gli *atti emulativi* (diritto penale) o la *lectio difficilior* (critica testuale). Nel caso della medicina convivono due esigenze radicalmente diverse. La comunicazione tra medici non può che essere specialistica e opaca per i profani (non foss'altro perché la comprensione richiederebbe il possesso di molte nozioni correlate all'attività clinica, dalla biochimica alla farmacologia). La comunicazione rivolta ai pazienti - dai foglietti illustrativi dei medicinali ai referti diagnostici - dovrebbe essere assolutamente piana, nel primo caso, o sufficientemente perspicua, nel secondo.

Nel suo libro *Un treno di sintomi* lei ha definito il diverso ruolo dei tecnicismi specifici e dei tecnicismi collaterali. Può proporci una sintesi di questa distinzione?

I tecnicismi specifici sono quei termini che appartengono tipicamente a un certo sapere settoriale e che si riferiscono senza ambiguità a una certa nozione. Per indicare il piccolo osso che forma la parte terminale della colonna vertebrale dobbiamo servirci obbligatoriamente del tecnicismo *coccige* (ferma restando la possibilità di spiegarci ricorrendo a una perifrasi o magari a osso, accompagnato da riferimenti al contesto: «Quest'osso qui dietro»; ma con ciò dimostreremmo con evidenza la nostra estraneità all'ambito medico). *Coccige* è un tecnicismo anatomico (come *ioide* o *gastrocnemio*), *toxoplasmosi* o *laringite* sono tecnicismi della patologia, *risonanza magnetica* o *ecodoppler* della diagnostica e così via. Invece i tecnicismi collaterali sono termini altrettanto caratteristici di un certo ambito settoriale, che però sono legati non a effettive necessità comunicative bensì all'opportunità di adoperare un registro elevato, distinto dal linguaggio comune. Così, un malato dirà che *sente* (*avverte, prova*) un

forte dolore alla bocca dello stomaco, mentre in una cartella clinica il medico tradurrà questo sintomo più o meno così: «Il paziente *accusa* (o *lamentata*, *riferisce*) *vivo* dolore nella *regione epigastrica*». *Accusare* (*lamentare*, *riferire*), *vivo* come epiteto preferenziale accompagnato a *dolore* per qualificarne l'intensità e *regione* per indicare un certo distretto anatomico sono altrettanti tecnicismi collaterali. Potrebbero essere sostituiti o tradotti in forme condivise dal linguaggio comune, ma sono tipici dello stile espositivo dei medici.

Qual è il grado di trasparenza dei tecnicismi collaterali per il paziente?

In generale, i tecnicismi collaterali sono abbastanza chiari per il paziente istruito; non altrettanto per chi ha risorse culturali più limitate. Un esempio. Chi leggesse in un referto che «non si apprezzano lesioni di natura traumatica a carico dei legamenti crociati» invece di compiacersene, potrebbe preoccuparsi, pensando che certe lesioni «non si apprezzano», «non vengono apprezzate», cioè vengono considerate «gravi» dal medico. Questo perché nel linguaggio comune *apprezzare* ha valore positivo (*apprezzare un gesto di cortesia, un bel quadro*) e non neutro; bastava scrivere «non si osservano», «non risultano» e tutto sarebbe stato chiaro per qualsiasi lettore. D'altra parte, anche i tecnicismi specifici hanno un diverso grado di trasparenza. Alcuni non sono noti nemmeno all'intera classe medica ma quasi solo agli specialisti di un certo settore.

Come si può dimostrare agli operatori sanitari che i tecnicismi collaterali possono essere sostituiti senza che l'esattezza scientifica ne risenta e, anzi, con grande vantaggio della relazione con i pazienti, e quindi del comune obiettivo?

I linguisti, in quanto tali, non possono fare altro che illustrare i meccanismi che presiedono al linguaggio medico e quindi,

anche, suggerire i modi per rendere più efficace la comunicazione medico-paziente. Sono gli operatori sanitari che dovrebbero convincersi dell'importanza civile, prima ancora che terapeutica, di rendere il paziente consapevole della sua malattia e dei modi per tentare di superarla. In qualche caso il problema non è linguistico, ma etico: fino a che punto dire la verità, in presenza di una prognosi infausta o comunque molto severa? Il desiderio di velare realtà sgradite spiega i sinonimi usati, nel dialogo con i pazienti ma persino nelle cartelle cliniche e nei referti, per evitare *carcinoma* (che può ridursi alla sigla *Ca.*, occultarsi in *discario*, forma decurtata di *discariocinesi* 'alterata divisione cellulare', o diventare genericamente una imprecisata *lesione*) o *metastasi*, sostituito da *lesioni ripetitive*.

Il linguaggio medico ha il proprio fulcro nel lessico. È lì il principale motivo di difficoltà nella comprensione?

Il lessico rappresenta certamente lo scoglio principale per la comprensione dei profani: se non so che cosa sia la sindrome di Stevens Johnson, non ho nessuna possibilità di raccapezzarmi. Ma indubbiamente la sintassi (periodi brevi), l'organizzazione testuale, la gerarchizzazione delle informazioni, il ricorso a un'adeguata selezione di segni tipografici e iconici (una freccetta è più efficace di un *N.B.*, un *N.B.* è più efficace di un semplice accapo) hanno, nel loro insieme, un'importanza non secondaria. Nella riscrittura di un testo medico rivolto al grande pubblico, per esempio un *bugiardino*, intervenire solo sul lessico, lasciando inalterati gli altri parametri, non basta, anzi può produrre persino effetti grotteschi.

Se il suo treno trasportasse desideri anziché sintomi, quale sarebbe il suo auspicio per un linguaggio efficace in sanità?

Mi piacerebbe che ai futuri camici bianchi si insegnasse anche un po' di linguistica, orientata alla comunicazione medica:

partendo da alcune nozioni introduttive (che cos'è un lessico settoriale, che cosa lo differenzia dalla lingua comune) e da uno sguardo d'insieme sui procedimenti specifici della lingua della medicina (formazione delle parole particolarmente dinamica, forte incidenza di eponimi, largo ricorso a elementi lessicali di origine classica) si passerebbe ai problemi della comunicazione col paziente. Sono problemi che possono apparire secondari solo guardando al pronto intervento (di fronte a un infartuato la cosa essenziale è salvargli la vita, non cercare le parole adatte per dirglielo), ma non sono tali sia pensando alla *routine* del medico di famiglia sia ai delicati problemi posti dalla consapevolezza di patologie gravi.

2. Con la salute non si scherza. Ma chi l'ha detto?

Maddalena Bertello

Il convegno itinerante sulla comunicazione negli ospedali italiani

Il linguaggio in ambito medico-sanitario è una questione molto seria.

È proprio per questo, quando sono gli stessi medici e infermieri a interpretare con autoironia situazioni divertenti, come in una serie tv comica, il messaggio arriva alla platea diretto, forte, colpisce nel segno.

Il processo di identificazione tra medico e paziente è il punto di partenza del convegno “*Relazione, linguaggio e salute*” che dal 2011 la Palestra della scrittura propone negli ospedali italiani.

Come ci è venuta l'idea di un convegno con queste particolari caratteristiche?

Ora ve lo racconto.

Qualche estate fa dovevo passare qualche giorno in ospedale, alle prese con un problema per fortuna non grave, ma abbastanza fastidioso da turbare sonni e pensieri.

La mia vicina di letto è una vecchina minuscola, che nella sua vita non ha mai avuto neanche un raffreddore. Lucida nonostante i suoi novanta abbondanti, per cui spaventatissima di trovarsi in quel luogo asettico, dove tutti vanno di fretta, dove aspetti qualcuno che parli la tua lingua (e non sempre lo trovi subito) per capire che cosa ti sta accadendo.

Così, fin dal suo arrivo, Caterina inizia a lamentarsi, a piangere, a fare anche un po' di capricci.

Tutti tolleranti, data l'età avanzata, ma dopo un po' il personale, alla centesima scampanellata, inizia a essere un po' sbr-

gativo. Ma meno la considerano, e più lei diventa esigente e piagnucolosa.

Poi ecco che accade il miracolo. Una mattina, dopo una notte terribile, di lamenti praticamente ininterrotti, nervosismi e mugugni, Caterina tutta imbronciata si sta passando il pettine fra i capelli con le mani tremanti quando entra in camera Guido, un infermiere cicciottello dal viso aperto che la guarda sorpreso e le butta là un «Siam di cucco stamattina, eh Caterina?».

Bene, quella semplice frase buttata là, bizzarra, imprevedibile per una novantenne dolorante, vedova da oltre 50 anni, è riuscita in un istante a ribaltare la situazione, a scardinare un meccanismo inceppato.

Tutta la camera scoppia in una risata empatica, accogliente. Un abbraccio con il sorriso. E Caterina inizia a fidarsi.

Assistere a questa scena mi ha fatto capire che spesso, per comprendere davvero l'importanza di certe sfumature, non occorre ragionarci più di tanto, bisogna viverle, starci un po' dentro. Meglio se passando dalla porta del sorriso.

Per questo motivo abbiamo pensato a un momento di incontro rivolto a chi opera nel mondo della sanità costruito intorno a casi reali, spesso interpretati dal vivo dagli stessi protagonisti: medici, infermieri, pazienti, familiari.

Le situazioni che portiamo in scena sono lo spunto per riflettere insieme sull'importanza di una comunicazione chiara. Assistiamo infatti a momenti della vita di tutti i giorni di qualsiasi ospedale: code al pronto soccorso, fretta, distrazione, scarsa disposizione all'ascolto, uso del "medichese", lingua incomprensibile ai più e via così.

Situazioni (e atteggiamenti) che possono essere lette dal cosiddetto "paziente" (che non sempre però riesce ad esserlo), come manifestazioni di disinteresse verso il suo problema.

E le conseguenze sono ovvie quanto inevitabili.

Le scene sono rappresentate quasi sempre in chiave umoristica³ e a volte sono davvero esilaranti (i nostri complimenti agli attori).

Nella vita reale però quelle circostanze possono trasformarsi in conflitti complicati da gestire.

Proprio per questo partiamo da lì, dal possibile rischio di disaccordo, per proporre delle riflessioni sulla delicatezza e sull'importanza del linguaggio nel creare e mantenere (così come nel distruggere) la relazione con l'interlocutore.

E lo facciamo attraverso l'analisi linguistica dei vari momenti (accoglienza, ascolto del problema, comunicazione della diagnosi) sottolineando l'importanza di una comunicazione semplice, efficace e soprattutto consapevole. Non solo fra medico e paziente, anche fra medico e familiari o accompagnatori. E fra medici, infermieri e altri colleghi.

Il tutto incrociato con un fattore determinante: il tempo.

Elemento ad altissima componente soggettiva, il tempo infatti può diventare cruciale in varie fasi: al triage, nel passaggio delle consegne, nella diagnosi, durante la cura.

Il tempo per l'ascolto cambia la prospettiva del medico, col rischio di spostare la conversazione su un altro piano, passando, sulla scala dei livelli logici⁴, dal mondo del fare (dove? quando? cosa? come?) al mondo dell'essere (identità, valori, missione).

E quando ciò accade, la temperatura si alza e ci si trova a dover affrontare e gestire delle resistenze.

