

✖ Marco Geddes

Una riflessione che parte da due testimonianze, di segno molto diverso, che mostrano pregi e difetti dei due sistemi, ma che ci insegnano che in Italia gli aspetti relazionali raramente sono presenti - e assai raramente richiesti o consigliati - nelle strutture pubbliche.

Il confronto fra i sistemi sanitari dei diversi paesi è un dato ormai routinario, disponibile nei diversi rapporti di organizzazioni internazionali, realizzato tramite il confronto di indicatori di efficienza e di esito, l'analisi delle strutture, delle risorse di personale e di tecnologie. Complessa resta, ovviamente, la interpretazione, poiché il sistema sanitario è uno spaccato del paese, delle sue tradizioni, dei suoi valori, delle abitudini e dei sentimenti della popolazione.

Sono, invece, rare le testimonianze, le riflessioni comparative, da parte di utenti, in considerazione del fatto che un utilizzo accorto e consapevole (in termini anche linguistici) di entrambi i sistemi, per situazioni sanitarie analoghe, è evento abbastanza raro.

È anche per tale ragione che ha destato interesse l'articolo della scrittrice e giornalista americana Holly Brubach, pubblicato sul *New York Times*, di cui ha dato notizia, anche il *Corriere della Sera*; articolo richiamato e commentato in un comunicato^[1] dell'Istituto Gaetano Pini di Milano, in cui è avvenuto il ricovero della scrittrice.

La giornalista, che parla correntemente italiano, paese nel quale ha a lungo soggiornato, era stata sottoposta negli Stati Uniti a proteste dell'anca.

«La prima volta che la mia anca artificiale è uscita di posizione, a Pittsburgh, dove vivo, - scrive la Brubach - lo staff dell'ospedale mi aveva inviato dal pronto soccorso all'ortopedia con un senso dell'urgenza molto accentuato. Ora era successo di nuovo. Ma gli addetti a Milano non sembravano avere fretta. Si muovevano fra cinque di noi sdraiati sulle nostre barelle e ponevano domande di routine (qualche allergia?) come se stessimo facendo conversazione su un treno [...]

I miei occhi continuavano a girarsi verso un segnale Led simile a quello presente dietro la cassa dal mio macellaio. Apparivano numeri verdi in un ordine non comprensibile. Non sembravano nemmeno corrispondere ai pazienti in attesa con

me che venivano e andavano dalla porta di ingresso che portava verso il sollievo. Era innervosente e disorientante questa impossibilità di dare un senso al sistema [...]

Successivamente, sono stata introdotta nella stanza delle visite e salutata dal suo tavolo posto al lato più lontano da un medico dai capelli grigi bello, nello stile degli attori di Hollywood, i cui occhiali con la montatura nera gli davano un'aria un po' ridicola da Cary Grant nel ruolo del paleontologo. Restando seduto, mi ha interrogato sulla mia storia medica mentre io, sempre distesa, giravo la testa e rispondevo attraverso le sbarre del carrello della barella. Un medico internista in divisa stava in piedi accanto. Qualche intervento chirurgico? Due sostituzioni dell'anca. Dove? A New York. Due nuovi interventi per correggere il secondo intervento mal riuscito. Dove? Alla Mayo Clinic. "Rochester!" ha esclamato l'internista. Ho sperato che il fatto che ero stata nella Mecca avrebbe giocato a mio favore qui, al contrario di quanto non avviene in alcuni ospedali americani, dove menzionare la Mayo Clinic sembra far esplodere bombe di risentimento intramurale.

Finita l'intervista sono rimasta in sala d'attesa. Sono trascorse ore. Il dolore è diventato peggiore, stavo uscendo fuori di testa.

"Scusi", ho detto, la mia voce questa volta ha assunto un tono più alto di quanto non intendessi. L'infermiera mi ha chiesto di valutare il dolore in una scala da 1 a 10. In passato, mi era stato insegnato a pensare che 10 era il dolore peggiore che mai avessi provato. Su quella base, ho valutato il mio dolore con un 8. "Signora - ha replicato l'infermiera, scuotendo la testa - se fosse 8 lei non sarebbe in grado di parlare". Sono rimasta distesa, contorcendomi, domandandomi se gli italiani avessero ricalibrato la scala per stimare le peggiori sofferenze nel corso della storia umana, mettendo da parte il 10 per i santi che furono decapitati, trafitti dalle frecce, crocifissi a testa in giù, le cui ossa sono messe in mostra nelle chiese di tutto il Paese.

Alla fine, nelle prime ore di quella sera, sono stata trasportata nella sala ortopedica. Cary Grant avrebbe cercato di riposizionare la mia anca anche tramite la manipolazione, senza incisioni. Questo è lo scenario più favorevole, ma non sempre funziona. E questa volta non ha funzionato. Ne sono stata informata quando mi sono svegliata. Avrebbe riprovato il giorno successivo. Sono stata trasportata in una camera doppia al piano di sopra dove un'infermiera ha risposto alla mia domanda di avere dell'acqua, informandomi che l'ospedale non

fornisce acqua e che i miei amici l'avrebbero potuta acquistare per me dal distributore automatico all'ingresso.

In qualità di paziente negli ospedali americani, richiesta di indicare il mio nome e data di nascita all'inizio di ogni conversazione, in modo da siglare la mia coscia con una pennarello prima della chirurgia, sono rimasta stupefatta della portata a cui la nostra propensione per le azioni legali ha modellato il nostro sistema. E nonostante ciò, per quanto fastidiosi e assurdi possono essere questi controlli incrociati, la loro assenza a Milano era disorientante [...]