Ed è proprio là che la comunicazione diventa un elemento strategico.

³ Vedi su questo il libro *Ribaltà e contenti*, Palestra della scrittura, Milano 2012, a cura di Annalisa Pardini e Paolo Carmassi, <http://www.palestradellascrittura.it/dettaglio.aspx?ID=ELE0000620>

⁴ http://www.youtube.com/watch?gl=IT&hl=it&v=MqWL1_mL2fw. Vedi anche l'appendice 1 di questo libro, che esplora i livelli logici applicati in fisioterapia.

Perché di fronte a una resistenza, per trovare una soluzione che con-vince⁵ occorre negoziare.

Attraverso esempi concreti di linguaggio dell'accordo⁶ suggeriamo come riportare la comunicazione a uno stato "freddo", come evitare l'escalation, come abbassare la temperatura e riportare l'interlocutore (e se stessi) ad agire invece che reagire.

Saper vincere le resistenze e trovare le motivazioni, professionali, personali e sociali.

Questi gli spunti che nei convegni hanno lasciato delle tracce, che poi spesso riprendiamo con approfondimenti specifici e mirati.

Queste le riflessioni che pensiamo possano aiutare a pensare alla comunicazione in sanità non come a un qualcosa che *se c'è, bene, se no fa lo stesso*, ma come a un nodo cruciale delle cure che rivolgiamo al paziente. E, allo stesso tempo, a noi stessi.

⁵ <http://www.youtube.com/watch?gl=IT&hl=it&v=zp8EhagGjil>

⁶ Vedi il libro di Alessandro Lucchini e Paolo Carmassi, *Il linguaggio dell'accordo*, Palestra della scrittura, Milano 2010, <http://www.palestradellascrittura.it/dettaglio.aspx?ID=ELE0000503>

3. Relazioni, linguaggio e salute

Alessandro Lucchini

*Intervista a Walter Bergamaschi,
direttore generale dell'ospedale di Varese*

“Relazioni, linguaggio e salute”. Così abbiamo intitolato il convegno sulla comunicazione in sanità organizzato a maggio 2012 insieme con l'ospedale di Varese. Ne parliamo qui con il suo direttore generale, Walter Bergamaschi, che nel 2010 ha avviato un percorso formativo che ha visto un massiccio impegno sulla comunicazione da parte del personale medico e infermieristico.

Perché tanto impegno sulla comunicazione? Prudenza, illuminazione, o consapevolezza del bisogno?

Partecipando ad alcuni corsi ho capito che avvicinarsi a questo tema con spirito scientifico permette di riconoscere e di usare tecniche specifiche di analisi del linguaggio e della relazione, dà consapevolezza del valore della negoziazione e della riduzione delle distanze. Elementi che vanno studiati e allenati.

Esistono fra i medici dei pregiudizi che portano a sottovalutare lo studio delle dinamiche comunicative?

C'è un'idea diffusa in medicina: i clinici sono i padroni del campo, trattano materie complesse, dispongono dell'esistenza stessa delle persone. Per questo a volte tendono a considerare marginale tutto il resto.

Quando si parla di professionalità clinica è ben evidente la necessità di aggiornamento, invece quando si parla di comunicazione, si tende a sottovalutarne l'importanza. Mentre, oggi più che mai, la clinica ha bisogno di (ri)stabilire una buona relazione col paziente.

Dato il pregiudizio, quale accoglienza hanno avuto i corsi di comunicazione?

Anche se il primo corso per medici è stato fortemente voluto dalla direzione, all'inizio c'era scetticismo. Dopo le prime edizioni, invece, l'input è venuto dai partecipanti stessi. Il gradimento dei primi corsisti, e soprattutto il riconoscimento dell'utilità quotidiana delle nozioni apprese, hanno messo in moto un passaparola positivo. Nuovi corsi sono stati progettati ad hoc, e trasformati in occasione di coinvolgimento di tutto il personale, per costruire e consolidare la relazione tra professionisti diversi. Oggi i corsi sono richiesti dagli stessi operatori.

Lei ha parlato di scetticismo, prima, e di riconoscimento dell'utilità pratica, poi. Quindi il pregiudizio si scioglie subito con l'esperienza?

Certo, se il corso fosse rimasto teorico non credo che il pregiudizio si sarebbe sciolto. Se invece è orientato al confronto, alla relazione con e tra i corsisti, il corso produce un risultato diverso.

La fiducia dei partecipanti verso gli allenatori, e soprattutto verso l'opportunità di riflettere sull'argomento, si è creata in fretta.

I corsi sulla comunicazione, come quelli sull'economia sanitaria o sul governo clinico, sono visti come un'invasione di campo da parte della burocrazia. Quando poi si entra in aula, si è già fatto un passo per superare il pregiudizio. E lì, se il contenuto c'è, funziona.

Funziona anche - pensando con sano egoismo - sul benessere personale?

Certo, e questa è una terza motivazione che ci ha portato ad approfondire i temi della comunicazione.

Noi siamo attenti alla relazione medico-paziente, ma in genere ci concentriamo sui bisogni del paziente, sottovalutando che sono in gioco anche le emozioni del medico, dell'infermiere, dell'operatore sanitario.

In questi corsi si offrono agli operatori strumenti utili per proteggersi, per aiutare se stessi a gestire relazioni alla pari con gli interlocutori. Relazione non "contro", ma "con".

Le parole possono essere schiaffi o carezze. Se non (ri)conosciamo l'effetto che ci fanno, tendiamo a subirlo. Analizzare questi effetti ci permette di gestirne le ripercussioni. E studiare la potenza del linguaggio, imparando a tenere sotto controllo l'energia che sprigiona, significa toccare temi molto vivi.

Poco fa lei ha detto "oggi più che mai la clinica ha bisogno di ristabilire una relazione col paziente". Perché oggi più che mai?

Oggi la sfida non è più l'acuzie, su cui la scienza ha raggiunto un livello di specializzazione notevole, ma la cronicità. Abbiamo bisogno di dare soluzioni soprattutto agli anziani, in continuità di assistenza. Non siamo più in un mondo sanitario in cui la prestazione eseguita chiude il rapporto col paziente. Oggi diventa fondamentale la gestione di relazioni continuative. La medicina cura, ma a volte non guarisce completamente, allora il paziente va accompagnato. E proprio la capacità di relazionarsi diventa elemento centrale della cura. Generare nel paziente delle paure, o dargli informazioni che non può comprendere, ha effetti negativi sia sulla sua esperienza sia sul risultato delle cure.

Direttore, qual è oggi il suo *I have a dream*?

Cambiare paradigma: curare anche quando non si può guarire. Questa è la rivoluzione che credo serva: rompere la barriera tra sanitario e sociale. Quanto è difficile oggi gestire la fine

di un ricovero per persone che non hanno autosufficienza, e quindi escono dal sanitario per entrare nel sociale? Abbiamo una sanità pubblica che garantisce una sostanziale gratuità a tutti i cittadini. Il sociale invece è ancora molto scoperto. Vincere questa dicotomia è la vera sfida che il sistema deve affrontare per restare sostenibile. E noi qui possiamo sfruttare un circolo virtuoso.

Quale circolo virtuoso?

Il nostro sistema sanitario è basato sul principio etico che la salute è un diritto. Un principio che non pensava all'economia, ma che ha dimostrato di essere anche il sistema con il miglior rendimento. Da noi la spesa sanitaria pro capite è molto più bassa di quella americana, tedesca, francese. Il nostro sistema sanitario permette alle persone di farsi curare non appena il bisogno si manifesta, e quindi ha un impatto meno costoso.

Poteva sembrare un pensiero da sognatore, invece è un pensiero da manager.

Già. E se il sogno è passare da una medicina di prestazioni a una medicina che segue la persona, è ovvio che la comunicazione gioca un ruolo centrale.

39. Emergency: i medici davvero in prima linea

Alessandro Lucchini

Intervista a Gino Strada, chirurgo di guerra

Come fate in Emergency a motivare medici e infermieri? Quanto è impegnativo, e quando rende, sviluppare una cultura di comunicazione accanto a quella scientifica? Esiste in Emergency un codice comunicativo insegnato o suggerito agli operatori? e quali sono i punti fondamentali? Nelle situazioni di emergenza, senza poter condividere la lingua dei pazienti, quali canali usate per ridurre o per gestire le incomprensioni? In che cosa è diverso comunicare una cattiva notizia in zone di guerra, rispetto a farlo in una situazione più *normale*? Su quale fronte è oggi la vera *emergenza* nella sanità italiana?

Mi sono scritto un'infinità di domande, prima di intervistare Gino Strada. Altre ne ho chiesto ai miei colleghi. Altre mi si sono aggrovigliate in testa nella mezz'ora precedente. Non è la mia prima intervista, ma il tremolio nella pancia è quello delle prime volte. Questo il risultato.

Qual è il modo di comunicare di Emergency?

Emergency fa sapere semplicemente qual è il nostro lavoro: fare medicina per chi non ha accesso a cure mediche. È un'antica pratica scientifica dettata dall'interesse verso qualcuno che soffre. Solo da alcuni decenni, la medicina è stata trasformata in "industria della salute".

Che cosa chiedete ai vostri operatori per quanto riguarda il rapporto con i pazienti? C'è spazio anche per la comunicazione scritta?

A medici e infermieri chiediamo di curare al meglio ogni paziente, senza nessuna discriminazione politica: a un essere umano che soffre vanno garantite tutte le cure che la scienza medica è in grado di offrire. Emergency è neutrale e indipendente, contro tutte le guerre, e le opinioni politiche restano fuori dell'attività, basata

solo su competenza scientifica e solidarietà umana, caratteristica che si sta perdendo sempre di più. L'importante è praticare queste cose: spesso a quelli che scrivono troppo sui principi non resta abbastanza tempo per praticarli.



L'attenzione per la persona nel suo complesso va oltre il bisogno di salute (foto scattata in un ospedale di Emergency in Afghanistan)

È un problema per voi non condividere la lingua e la cultura dei pazienti che curate?

Per alcuni versi è una difficoltà. Mi hanno chiesto spesso se utilizziamo un sostegno psicologico ai malati e ai feriti di guerra. Noi abbiamo aggirato l'ostacolo della barriera linguistica con un'attenzione fatta di gesti: giochiamo con i bambini anche se non capiscono le nostre parole. Nonostante le estreme sofferenze, i nostri ospedali sono luoghi gioiosi, perché si respira un clima di solidarietà e partecipazione. Quando in Afghanistan ci hanno costretto a uscire dal paese, la popolazione ha chiesto alle istituzioni di riaprire gli ospedali di Emergency, che rappresentano dei punti di riferimento per la gente. Questo significa che il nostro messaggio è passato, anche se non siamo mai riusciti a parlarne direttamente con i nostri interlocutori.

“Interesse per il malato”: forse nella medicina si è un po' perso il malato, ed è rimasto solo l'interesse?

Nella medicina con la M maiuscola non c'è spazio per il profitto, che innesca un meccanismo perverso. Chi fa l'hamburger migliore vende di più e guadagna di più, ma non si può applicare questo metodo alla medicina: medici e infermieri devono guadagnare il giusto, per avere una vita decorosa. Invece vediamo ospedali tra-

sformati in aziende ospedaliere, senza il parere dei cittadini. La politica ha portato una logica privata in strutture pubbliche: più prestazioni si erogano, più l'istituzione riceve rimborsi. L'interesse del medico è che la gente stia male, così da fare più prestazioni. È un conflitto di interessi, che porta a medicalizzare ogni problema.

Che significa medicalizzare qualsiasi problema?

Qualsiasi problema è una potenziale malattia da trattare con farmaci o addirittura con presidi chirurgici. Guardiamo gli interventi al cuore, in Italia o negli Stati Uniti. Vent'anni fa nessun medico avrebbe mai considerato malati molti pazienti cui oggi viene consigliato con urgenza di mettere uno *stent* o di fare un *bypass*. Questa logica del dover erogare prestazioni è devastante dal punto di vista scientifico.

Stiamo su un piano ancora più generale: la ricerca. Quattro anni fa, in un editoriale congiunto sul *New England Journal of Medicine*, tredici direttori delle più importanti riviste di medicina del mondo dicevano che la ricerca era finita, perché tutti i lavori scientifici che le loro riviste ricevevano erano sponsorizzati dall'industria, con lo scopo di mettere in vendita un prodotto.

Ancora: negli ospedali oggi si vedono pubblicità di prodotti farmaceutici. Ora che sono *informatori medico-scientifici*, i rappresentanti delle case farmaceutiche informano direttamente l'utente. C'è chi ti convince che sei malato e ti propone già la soluzione farmacologica, dentro alla struttura stessa.

La medicina seria deve spendere non più di ciò che è necessario, ma tutto ciò che serve: se i soldi non bastano, sono altri i settori di cui si può fare a meno. La medicina è di tutti, perciò dev'essere di alto livello, gratuita e pubblica.

Quando un medico entra in contatto con voi, qual è il messaggio che si porta a casa e in cosa si arricchisce?

Per la maggior parte dei medici è un'esperienza straordinaria: alcuni tornano per un'altra missione, altri restano con noi a

tempo pieno. Scoprire che al di là del Mediterraneo è possibile una medicina d'eccellenza anche senza la risonanza magnetica o la TAC, è un'esperienza che apre gli occhi e ribalta i luoghi comuni. Certo, alcuni nostri collaboratori provano anche un senso di inadeguatezza davanti alle contraddizioni della nostra medicina e dell'industria della salute.

Se lei fosse Ministro della salute, qual è la prima emergenza sulla quale interverrebbe?

Annulerei il rinnovo delle convenzioni tra strutture sanitarie nazionali e strutture private, che erogano servizi e si fanno dare rimborsi che costano più della prestazione in sé, perché si aggiunge il profitto dei proprietari delle strutture. Che le strutture private si attrezzino, per vivere del loro. Se la sanità pubblica potesse usufruire di tutte le risorse disponibili, ci sarebbero tutte le risorse economiche per rendere decenti gli stipendi del personale infermieristico, per ammodernare le strutture, per investire in ricerca.

In Italia il 10% del Pil è destinato alle spese sanitarie, ma questa percentuale comprende non solo quello che viene speso per la salute dei cittadini, ma anche il guadagno delle industrie del settore. Unico mercato sicuro al 100 per cento, perché tutti sono potenziali clienti, nella salute convergono miliardi e miliardi: recuperando anche in parte queste somme, si potrebbe utilizzarle per una sanità davvero pubblica, gratuita per tutti, trasparente ed efficiente.

Può fare un esempio? Qual è la differenza tra le spese sanitarie in un ospedale di Emergency e quelle di un ospedale convenzionato italiano?

Nel centro di cardiocirurgia di Khartoum, sostituire una valvola mitralica ci costa circa 2.500 euro. Per la stessa sostituzione, effettuata in una struttura convenzionata italiana, lo Stato risarcisce 25.000 euro. Introdurre le convenzioni del sistema sanita-

rio nazionale con le strutture private è stato un atto infame, così come le compartecipazioni nel salario dei medici, pagati con una quota fissa più una quota in base al numero di persone che visitano. Poi ci lamentiamo che il medico è sempre di fretta.

Che cosa voleva dire “Emergency” quando è nata, e che cosa vuol dire adesso?

Emergency è nata per aiutare i feriti di guerra in paesi privi di assistenza sanitaria. Ha poi elaborato un modo di intendere i diritti umani come elementi fondanti di una società, e il primo diritto è di essere curati e di restare vivi, e restarci il meglio possibile.

Con sua figlia Cecilia lei ha scritto la storia del “mago Linguaggio”⁶⁴, che ha regalato agli uomini le parole con il consiglio di farne buon uso. Quale parola vorrebbe restituirgli?

La parola che il mago linguaggio dovrebbe tenersi per sempre è “guerra”: la violenza non è una risposta. Il Novecento è stato il secolo più violento nella storia dell’umanità, e il nuovo secolo non sembra promettere gran che di buono.

Ciononostante...

Ciononostante bisogna andare avanti a fare. Certe cose vanno fatte, senza chiedersi se val la pena o non val la pena. L’unico modo per essere umani è comportarsi da umani. Anche nei momenti in cui verrebbe voglia di chiudere tutto e andare a pescare, bisogna andare avanti.

⁶⁴ http://www.ilpaeseideibambinichesorridono.it/favola_gino_strada.htm

Appendice 1

I livelli logici applicati alla fisioterapia

Giuliano Mari, Luca Luciani, Adrea Piras

*I problemi non possono essere risolti
allo stesso livello di conoscenza che li ha generati
Albert Einstein*

Un approccio globale

Negli ultimi anni è emersa nel campo della riabilitazione una tendenza alla “globalità”: non limitarsi a valutare i sintomi ma identificarne le cause.

Tutte le scuole di pensiero con cui ci siamo confrontati risultano invece accomunate dal considerare la patologia ortopedica come risultato di una disfunzione nel sistema neuro-muscolo-scheletrico, considerato solo dal punto di vista meccanico.

Secondo noi la programmazione neuro-linguistica (Pnl), e in particolare lo strumento dei livelli logici, sono una proposta veramente globale, riunendo fattori fisici e fattori cognitivi, che il dualismo corpo-mente aveva separato.

Le yellow flags

Le *yellow flags* danno rilievo all’influenza della componente cognitiva sulle affezioni d’interesse riabilitativo: i pazienti che sviluppano problemi cronici hanno spesso errate convinzioni e atteggiamenti rispetto a tali problemi.

I colleghi neozelandesi hanno descritto le *yellow flags* mediante un acronimo di 7 lettere, ABCDEFW, che riassume i fattori di rischio bio-psico-sociali: Attitude e Believes, Behaviour, Compensation Issue, Diagnosis, Emotion, Family, Work.

Spesso sono pazienti il cui problema interferisce con la sfera economica, pazienti che hanno ricevuto diagnosi differenti o che presentano un tono dell'umore basso.

I livelli logici o di pensiero

L'introduzione dei livelli logici si deve a Gregory Bateson, mentore di Richard Bandler e John Grinder, cofondatori della programmazione neuro-linguistica, la cui diffusione si deve soprattutto a Robert Dilts, il quale afferma che il cervello è organizzato in diversi livelli logici, o livelli di pensiero. Questi possono essere utilizzati in fisioterapia per individuare a quale livello si genera il problema e a quale livello intervenire, dandoci una comprensione globale della persona, dal punto di vista fisico e cognitivo.

Un problema generato dall'ambiente, ad esempio, risponde alla domanda dove e quando: una paziente soffre di mal di schiena quando indossa calzature con i tacchi (dove?) per più di due ore (quando?).

Nella tabella sono rappresentati tutti i livelli logici e le domande cui rispondono.

mondo dell'ESSERE	Livello	Domanda
	Spirito/Missione	con chi?
	Identità	chi sei tu?
	Convinzioni/Valori	perché?
mondo del FARE	Capacità	come?
	Comportamenti	cosa?
	Ambiente	dove? quando?

In generale, il livello sottostante influenza a *breve termine* il livello *sovrapostante*, mentre il livello *sovrapostante* influenza a

lungo termine quello sottostante. Capire a quale livello logico si presenta il problema ci consente di capire dove agire, e ci dà una comprensione globale di come quella persona funziona, sia dal punto di vista fisico sia cognitivo.

I primi due livelli: ambiente e comportamenti

Quando un paziente riferisce un sintomo, chiediamo in che ambiente questo si verifica, *dove e quando*.

Per esempio, se un paziente riferisce dolore al piede correndo sull'asfalto, l'ambiente cambierà il suo *comportamento* nel breve termine, magari inducendolo a correre in maniera diversa rispetto a quando corre sull'erba.

Se non posso agire sul fattore ambiente, allora questo cambierà il mio comportamento anche a *lungo termine*, e il comportamento ripetuto sarà in grado a sua volta di modificare l'ambiente. Se corro sempre in un determinato modo consumerò le scarpe di più sul versante interno, modificando "l'ambiente scarpa". Questo esempio dimostra come il livello superiore a lungo termine risulti dominante sul livello inferiore. Dobbiamo chiederci sempre se un comportamento è dovuto a un ambiente favorevole allo sviluppo di quel comportamento oppure no: il nostro paziente può scegliere dove correre o è obbligato a correre in un determinato ambiente? Assumo una cattiva postura perché la sedia dell'ufficio è scomoda o è la mia postura scorretta che a lungo termine ha sformato la sedia?

La relazione tra comportamento e capacità

Se giocando a calcetto vado incontro a una distorsione di caviglia, a *breve termine* perderò la capacità di giocare (*Comportamento che a breve termine influenza le Capacità*).

Il paziente che tutti i giorni esegue gli esercizi per gestire una

postura corretta svilupperà la capacità di mantenere quella postura per tutto il tempo necessario (*Comportamento* reiterato che a *lungo termine* svilupperà la *Capacità*).

Chiediamoci sempre se il comportamento del paziente è proporzionato rispetto alle sue effettive capacità o se è eccessivo: il paziente è in grado di eseguire il gesto correttamente?

La relazione tra capacità e convinzioni/valori

Le convinzioni sono una sensazione di certezza rispetto a qualcosa, ma non hanno nulla a che vedere con la realtà.

Possiamo definire le convinzioni come stabilizzatori emozionali che ci consentono di evitare continue esperienze di nuove cose, o come generalizzazioni di esperienze di causa-effetto. Esistono due tipi di convinzioni: *potenzianti e limitanti*.

Una *convinzione potenziante* per noi fisioterapisti, per esempio, è che è necessario tenersi sempre aggiornati per fornire un trattamento valido: questo ci condurrà a studiare e ad approfondire temi come questo che stiamo trattando (*Convinzione* che nel lungo termine cambia le *Capacità*). Una *convinzione limitante* è ritenere che serve solo la terapia manuale, oppure l'osteopatia: ciò non porterà a studiare e a sviluppare delle nuove capacità nel lungo termine.

Per il nostro paziente, il fatto che abbia la capacità di eseguire degli esercizi di estensione e trovare giovamento nel suo mal di schiena potrebbe fargli produrre la convinzione che tutti i mal di schiena possano essere trattati mediante esercizi di questo tipo (*Capacità* che nel breve termine cambia la *convinzione*). Le *convinzioni* ci dicono perché dobbiamo sviluppare quella determinata *capacità*: se convinco un paziente che è importante che eviti alcune posture per prevenire il mal di schiena, questo svilupperà la capacità di riconoscere le posture errate e attuerà un comportamento di correzione delle stesse.

Capire se i nostri pazienti sono convinti di poter essere loro stessi lo strumento della loro guarigione o credono piuttosto di essere nelle nostre mani è fondamentale per una corretta scelta terapeutica. Nel primo caso il paziente sarà adatto a metodi che prevedono l'autotrattamento, nel secondo caso risponderà meglio a una ricezione passiva del trattamento.

Davanti a una convinzione possiamo decidere se assecondarla oppure destrutturarla ampliando la visione.

Di fondamentale importanza sono le convinzioni dei pazienti rispetto alla possibilità di guarire. Prendiamo un paziente convinto di doversi abituare a convivere con un mal di schiena che nessuno specialista è finora riuscito a curare: sarà motivato a fare terapia e farà gli esercizi che gli assegniamo?

La relazione tra convinzioni e identità

L'identità è una convinzione su noi stessi, risponde alla domanda "chi sei tu"?

Spesso i pazienti si identificano con la patologia di cui soffrono e ti dicono che *sono* lombalgici cronici (*identità*) e non che *soffrono* di (*comportamento*). Ovviamente l'*identità* cambierà le *convinzioni* e lo stesso avverrà, in cascata, per tutti i livelli logici.

Se io sono un lombalgico cronico potrò strutturare la *convinzione limitante* che dalla lombalgia non si può guarire e non svilupperò le *capacità* e i comportamenti necessari a guarire.

Se il problema è a livello dell'identità, oltre che con la fisioterapia, è opportuno operare anche con strumenti cognitivi che ci aiutino a ridefinire l'identità.

La relazione tra identità e missione

Lo *spirito/missione* risponde alla domanda "con/per chi altro?", ovvero a quale gruppo il paziente sente di appartenere. Abbiamo conosciuto tanti podisti che soffrono di periostite e

che quando vengono a farsi trattare dicono che nel loro gruppo nessuno ha interrotto gli allenamenti per risolvere questo tipo di problema, e questo li rende scettici in partenza. È lo *spirito* del paziente che appartiene a quel gruppo che va cambiato, affinché possa aderire con esiti positivi al trattamento.

Un mondo da studiare

I temi che abbiamo qui esaminato rappresentano una proposta, ancora *in nuce*. Siamo convinti che il mondo della riabilitazione, e più in generale quello della medicina, debba integrare il consueto modo di valutare i pazienti con elementi della sfera cognitiva, per rendere più completa e “globale” la nostra pratica professionale quotidiana.⁶⁵

⁶⁵ Per approfondire:

David S. Butler, *The Sensitive Nervous System*, Orthopedic Physical Therapy, 2000
 David S. Butler, Lorimer Moseley, *Explain Pain*, Noigroup Publications, 2003
 Robert B. Dilts, *I livelli di pensiero*, Alessio Roberti Editore, 2003
 Robert B. Dilts, *Il potere delle parole e della Pnl*, Alessio Roberti Editore, 2004
 Linton SJ, et al., *Clin J Pain*, *Can We Screen for Problematic Back Pain? A Screening Questionnaire for Predicting Outcome in Acute and Subacute Back Pain*, 1998 Sep; 14(3):209-15
 Karen Grimmer-Somers, Mathew Prior, Jim Robertson and J. Pain Res, *Yellow Flag Scores in a Compensable New Zealand Cohort Suffering Acute Low Back Pain*, 2008; 1: 15-25
 Kendall NA, Linton SJ, Main CJ, *Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain*, Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee, 1997

Appendice 2

Le parole che ascoltano: il linguaggio dell'omeopatia

Emilio Iodice

*“... da parte di colui che pratica l'arte del guarire... si esige... :
un animo senza pregiudizi, l'attenzione nel corso dell'osservazione,
un'onestà scrupolosa ...”
(Samuel Hahnemann⁶⁶)*

L'omeopata è il medico che ascolta e osserva: per far questo è necessario far tacere il rumore interiore dei propri schemi intellettuali, dei propri pregiudizi scientifici, della propria reattività. Quando parlo di omeopatia la intendo nel senso datole da Hahnemann: una medicina “totale” nella quale si fondono corpo spirituale e corpo fisico.

Questa omeopatia, reale e unitaria, è una vera scienza di vita⁶⁷: una scienza difficile perché l'appercezione del nucleo dell'Io di un paziente, la comprensione delle sue capacità intellettive, delle sue pulsioni caratteriali, delle sue modalità reattive rappresentano un'operazione così ardua da scoraggiare chiunque vi si dedichi senza un grosso bagaglio di umiltà e intuizione. Per di più il “rimedio” omeopatico, non avendo la capacità soppressiva dei farmaci tradizionali, agisce proprio stimolando la libertà di scelta e aumentando le risorse energetiche dell'individuo. Diventa quindi fondamentale il momento del dialogo tra medico e paziente, che si concretizza con l'anamnesi, ossia la raccolta di informazioni sul suo stato di salute.

⁶⁶ Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755 -1843) medico tedesco, fondatore dell'omeopatia, pubblicò nel 1810 la prima edizione del suo principale lavoro teorico “*Organon dell'arte di guarire*”, dal quale è tratta la citazione qui riportata.

⁶⁷ «*Omeopatia e psicanalisi - raffronti*», Emilio Iodice e Guido Granata, 1996, edizioni Jaca Book Milano

In omeopatia l'anamnesi si intende in termini complessivi: riguarda infatti non solo la salute fisica, ma anche quella psichica, le abitudini, i sogni, le frustrazioni e le ambizioni e tutto ciò che incide sul benessere complessivo.

Questo livello di conoscenza si raggiunge attraverso il cosiddetto "interrogatorio": un incontro fra medico e paziente in cui il primo fa le domande e il secondo risponde. Questo dialogo ha un suo ritmo e richiede un'attenzione particolare alle sfumature. Spesso non tutto si può capire dal primo incontro: esistono momenti critici nella biografia individuale che possono richiedere tempo per emergere.

E anche il contesto è un elemento influente. Contano infatti anche aspetti a prima vista secondari come il modo in cui il medico cura (o meno) la sua persona e i suoi spazi, la posizione del lettino da visita, il tavolo da lavoro (un tavolo occupato da riviste, libri, scatole di medicine comunica al paziente che non c'è posto per lui).

Nella malattia si racchiude un evento che può segnare non solo il corpo, ma il destino di una persona, e che assume le connotazioni di una potente immagine da cui ci si deve far compenetrare.

Il presupposto del rapporto medico-paziente è un'immedesimazione, quello che i filosofi chiamano "empatia", e i buddisti "compassione".

Non c'è niente che susciti emozioni forti come la malattia, come il manifestarsi alla superficie di ciò che sta di solito all'interno del corpo.

L'obiettivo dell'omeopata è il controllo dell'espressione automatica e involontaria delle emozioni, non certo la loro negazione. Se uccidiamo il sentire umano, uccidiamo la compassione, l'empatia e l'immedesimazione.

E veniamo meno al principio della reciprocità.

Ancor oggi ci si interroga sull'anima della medicina. Dove possiamo trovarla?

Forse anche nel cuore della straordinaria, appassionata relazione umana che costituisce il dialogo tra il medico e il suo paziente, tra la medicina e il paziente, tra il rimedio e il paziente, alla ricerca della similitudine più perfetta, del “simillimum”.

Il linguaggio omeopatico è di tale raffinatezza e complessità che ci dimostra, a differenza del movimento metodologico della medicina attuale che muove dal malato verso la malattia, che l'omeopata percorre invece la via che conduce dallo studio dei disturbi alla conoscenza sintetica di un individuo, con il suo habitat, le sue reazioni, le sue caratteristiche psichiche, le sue modalità reattive.

Linguaggio simbolico, certo: base dell'omeopatia è infatti anche il ragionamento simbolico.

Perché Hahnemann si interessava dei sogni che nemmeno allora rientravano nella fenomenologia dell'Io cosciente?

Perché “Lachesis”⁶⁸ sogna di morti, sogna di sangue? Perché fa sogni profetici?

Perché “Thuja”⁶⁹ sogna di cadere dall'alto, di precipitare negli abissi?

Perché nel rimedio è adombrato anche un subconscio che può derivare dal vissuto dell'individuo, ma può anche rappresentare un “resto arcaico” che affiora dall'inconscio e appartiene alla memoria collettiva.

Da migliaia di anni la raffigurazione del serpente è associata all'idea della morte come trasformazione.

E il serpente domato diviene il simbolo della medicina, il simbolo di Asclepio, a rappresentare la trasformazione che, dalla morte, genera la vita.

Ascolto, parola, simbolo, cura, benessere.

Il linguaggio dell'omeopatia è tutto questo.

⁶⁸ Lachesis: rimedio omeopatico (corrispondente anche al “tipo”) ottenuto dal veleno del serpente *Lachesis mutus*, un grosso serpente velenoso.

⁶⁹ Thuja: rimedio omeopatico (corrispondente anche al “tipo”) ottenuto dalle foglie e dai rami della *Thuja Occidentalis*, l'albero della vita, una conifera della famiglia delle cupressacee.

FOCUS

Il linguaggio del Pronto Soccorso

Viaggio in uno degli ambienti più delicati per le interazioni umane

Questa parte del libro si focalizza su ciò che accade in un territorio particolare, il Pronto Soccorso, che rappresenta un po' il confine tra l'ospedale e il fuori. La porta d'ingresso più frequente e più difficile. La zona in cui lo smarrimento, l'imprevisto, l'inesperienza, e poi ovviamente l'emergenza-urgenza, il pericolo, la paura, la rabbia, l'angoscia, giocano contro la buona relazione terapeutica.

L'obiettivo di queste pagine è proprio l'analisi del linguaggio come portatore di messaggi e come base per la costruzione di relazioni efficaci.

Perché un'attenzione specifica per il linguaggio del pronto soccorso? Potrebbe sembrare una contraddizione: qui servono poche parole. Servono i fatti. E svelti.

Fattori critici della comunicazione in pronto soccorso

Esistono diversi fattori critici per la comunicazione in pronto soccorso. Vediamone alcuni.

- 1) Sappiamo che in ogni angolo di un ospedale è molto facile danneggiare e distruggere relazioni interpersonali costruite con fatica, mentre è piuttosto difficile costruire relazioni serene, sia con i colleghi sia con i pazienti. Nel pronto soccorso tutto ciò è acuito al massimo grado. Qui niente è neutro, tutto provoca degli effetti. È un contesto ricco di fatti, azioni e decisioni.

Un contesto pratico, un mondo del fare in cui però è in gioco quello che le persone sono e il modo in cui si spe-

rimentano in quella condizione limite che è la condizione del dolore.

- 2) La comprensibile propensione a concentrarsi sulle azioni tecniche della professione medico-infermieristica porta con sé il rischio di dimenticarsi di investire energie nel costruire buone relazioni interpersonali con i colleghi. Dalle azioni mediche si sa che cosa attendersi, ma queste azioni non sono le uniche a influire sul successo della prassi terapeutica di pronto soccorso. Il più delle volte, i pazienti mancano della competenza per valutare l'appropriatezza *tecnica* del servizio, e l'unica cosa che possono fare è fidarsi. La loro attenzione è invece attratta da elementi inessenziali, che tuttavia stanno alla loro portata: condizioni della struttura, adeguatezza degli spazi, pulizia, tempismo, umore delle persone. Tutti elementi che influiscono sul loro giudizio della situazione e sulla loro conseguente disponibilità a cooperare.

Anche i fattori professionali ansiogeni - tantissimi, in pronto soccorso - non sono sempre direttamente correlati all'insieme delle azioni di area critica; l'origine delle malattie da stress è oggi individuata in prevalenza non in fattori stressori specifici (che incidono solo nell'8% dei casi), ma in fattori stressori a-specifici. I primi riguardano i comportamenti direttamente collegati alla specificità della professione (nel caso degli operatori di pronto soccorso, la gestione di urgenze ed emergenze medico-sanitarie più gravi). I secondi riguardano quell'insieme di azioni che vengono compiute durante il lavoro, ma che non hanno una specifica correlazione con il profilo professionale esercitato (andare al lavoro, trovare parcheggio, relazionarsi con i colleghi ecc.).

- 3) Non dappertutto esiste un gruppo di specialisti dell'emergenza-urgenza. Nelle città di una certa dimensione, certo

che sÌ. Ma negli ospedali decentrati, molti medici e infermieri vivono l'attività di PS come secondaria, pericolosa rispetto a quella dei rispettivi reparti.

4) Il vero Re del Pronto Soccorso è uno solo: il Tempo. Non solo nel senso delle decisioni da prendere in fretta, ma proprio come fattore dominante di tutte le dinamiche relazionali. Chi domina tutte queste dinamiche? Il Re del PS, Sua Maestà il Tempo. Lo vediamo dagli obiettivi dei vari attori:

- pazienti e parenti: essere “triaggiati” in fretta; essere visitati in fretta; avere il problema risolto in fretta; essere dimessi/ricoverati in fretta;
- infermieri: triaggiare in fretta; avere in fretta indicazioni dal medico; liberare in fretta il lettino o la poltrona, o perché il problema è stato risolto, o perché il paziente è stato ricoverato o perché, stufo di aspettare, se n'è andato;
- medico: visitare in fretta; parlare in fretta, con poche parole, ai pazienti e ai familiari, credendo così di risparmiare tempo; impostare la terapia in fretta. Vedere i farmaci agire in fretta. Decidere in fretta il “destino” del paziente: dimissione, ricovero, trasferimento. Il medico dunque avverte la pressione di pazienti, familiari, infermieri, e perfino quella del collega che viene dopo, per non lasciargli una lunga coda o dei “pacchi”, o per non fare brutte figure.

In un contesto così frenetico, a farla da padrone in PS è ben difficile sia il linguaggio verbale, quello delle parole (che, come vediamo nel box nella pagina seguente, di per sé conta davvero poco, dappertutto): più che in altre situazioni, più che in reparto, sono qui il tono della voce, gli sguardi, i gesti, il corpo, a comunicare.

Qui più che altrove l'ingegneria delle parole, quel patrimonio di tecniche e di attenzioni che analizziamo nelle prossime

pagine, va trattato con cura. Perché può far pure arrabbiare un infermiere o un medico che sembra che ti venga dietro, ma non riesci a scacciare l'impressione che sia distratto.

Il Tempo ruba spazio alle parole. Il Tempo cede terreno ai gesti, alle smorfie, agli sbuffi, alla mancanza di autocontrollo del corpo e della faccia. Perché è più difficile contare fino a dieci con la faccia di marmo, studiare le caratteristiche dei pazienti e dei familiari.

Ma proprio perché le parole sono qui così delicate, è ancora più importante misurarle, curarle, allenarsi a usarle con rispetto. Prendersi cura del paziente, anche con le parole, è proprio

Basta la parola?

A chi gli chiese quale fosse la cosa più importante, l'ultima ricchezza che sarebbe stato disposto a perdere, il politico americano Daniel Webster rispose: «Se mi fossero tolte tutte le mie ricchezze e forze, a eccezione di una, e io potessi scegliere quest'una, sceglierei di conservare la possibilità di parlare, perché con quella, poi, riconquisterei tutte le altre».

E se ci spingiamo più indietro, fino al Vangelo di Giovanni, leggiamo: «In principio era la parola, e la parola era presso Dio, e Dio era la parola». La parola prima di tutto, dunque.

Il linguaggio, però, è molto più ampio della sola comunicazione verbale: secondo Albert Mehrabian, psicologo dell'Università della California, ciascuno di noi proietta idee e sentimenti sugli altri in queste misure:

- solo per il 7% con le parole
- per il 38% con il paraverbale: timbro della voce, tono e variazioni del tono, volume, velocità, pause
- per il 55% con il non verbale: postura, gestualità, mimica facciale, sguardi, prossemica, atteggiamento, abbigliamento.

Il più piccolo cambiamento anche in uno solo di questi tre ambiti del linguaggio può modificare il senso dell'enunciato, e dunque intervenire sulle possibili reazioni e risposte dell'interlocutore.

Se un operatore di pronto soccorso si presentasse in canottiera e infradito, di certo otterrebbe un effetto incongruente rispetto alle parole che usa.

L'obiettivo di queste pagine è capire cosa fare perché le parole assumano un'efficacia maggiore di quel 7%. Pensiamo a quanto è importante, in situazioni critiche, in pronto soccorso, trovare le parole giuste. E i modi giusti per dirle. E gli atteggiamenti giusti per dirle.

il contrario del prendere in giro. È rispettarlo, sostenerlo, con gli sguardi, con le posture, con il tono della voce, e anche con quelle cinque o sei parole che gli si butta lì, perché non gli si spacchi il cuore.

Tecniche per fare del linguaggio una prassi terapeutica Disturbi della comprensione e decodifica del messaggio

Le relazioni tra le persone, in particolare in situazioni critiche, si alimentano di una forte carica emotiva che può portare a discrepanze tra ciò che accade, ciò che si percepisce e il modo in cui tutto ciò viene verbalizzato.

Nel processo di trasmissione di un messaggio si susseguono *tre fasi*:

1. decodifica del testo (significanti > grammatica)
2. analisi dei concetti (significati > semantica)
3. previsione del messaggio, dell'impatto sul destinatario e della relativa risposta (feedback > pragmatica).

Nella *prima fase* ci confrontiamo con le regole grammaticali e con la diversa conoscenza del codice linguistico da parte degli interlocutori, che possono generare incomprensioni anche all'interno della stessa lingua, ancora di più tra personale medico-infermieristico e paziente/accompagnatori. Se, nel discutere tra loro sulle procedure mediche da seguire, due medici usano un codice linguistico tecnico, dovranno dare agli stessi contenuti un altro codice nel comunicarli a pazienti e accompagnatori.

Questo punto coinvolge una riflessione molto vivace nel settore della linguistica medica, la distinzione tra *tecnicismi specifici* e *tecnicismi collaterali*⁷¹. Se i primi sono necessari, perché utili nella comunicazione specialistica, i secondi sono parole legate non a

⁷¹ Vedi le riflessioni di Luca Serianni in apertura di questo libro.

effettive necessità comunicative, ma alla scelta di usare un registro elevato, e che vanno tradotte perché complicano la comprensione dei non addetti ai lavori.

Se si parla tra specialisti è inutile, o dannoso, ricorrere a perifrasi come “l’osso qui dietro” o “quella macchinetta che serve per...”, per parlare del coccige o dell’ecodoppler.

Ma si potrebbero evitare i tecnicismi collaterali come *studi osservazionali*, *eventi patologici* conseguenti a infezione polmonare, o patologia su base psicosomatica.

Nella *seconda fase* oggetto di attenzione è la semantica, ossia i significati delle parole.

Pensiamo, per esempio, a un paziente che arriva al pronto soccorso dopo un incidente in moto: anche se indossava il casco, ha perso conoscenza per molti minuti. Un medico urla, in modo concitato: «Facciamogli subito una TAC, perché anche se aveva il casco, si è rotto». Non è scontato che il paziente capisca che cosa si è rotto: il casco o l’osso del collo. In una situazione critica viene spesso stravolta la percezione delle parole, che possono assumere un peso diverso tra chi le dice e chi le ascolta.

Solo un esempio di come una parola breve possa assumere un’importanza essenziale, attirando l’attenzione

Problemi di decodifica: il caso dei codici colore

È inoltre essenziale comprendere in che modo gli altri ragionano, chiedersi qual è la natura delle aspettative di un paziente, imparando a prevenirne le manifestazioni per gestire meglio gli interventi nel pronto soccorso. Pensiamo, per esempio, ai codici colore.

Per l’infermiere di pronto soccorso essi significano una sola cosa: la gravità del paziente, cui corrisponde (o non corrisponde) il diritto di precedenza sugli altri pazienti, quindi un tempo breve o lungo di attesa. I pazienti, invece - come dimostrato da diverse ricerche - comprendono che il colore assegnato dipende dalla gravità della propria situazione, ma non che a situazioni meno gravi corrispondono tempi di attesa più lunghi. Il codice colore raggiunge l’intelligenza cognitiva del paziente, non l’intelligenza emotiva.

su diverse parti della frase e modificandone il significato: la congiunzione *ma*. Dire all'accompagnatore di un paziente grave

Stiamo facendo il possibile per salvargli la vita, ma la situazione è grave

è molto diverso da dire

La situazione è grave, ma stiamo facendo il possibile per salvargli la vita.

Parole come *ma*, *però*, *tuttavia*, sono *congiunzioni avversative* che creano avversione tra le due parti della frase che congiungono:

Capisco la sua ansia, ma qui ci sono pazienti molto più gravi.

So che le fa male, ma ora deve controllarsi.

La parola *e*, *invece*, è una *congiunzione copulativa* (copula = coppia, unione), colloca due parti di una frase sullo stesso livello:

La situazione purtroppo è grave, e noi stiamo facendo tutto il possibile per salvargli la vita.

Linguisticamente, gravità della situazione e azione dei medici sono pari. Alcune volte basta invece invertire l'ordine di due parole per influire sull'impatto della frase.

Per comunicare una diagnosi infausta, per esempio, si potrebbe dire al paziente che c'è un «grave problema», oppure che c'è un «problema grave».

Per alcune persone l'aggettivo messo davanti al sostantivo dà il senso di una situazione certo grave e seria, che tuttavia si può affrontare. Nel «problema grave», invece, sarà più diffici-

le pervenire alla soluzione. Per altre persone è il contrario. Quanto sarebbe utile, per medici o infermieri di pronto soccorso, sapere in anticipo come funziona, su questo aspetto, il cervello dell'ascoltatore?

A proposito di "situazioni gravi", possiamo legarci alla tecnica linguistica detta *struttura a sandwich*, o tecnica delle 3 K, Kiss-Kick-Kiss (bacio-calcio-bacio).

In comunicazione, mettere una cattiva notizia in mezzo a due buone può attutirne l'impatto. Per esempio:

È un incidente comune. Ha subito la rottura di un legamento. Con un intervento immediato, in pochi mesi tornerà a camminare.

Molto diversa sarebbe la percezione dell'ascoltatore se spostassimo la frase centrale all'inizio o alla fine. Una cattiva notizia va attutita, sopra e sotto, da un tono garbato che trasmette fiducia. Le parole creano quindi relazioni diverse tra le persone a seconda di come esse stesse si relazionano le une con le altre.

La *terza fase* è la più delicata, perché qui pesano esperienze e pregiudizi. Quando riceviamo una lettera dal nostro amore o una mail dal capo, già prima di leggere abbiamo un'aspettativa, spesso diversa dall'intenzione del mittente, che pregiudica la corretta comprensione del linguaggio. In un contesto di emergenza, il personale di pronto soccorso gestisce non solo situazioni mediche, ma anche parole, e un messaggio viene percepito in modo diverso a seconda che venga comunicato dal personale dell'ambulanza, da un infermiere o da un medico (e, tra questi, uomo o donna, più o meno giovane, italiano o straniero, a inizio o a fine turno). Per allenarci a usare bene le parole, è molto utile costruirci un frasario essenziale del linguaggio dei pazienti e dei parenti/accompagnatori.

Ecco le parole più frequenti in un pronto soccorso:

- Le parole dei pazienti**
- è da mesi che sto male, - quando mi faranno la visita?
 - ma il mio medico non mi cura - non volevo venire in pronto soccorso, mi ha obbligato mia moglie
 - non volevo disturbare il mio medico - il mio medico mi ha detto di venire
 - in PS faccio prima - chiedo a mia moglie (su patologie, farmaci...) - voglio andare a casa!
 - c'è qualcosa di brutto? - vi denuncio!
 - devo essere ricoverato - non vede che piange? (*mamma del bambino*)
 - sono grave, non posso aspettare - il pediatra non mi vuole visitare, mi ha detto di venire in PS
 - uffa, sono arrivati gli esami? - vi siete dimenticati di me!
 - sto male, molto male, malissimo - cosa sto aspettando ancora?!?
 - ho un dolore allucinante - aiuto!
 - ci vuole tanto tempo?
 - è una vita che sono qui ad aspettare!
- quando tocca a me?
 - mi fate morire di fame!
 - ma non c'è nessuno in questo PS?!
 - non c'è un medico?
 - voi fate passare sempre prima gli stranieri!
 - voi fate passare sempre prima gli italiani!
 - perché devo pagare il ticket?
 - che codice mi ha dato?
 - per entrare in sala devo morire?
 - devo fare la pipì
 - mi passano tutti davanti
 - può entrare il parente?

- Le parole dei parenti/accompagnatori**
- non sa spiegarsi - il mio vecchietto non ce la fa più (*badanti*)
 - mi chiami un responsabile - mi spieghi cos'ha detto il medico perché non ho capito
 - tenetelo qua - perché me lo mandate a casa?
 - a casa non lo porto, non ce la faccio più - paghiamo le tasse!
 - *mai* una volta che si trovi una persona disponibile qui dentro, siete *tutti sempre* così occupati, salvate vite solo voi al mondo? - qui si fa in tempo a morire
 - vi denuncio! chiamo i carabinieri! - cosa gli fate?
 - chiamo i giornalisti! - quanto c'è ancora da aspettare?
 - dovete fargli la lastra, perché il mio medico non ce la fa - lui è più grave!
 - siamo venuti qua perché voi siete bravi - perché quello è passato prima di noi?
 - il mio bambino non ce la fa più - no, è lei che non capisce!
 - voi dovete fare qualcosa! sbrigatevi! - cosa bisogna fare per farsi ascoltare?
 - non capisco cos'abbia

Controllare la comunicazione è importante tanto quanto capire cosa fare dal punto di vista medico. La comunicazione è fatta di ciò che si dice e di ciò che si ascolta, ma ciò che non si ascolta, o si fraintende, può portare la relazione in direzioni opposte. Il linguaggio racconta e descrive, e il modo in cui viene riportato un avvenimento, il dolore, la paura o la rabbia che si prova, va considerato alla luce di meccanismi linguistici molto precisi. Li vedremo nelle pagine seguenti.

Le due strutture del linguaggio: struttura superficiale e struttura profonda

Le parole non curano le ferite, però possono rendere meno dolorosi i momenti che bisogna attraversare per guarire. Secondo Noam Chomsky⁷², il più autorevole linguista vivente, il linguaggio è strutturato su due livelli:

- la *struttura profonda*, legata alla nostra percezione della realtà, in cui si formano i significati soggettivi delle esperienze che viviamo, in cui stanno i nostri pensieri;
- la *struttura superficiale*, ossia le parole che usiamo per esprimere i nostri pensieri.

La struttura profonda non compare mai in modo chiaro nel linguaggio: nessuno dice con estrema precisione ciò che pensa. Nel portare in superficie le parole che abbiamo nel profondo, compiamo tre operazioni che trasformano il messaggio:

- *cancellazioni*: eliminano alcune parti dell'esperienza o dell'informazione
- *generalizzazioni*: trasformano alcune parti dell'esperienza soggettiva in enunciati universali
- *deformazioni*: distorcono alcune parti del pensiero

⁷² L'opera fondamentale di Noam Chomsky è considerata *Syntactic Structures*, del 1957. In italiano, *Le strutture della sintassi*, Laterza, Roma-Bari, 1974.

Vediamo alcuni esempi, nel contesto del PS.

Cancellazioni. Se vediamo da lontano una persona che non ci piace, nel tempo impiegato per arrivarle di fronte decidiamo di non esprimere tutta una serie di pensieri.

Nel percorso dal profondo alla superficie cancelleremo molte parole che non possiamo/vogliamo/sappiamo esprimere, fino a dire: «Ciao, come va?».

Possiamo pensare che in una situazione di emergenza siano molte le cancellazioni, sia da parte dei pazienti, sia da parte del personale sanitario.

- ma sta male! (*come? dove? da quando?*)
- ma lei non sa chi sono io! (*perché, chi è lei?*)
- ho l'appuntamento (*con chi? dove? perché?*)
- ci vuole tanto tempo? (*per fare che cosa?*)
- mi hanno detto di venire (*dove? e chi glielo ha detto?*)

Generalizzazioni. Un bambino piccolo che per la prima volta vede in modo distinto la maniglia di una porta, dopo alcuni tentativi capisce che, toccandola in un certo modo, la porta si apre. Prima ancora di aver saputo darle un nome, ha imparato il funzionamento della maniglia, grazie alla generalizzazione di una piccola esperienza.

Importantissimo strumento di apprendimento, la generalizzazione può avvicinarsi al pregiudizio. Le parole che esprimono questo processo si chiamano *quantificatori universali*: *tutti, nessuno, sempre, mai, ogni volta che...*

- passano *tutti* davanti a me
- ma non c'è *nessuno* in questo PS?!
- fosse per lui non andrebbe *mai* in ospedale
- non ce la faccio *più*
- voi fate passare *sempre* prima gli stranieri!

- *mai* una volta che si trovi una persona disponibile qui dentro, siete *tutti sempre* così occupati, salvate vite *solo* voi al mondo?

Deformazioni. Ancora più insidiosa, la terza operazione è spesso una conseguenza delle prime due. I filtri cognitivi e sociali, che ci portano a cancellare e a generalizzare le nostre affermazioni, inevitabilmente deformano il nostro pensiero.

Prendiamo un paziente che urla:

Ma qui non mi ascolta mai nessuno! Bisogna sempre alzare la voce per farsi considerare! Bisogna morire per essere degnati di uno sguardo!

Che cosa avrà cancellato, o aggiunto (e quindi deformato), del suo pensiero?

Cosa cancellerà dalla propria struttura profonda l'infermiere che gli risponde e come il suo pensiero ne verrà deformato? Quali effetti attiveranno in lui le generalizzazioni *mai* e *sempre* usate dal paziente e con quali generalizzazioni gli risponderà? Un groviglio di interazioni generate da parole, toni, sguardi, atteggiamenti. Le parole da cui medici e infermieri vengono investiti arrivano alla superficie dopo complessi percorsi di cancellazione-generalizzazione-deformazione di cui è importante essere consapevoli, per capire quali sono i pensieri e le sensazioni di pazienti e accompagnatori.

Per fortuna esiste uno strumento che ci aiuta a districarci in questo groviglio.

Metamodello: uno strumento di precisione per capire le parole di chi soffre

Ciascuno di noi percepisce la realtà in modo soggettivo, attraverso cancellazioni, generalizzazioni e deformazioni, creandosi

un proprio modello o mappa della realtà stessa. Lo studio di questo meccanismo è chiamato *metamodello*, o modello di precisione linguistica, perché punta a disporre di più informazioni ripercorrendo a ritroso le trasformazioni che abbiamo visto prima.⁷³ Il metamodello si serve di un *repertorio di domande* per entrare nella *mappa* del nostro interlocutore e capirne meglio le affermazioni, recuperando le informazioni andate perdute dalla sua struttura profonda o trasformate nella struttura superficiale. Per esempio, nella frase «Lo dicono tutti che questo non è un buon pronto soccorso» c'è un soggetto non specifico che evidenzia un processo di generalizzazione. Applicando il metamodello, cerchiamo di risalire all'esperienza originaria dell'interlocutore attraverso la domanda: *Chi, e in base a quale criterio, dice che questo non è un buon pronto soccorso?*

Posta in modo sincero e garbato, la domanda “aggancia” l'interlocutore a un percorso di relazione. La risposta permetterà di risalire alle esperienze specifiche alle quali l'individuo si riferisce, o lo indurrà a una revisione del proprio pensiero, recuperandone segmenti che - anche inconsciamente - ha cancellato/generalizzato/deformato.

Ecco alcuni esempi di domande utili a questo scopo:

- Ho paura. > *Di che cosa ha paura? Di chi? Cosa posso fare per tranquillizzarla?*
- Ormai è troppo tardi. > *Per fare cosa? Che cosa glielo fa pensare?*
- Lei non mi considera. > *In che modo pensa che non la consideri? Cosa glielo fa pensare?*
- Sento che succederà qualcosa > *Che cosa sente che succederà? a chi? che cosa glielo fa sentire?*

⁷³ Qui la parola *trasformazioni* non è casuale: la teoria delle due strutture del linguaggio, ossia la grammatica spiegata da Chomsky, è chiamata proprio *grammatica trasformazionale*.

- I miei colleghi non mi sorridono mai. > *Tu sorridi sempre loro?*
- Se non mi visita subito vuol dire che per lei posso anche morire. > *Non le sembra un rapporto causa/effetto un po' forzato?*

Risulta ora chiaro quanto l'ascolto può fare la differenza in una relazione. Il metamodello può servire per fare domande esplicite all'interlocutore o anche per fare domande a se stessi, e scendere più in profondità nell'analisi delle situazioni, attenendosi a ciò che viene messo in campo prima di formulare giudizi sulle persone. Molto spesso, formulando bene le domande, già vi si trovano almeno gli embrioni delle risposte.

La realtà e le sue rappresentazioni: quella del medico/infermiere, quella del paziente/accompagnatore

Ascoltare come una certa realtà viene raccontata può suggerire un intervento più efficace dal punto di vista comunicativo. Potremmo rappresentare così il percorso che segue un avvenimento quando viene raccontato:

R > RR > RRR

dove R è la realtà, RR è la rappresentazione della realtà, ossia l'idea soggettiva che ciascuno di noi si fa della realtà, e RRR è la rappresentazione della rappresentazione della realtà, ossia il linguaggio con cui ciascuno di noi esprime non la realtà stessa, ma ciò che pensa della realtà.

Gli esempi di questo fenomeno sono forse in ogni attività: se parliamo di un evento politico, o sportivo, o della nostra quotidianità, noi riportiamo la rappresentazione verbale della nostra rappresentazione mentale della realtà, non la realtà vera e propria.

Frasi come:

- voi fate passare sempre prima gli stranieri!
- qui ci fate morire
- mai una volta che si trovi una persona disponibile qui dentro, siete tutti sempre così occupati, salvate vite solo voi al mondo?
- è una vita che sto qui ad aspettare!
- è tutto uno schifo

esprimono evidentemente non la situazione reale ma, sul piano linguistico, il risultato di cancellazioni, generalizzazioni e deformazioni eseguite dal paziente, e sul piano pragmatico la sua agitazione.

In pronto soccorso, però, lo stress, la tensione intellettuale, emotiva e fisica non permettono all'operatore di analizzare strutture e forme della lingua, come stiamo facendo adesso a tavolino: il suo primo pensiero è difendere la salute delle persone che incontra. Con quale mappa mentale l'interlocutore ci rappresenta la realtà e in quale modo ce la verbalizza? Questa sarebbe, in un mondo ideale, la domanda da porsi, anche in situazioni di emergenza.

Questo percorso, poi, non è a senso unico: quando un medico, o un infermiere, ascolta le parole di un paziente o del suo accompagnatore, segue il processo inverso:

RRR	>	RR	>	R
analizza la rappresentazione della rappresentazione della realtà del suo interlocutore		con i propri filtri razionali, emotivi, culturali, sociali... cancellando, genera- lizzando e deforma- ndo... si fa una propria rappresentazione della realtà		sperando di arrivare alla fine a capire qual è davvero la realtà.

Quante possibilità avremo che la R di inizio processo (ciò che il paziente voleva dire) e la R di fine processo (ciò che il medico o l'infermiere hanno ricevuto) coincidano? Pochissime. Lo sforzo di ogni comunicatore è proprio di far sì che le due R conservino qualche elemento di somiglianza e che *l'arco di distorsione*, pur nelle tortuosità dello scambio comunicativo, non stravolga il pensiero originale e permetta ai due di capirsi almeno un po'. L'obiettivo di una comunicazione funzionale deve essere capire la realtà percorrendo queste fasi: dalle parole usate dal paziente alle sue rappresentazioni, fino a risalire alla realtà. Il "punto di vista" non cambia la realtà, ma ne influenza la percezione. Ascoltare un paziente, tenendo presente tutti questi dettagli, può essere essenziale per un percorso di cura, perché rende più efficace la trasmissione reciproca dei messaggi.

I sistemi rappresentazionali: visivo, auditivo, cenestesico

I *sistemi rappresentazionali* sono quei filtri che tutti noi usiamo per conoscere e rappresentare il mondo. Ciascuno di noi crea una rappresentazione della realtà fatta di immagini, suoni, odori, gusti e sensazioni tattili, filtrando tale realtà attraverso i cinque sensi, ma privilegiandone uno. I sistemi rappresentazionali *visivo (V)*, *auditivo (A)* e *cenestesico (K)* (in gergo, i sistemi VAK) indicano l'organo sensoriale privilegiato nel raccogliere ed elaborare le informazioni: la vista, l'udito e la cenestesia (olfatto, gusto e tatto, compresa la sfera psico-emozionale).

Quando parliamo con un interlocutore, sono il suo comportamento e il suo linguaggio a rivelarne il sistema rappresentazionale dominante, che può essere individuato rapidamente anche in una situazione di emergenza.

I *visivi* mostrano forte immaginazione, attenzione a colori, dimensioni e distanze; amano le arti visive. Tono e volume di voce alto, poche pause, respiro veloce, postura eretta e sguar-

do alto; gestualità descrittiva, mani che si muovono verso l'esterno. Difficilmente ricordano i nomi delle persone, ma riconoscono fisionomie e somiglianze. Sanno come raggiungere un luogo, anche se non ricordano i nomi delle vie. Gli *auditivi* sono più attenti ai suoni che alle immagini, amano più la musica che la pittura o la fotografia; ricordano meglio nomi e voci; hanno un tono di voce armonico, gestualità a tempo con le parole; le mani vicine al viso quando parlano, la testa inclinata verso la fonte del suono. Appassionati conversatori, molto attenti alle parole.

I *cenestesici* hanno tono e volume di voce bassi, spalle rilassate, posture ripiegate, sguardo basso, respiro lento e profondo, gestualità dall'esterno verso il corpo. Tono di voce caldo, parlano lentamente, con lunghe pause di riflessione. Si lasciano andare all'emotività, a volte anche perdendo il controllo.

Questo per il piano neurologico e comportamentale. Passiamo al piano linguistico, ossia alla scelta delle parole per esprimere l'esperienza. *Il sistema visivo* osserva la realtà e ne riproduce immagini nella mente. Verbi come *vedere, osservare, chiarire, focalizzare, dipingere*; aggettivi come *chiaro, limpido, nitido, brillante, oscuro, torbido*; sostantivi come *immagine, quadro, schema, prospettiva, panorama*. In un pronto soccorso, frasi tipiche del visivo possono essere:

- Dottore come la vede la mia situazione?
- Guardi che io potrei anche peggiorare.
- Qui non mi ha ancora visto nessuno.
- È chiaro che voi privilegiate gli...

Il sistema auditivo registra come *suonano* le informazioni. Verbi come *ascoltare, sentire, parlare, spiegare*; aggettivi come *acuto, sordo, stridulo, forte, piano*; sostantivi come *armonia, sintonia, dissonanza*.

Frasi tipiche:

- Questa storia non mi dice niente.
- Come devo dirglielo che sto male?
- Mi chiami un responsabile!
- Ma non sente come piange?

Il *sistema cenestesico* registra e organizza le percezioni olfattive, gustative e tattili, e il patrimonio emozionale mediante parole legate alla fisicità e alle sensazioni. Verbi come *gustare, fiutare, toccare*; aggettivi come *caldo, freddo, pesante, ruvido, saporito*; sostantivi come *odore, sapore, sensazione, contatto*. Frasi tipiche:

- Questa situazione puzza di bruciato.
- Mi sento un peso sulle spalle.
- Non so esprimere perché: è una sensazione di pelle.
- Ho una morsa nello stomaco.
- Lei non ha in pugno la situazione.
- Mi si stringe il cuore a sapere che soffre così tanto.
- Sto toccando con mano la paura.

Sistemi rappresentazionali (V-A-K) e linguaggio

linguaggio e comportamenti tipici			
	verbale	para-verbale	non verbale
V	vedere, osservare, chiarire, focalizzare, dipingere, tratteggiare, schematizzare, mettere a fuoco <i>chiaro, limpido, cristallino, nitido, brillante, oscuro, fosco, torbido, nebuloso</i> immagine, quadro, scenario, schema, visione, colori	parla veloce volume alto assenza di pause ritmo serrato tono acuto, tendente al falsetto	<ul style="list-style-type: none"> • postura eretta • gestualità ampia e descrittiva • respirazione toracica e veloce • facile apnea • occhi verso l'alto
A	ascoltare, sentire, parlare, dire, spiegare, suonare, orchestrare, armonizzare <i>acuto, sordo, stridulo, forte, piano, sottovoce, musicale, cacofonico</i> campanello d'allarme, citazioni "... .."	<ul style="list-style-type: none"> • volume medio • mono tono • ritmo ripetitivo e cadenzato • oppure modulazioni 	<ul style="list-style-type: none"> • postura inclinata di lato, testa a cornetta • gestualità altezza orecchie e bocca • si tocca il volto mentre ascolta • respirazione regolare • occhi verso orecchie • postura rannicchiata • gestualità ridotta • mani e braccia spesso incrociate • respirazione diaframmatica e profonda • occhi verso il basso
K	sentire, provare, toccare con mano, contattare, gustare, fiutare, avere fiuto <i>caldo, freddo, pesante, concreto, pungente, gustoso</i> odore, puzza di bruciato, contatto, sapore, sensazione di pelle,	<ul style="list-style-type: none"> • parla lento • molte pause • volume basso • tono caldo e profondo 	

Come gestire i tre sistemi nella comunicazione verbale? Con un pubblico composito, o quando ancora non si è riconosciuta la prevalenza sensoriale-linguistica dell'interlocutore, conviene usarli tutti, richiamando più sensi:

- *Guardi*, lei attenda qui, e magari ci *dà una mano a calmare* la sua mamma, la *chiamiamo* noi appena possibile.
- Mi *dica*, dove *sente* male? qui? ok, ora la faccio *vedere* subito dal medico.
- *Calma*, ecco, così, bene, si *metta a sedere*, che diamo subito un'*occhiata* alla situazione, mi *racconti*, cos'è successo?

Se invece stiamo parlando con una sola persona, conviene riconoscere e usare soprattutto il suo sistema, per conquistarne la fiducia, passare dalla comunicazione alla relazione, e costruire alleanza nella terapia. Se un paziente si esprime in questo modo: «Ma insomma, qui non mi guarda nessuno», è opportuno tenere presente il verbo che ha usato, *guardare*, e rispondergli su un piano di somiglianza linguistica: «Allora, vediamo cosa succede», o «Diamo un'occhiata a questa ferita», piuttosto che dire «Senta, adesso arrivo anche da lei».

La chiave per l'empatia: il metodo CRG, calibratore-ricerca-guida

Il metodo CRG non si attiene a specifiche teorie sul linguaggio, ma parte dall'osservazione di come le persone parlano, esegue una radiografia dei dialoghi intercettandone punti di forza e di debolezza, fino a valutare in quale modo certi usi della lingua influenzano la ricezione del messaggio e modificano il comportamento.

Nella nostra vita quotidiana - quindi anche in pronto soccorso - di solito proviamo *empatia* per ciò che ci somiglia, siamo attratti da persone che sentiamo simili a noi, con cui ci è più facile

entrare in relazione e costruire dialogo. Il modello ideale è quello di una coppia di ballerini che si muove in modo armonioso, senza strappi: mentre danzano, sono una cosa sola.

In alcuni casi l'empatia si stabilisce in modo spontaneo, in altri casi si può creare, con un buon lavoro di *calibrazione* e di *ricalco*, fasi essenziali per poi passare alla *guida*.

Vediamo come funzionano queste tre fasi.

La *calibrazione* è lo studio del destinatario attraverso l'ascolto del suo linguaggio e l'osservazione dei suoi atteggiamenti, dei suoi modelli di conoscenza e di rappresentazione del mondo; serve a capire che cosa ci vuole trasmettere, qual è il suo stato d'animo, quali scelte ce lo rivelano (verbali, paraverbali, non verbali). E poi la verifica dell'efficacia del messaggio trasmesso attraverso l'analisi del feedback. Processo simile a ciò che in medicina è l'anamnesi.

Il *ricalco* è un processo di rispecchiamento attraverso il quale riproduciamo quella parte dell'atteggiamento dell'interlocutore che ci aiuta a creare empatia, dimostrando interesse per il suo punto di vista e per il suo modello mentale. Possiamo ricalcare molti elementi: postura, deambulazione, gestualità; tono, volume, ritmo; fino alle parole.

Calibrazione e ricalco avranno prodotto una relazione di empatia, fatta di fiducia, stima e disponibilità: presupposti necessari per passare alla *guida*, quella fase in cui smettiamo di riprodurre le scelte linguistiche e comportamentali dell'altro, e cominciamo a veicolare le nostre idee, per raggiungere insieme l'obiettivo. Se funziona, sarà l'altro a seguirci.

Il passaggio alla guida può essere manifesto, gestito soprattutto a livello verbale, o più sottile: un'alterazione del respiro, dello sguardo, del tono di voce o dell'atteggiamento.

Una rappresentazione grafica di quanto detto, potrebbe essere questa:

Calibrazione + Ricalco = Empatia.

Dall'Empatia alla Guida.

CRG	Calibrazione + Ricalco =
	rapport => Guida
NV postura gestualità mimica facciale sguardi	V formule di saluto lunghezza/complessità delle frasi sistemi rappresentazionali struttura dei sistemi rappresentazionali operatori modali indice referenziale (interno/esterno) orientamento nel tempo (timeline) leva motivazionale (via da/verso) orientamento di relazione (matching/dismatching) orientamento alla scelta (attesa, durata, distanza, fattore umano...)
PV timbro tono volume velocità pause	

*Il modello CRG,
calibrazione-ricalco-guida*

Alcuni esempi di applicazione del metodo CRG nel dialogo in PS:

- Quando tocca a me?
- *Quando tocca a lei la chiamiamo.*
- Voi fate passare sempre prima gli stranieri!
- *Noi facciamo passare prima quelli che hanno più bisogno.*
- Che codice mi ha dato?
- *Le ho dato il codice che il suo stato richiede: il codice verde.*
- Per entrare in sala devo morire?
- *Per entrare in sala deve aspettare il suo momento, per morire c'è sempre tempo...*
- C'è qualcosa di brutto?
- *C'è qualcosa non di brutto, ma da valutare con attenzione.*
- Lo lascio qui e torno dopo
- *Vuole che lo lasci qui anch'io e torni dopo? Meglio che restiamo entrambi accanto a suo padre, così lo aiutiamo a stare meglio.*

- Ma lei non sa chi sono io!
- *Io non so chi è lei, ma so chi è il suo parente: una persona che ha bisogno di cure, e io sono qui per dargliele.*

Molto funzionale, dunque, riconoscere e usare le *key words*, le parole chiave dell'interlocutore: quelle parole che ci illuminano un concetto, che risuonano in modo particolare nel nostro pensiero e nel nostro agire, sia che evochino qualcosa di bello o di brutto. Insomma sono quelle parole che aprono o chiudono una relazione: per la maggioranza di noi, per esempio, una *key word* è il nostro nome. Nei ritmi frenetici di un pronto soccorso, riconoscere le parole chiave del paziente non è semplicissimo, ma è molto efficace. Le tecniche fin qui descritte possono aiutare gli operatori a individuare alcune di queste parole e farne sentieri percorribili da una comunicazione costruttiva, che faccia da sostegno all'aspetto medico.

Relazioni verso l'interno o verso l'esterno. Azioni specifiche o aspecifiche

Oltre a parlare attraverso atteggiamenti, posture e comportamenti, parliamo sempre *in un contesto*.

C'è un contesto di parole, gesti e sguardi. E c'è un contesto ancora più ampio: quello del luogo in cui ci si trova o si lavora: in questo caso, l'ambiente di pronto soccorso, che è un luogo *di relazioni*. Relazioni verso l'esterno, con chi arriva in Pronto Soccorso e vi resta per un certo tempo. Relazioni verso l'interno, con i colleghi che vi lavorano. Tra personale medico-infermieristico e pazienti intercorrono relazioni asimmetriche: si tratta di ruoli ben distinti, che è bene rimangano tali. Un infermiere non deve consolare e incoraggiare allo stesso modo del parente: mantenere una certa distanza in alcuni casi gli sarà indispensabile. E un parente non deve darsi da fare come un infermiere. Ognuno farà bene a restare al proprio posto.

Bastan due parole per mandare tutto in vacca

Mariaelena Giudici - *medico all'ospedale di Cittiglio (Varese)*

Non prendetevela con gli autori, per il titolo e il contenuto di questo box. Da “manovale sanitaria” mi son chiesta: di fronte alle richieste di pazienti e familiari, quali sono i pericoli che corriamo? In che modo noi operatori sappiamo compromettere la relazione in PS? (“Come peggiorare” è una tecnica che ci insegnano nei corsi di comunicazione, per dotarci di un perimetro di sicurezza che comprende i nostri errori più frequenti).

E mi son venuti in mente alcuni esempi pratici, che ricordo di avere in parte pronunciato, in parte sentito in PS. È il frasario dell’anti-CRG. Pressati da Sua Maestà il Tempo, presi dalla sicumera che siamo noi a fare un favore a pazienti e familiari, desiderosi di andare a casa per non affrontare lo stress, o per ogni altro motivo, cosa non esce, qualche volta, dalla nostra bocca di medici e infermieri... Quanto poco basta per peggiorare una tensione già alta...

- Adesso non ho tempo...
- Adesso ho un’urgenza...
- ASPETTI FUORI!
- Signora, io ho solo due mani!
- Le ho detto che DEVE aspettare.
- Io non ho mica il dono dell’ubiquità.
- Non siamo mica qui a girarci i pollici.
- Non sta mica morendo!
- Signora, se il suo medico non si fa trovare io non ci posso fare niente.
- Ma, signora, è il caso che entri anche lei? mi pare grande e vaccinato suo marito...
- SENTA, questo qui non è mica un ambulatorio.
- Signora, LE HO GIA’ SPIEGATO che il problema è questo...
- TENGA, le ho scritto tutto qua in fondo, LEGGA e FACCIA LEGGERE al suo dottore
- Scusi ma in che senso sta male? se non mi spiega io come faccio a capire?
- Signore, il suo medico può dire quello che vuole ma SONO IO che decido se deve essere ricoverato o no,
- Vuole andare a casa? vada, nessuno la obbliga a stare qui.
- Non è un supermercato o un bar questo, non si ordinano le lastre e gli esami.
- Signora, NON SI VIENE in PS per queste cose...
- Scusi se è curato lì, perché non l’ha portato lì, suo marito?
- Siamo in un ospedale pubblico...
- Signora, ASPETTI, STO PARLANDO COL COLLEGA!!!

Ci s-pazientiamo come niente fosse, coi pazienti.

Dopo aver scritto questo elenco, noto che lo caratterizza un uso abbondante dell’imperativo. Affermazione di forza, di superiorità, senza mediazione. Ciò crea un altro problema di decodifica: queste parole, accompagnate da un non verbale eloquente, che molti di noi sono bravi a sfoderare, è come se attribuisce uno svilente codice bianco a tutti i pazienti: non giudico grave il tuo problema, e ti faccio anche pagare facendoti aspettare, e magari inalberare. Ci è utile questo?

Ma c'è dell'altro: per ogni paziente che arriva in pronto soccorso (relazioni con l'esterno) ci sono alcune significative relazioni che si giocano su un fronte interno, relazioni simmetriche: tra medici e infermieri, o tra il personale di pronto soccorso e il personale degli altri reparti.

Relazioni asimmetriche e relazioni simmetriche. Due prospettive, due mondi diversi che si incontrano in un unico mondo, nel quale le tensioni accumulate su un fronte si ripercuotono sull'altro: la difficile gestione emotiva del paziente si può ripercuotere sull'ambiente di pronto soccorso, ma le tensioni accumulate tra colleghi si ripercuoteranno sicuramente sulla relazione con il paziente.

Se invece, oltre a comportarsi in modo tecnicamente adeguato, il personale medico e infermieristico ha cura di *parlare bene*, nei modi e nei tempi ottimali per il paziente, anche quando si è impossibilitati a provvedere subito ai malati, le parole e i gesti possono riuscire a gestire la situazione.

L'attenzione alle parole chiave del paziente, l'impegno nel riconoscere il suo sistema rappresentazionale, l'abilità nel ricalcare alcuni atteggiamenti per poi cambiare marcia passando nel ruolo di guida, sono essenziali per sbloccare le difficili situazioni di pronto soccorso.

Corrispondere all'altro con un attento gioco di sguardi. Rispondergli ritmando bene pause, silenzi e parole. Confermare il senso degli enunciati con gesti coerenti e accompagnare l'atteggiamento e la postura con le parole opportune. Evitare di contrapporsi a un oppositivo, anche con le parole. Accompagnare e assicurare l'incerto. Intuire lo stile relazionale dell'interlocutore e guidarlo verso la soluzione più adatta per il suo problema.

Decidere di allenarsi in questa pratica aiuta a cogliere le stesse cose in modo diverso. E a vederne di nuove. Invita, almeno in parte, a rendere meno rigidi i propri schemi mentali, dotandosi

di una ricca serie di comportamenti alternativi a quelli abituali. In altre parole, aiuta a rimettersi in gioco. E, si sa, rimettersi in gioco è sempre un'avventura e una fatica. Si potrebbe dire che ne vale sempre la pena.

P.S. (*nel senso di post scriptum*)

Può succedere che, terminata la lettura di queste pagine, la vita appaia ancora più complicata di prima. Che senso ha mettersi a osservare le posizioni relazionali dei pazienti, analizzare il loro linguaggio, ricalcare i loro sistemi rappresentazionali? Noi dobbiamo curare la loro salute! ed è già un bel problema! Spendiamo ancora un minuto a riflettere sulle quattro fasi dell'apprendimento.

Un bambino di un anno non sa guidare, ma non sa neanche di non saper guidare; è nella fase I.I., *inconsapevole incompetenza*.

Poi, verso i 3, 4 o 5 anni, si rende conto che non sa guidare, ma mamma e papà sì, perciò fa un sacco di domande: entra nella fase C.I., *consapevole incompetenza*.

A 18 anni, con il foglio rosa, entra nella fase C.C., *consapevole competenza*: ha molte conoscenze, ma solo nella testa, non ancora nella pelle; ogni gesto che fa lo deve prima pensare, gli mancano gli automatismi.

È poi con la pratica della guida che si stabilizza nella fase I.C., *inconsapevole competenza*: lì è l'esperienza.

Lo stesso accade nella comunicazione: fermarsi qualche momento a ripensare, da adulti, ai fondamentali degli scambi relazionali e linguistici, e tornare qualche passo indietro nella consapevolezza di ogni scelta, renderà le scelte professionali più mature e meglio gestibili. Anche nei contesti difficili dell'ospedale, dell'ambulatorio, del pronto soccorso.

È questo l'augurio, da parte di tutti gli autori di questo libro, per tutti gli operatori della salute. A loro, un grazie per aver deciso di dedicare la propria vita a prendersi cura gli altri.