Mi è stata data una pasticca e detto di inghiottirla. "Cos'è? - ho chiesto. L'infermiera ha sospirato - È lo standard, signora", ha risposto. Questo era sufficiente a soddisfare il diritto del paziente di essere informato. È entrata un'infermiera, ha tirato da un lato la mia lettiga, mi ha infilato un ago nell'addome ed è uscita.

A casa vedevo i medici come alleati nel mio processo di guarigione, ma non qui - la mia vita era nelle mani di queste persone e costoro avrebbero deciso di quali informazioni avevo bisogno [...]. Per la seconda volta la stanza dell'ortopedia è stata riempita di risate e facezie, turbinando sopra e intorno a me come increspature sulla superficie di uno stagno mentre io stavo sdraiata sul fondo. Un infermiere maschio simulava fastidio verso una collega attraente. Il chirurgo raccontava barzellette, ed io mi sforzavo per capirle. L'atmosfera era assolutamente fuori da qualsiasi parametro rispetto alla silenziosa gravezza delle sale ortopediche americane che, nella mia esperienza, rassomigliano molto di più a una funzione religiosa che a una festa. Gli italiani che ho conosciuto ed amato sono divertenti, buffi, cinici, civettuoli, spontanei, determinati a non permettere al lavoro di interferire con le loro vite. Mi è venuto in mente, mentre attendevo che l'anestesista spegnesse la luce, che non desideravo nessuna di queste qualità quando si trattava di essere curati.

Ma questa volta le cose sono andate per il verso giusto. Sono stata immobilizzata in un busto ortopedico e riportata nella mia stanza. È entrato un sacerdote. "Buongiorno" mi ha salutato, voltando lo sguardo verso l'altro letto, ora vuoto, e verso il mio comodino dove un amico aveva mezzo una dozzina di rose e un piccolo Buddha di giada. Bei fiori, ha detto, ed è uscito.

Se ai pazienti italiani viene richiesto di essere acquiescenti fino a un livello per me incomprensibile, forse ciò avviene perché il loro rapporto con i medici è più

paternalistico di quello che io abbia mai conosciuto o voluto [...]

Si potrebbe pensare che la malattia e la salute facciano superare le differenze che creano incomprensioni fra persone di Paesi diversi. Ma dopo tre giorni all'ospedale Gaetano Pini, sono giunta a comprendere che, quando si parla di medicina, le mie aspettative sono completamente forgiate dal mio punto di vista graniticamente americano sulla vita, il quale, che piaccia o no, ruota intorno al denaro. Come consumatrice, affronto ogni scambio economico, anche la chirurgia, con l'aspettativa di un servizio per il quale pago e mi sento mal servita se ottengo meno del previsto.

Nelle pubblicità che rappresentano atleti e ballerine, gli ospedali negli Stati Uniti affermano di rendere i loro pazienti in forma tanto buona come se fossero nuovi, un punto di vista palesemente adatto alla vendita in una nazione di perfezionisti fissati con la salute. La decrepitezza fisica, nel nostro modo di pensare, non è il destino universale di qualsiasi essere umano, ma una condizione che può essere prevenuta da coloro che ne hanno i mezzi e fanno i loro sforzi in questo senso. Questo rifiuto di accettare la propria decadenza fisica non è, alla fine dei conti, più realistico della fede cieca in quei nostri compagni mortali che svolgono la professione di medici [...]»[2].

Poche settimane dopo ho letto, su Facebook, il racconto di una esperienza "opposta" del tutto indipendente dalla conoscenza della testimonianza di Holly Bruback.

Bianca è una professoressa di lingua russa in una Università del nord Italia. Ha doppia cittadinanza italiana ed americana e si reca frequentemente negli Stati Uniti, anche per motivi di studio.

«Lo scorso anno, quando eravamo a Los Angeles, - scrive Bianca - siamo andati al pronto soccorso; Mimì, mia figlia, aveva una brutta tosse e poiché frequentava il campus ci hanno consigliato di verificare... Così ci siamo recati nello splendido e meraviglioso ospedale di UCLA, roba che la clinica di Grey's Anatomy al confronto è nulla. Arrivati all'accettazione, abbiamo dovuto attendere parecchio, poiché la tizia che doveva registrarci è entrata in tilt: non riusciva ad inserire nel sistema del computer il mio "ruolo", legarlo all'assicurazione dell'Università di cui disponevo. Non esisteva, tra le caselle indicate nel modulo, il concetto di "visiting" e quindi la tizia continuava a ripetere, come un disco rotto: "qui visiting

non c'è, come posso inserirla? è una studentessa? posso inserirla come disoccupata?" e via dicendo. Mentre lei impazziva, saltando da una casella all'altra, alle mie spalle la bimba tossiva - avete presente quella tosse che ti fa sobbalzare ad ogni colpo? Nel frattempo la dottoressa era già arrivata, era lì, davanti a noi, ma non poteva 'toccare' Mimì, poiché la procedura, senza il 'clic', non era avviata... Alla fine, esasperata, ho chiesto, cortesemente, di inserirmi come disoccupata, come studentessa, in qualsiasi ruolo, ma di procedere. Lei ha fatto alcune telefonate e via. CLIC!

Ieri, eravamo al mare a Viareggio. Mimì è stata punta da un'ape, un po' grande e un po' arrabbiata; ha avuto una reazione particolarmente virulenta, ancora oggi ha una mano enorme. Siamo andate di corsa in farmacia, per farci dare una crema, un after bite, insomma, qualcosa, ma al nostro arrivo la piccola aveva labbra bianchissime, pallida come mai, freddissima. La farmacista si è spaventata - un altro po' sveniva lei - e ha chiamato il 118. Ero vestita da spiaggia, senza documenti, senza nulla; siamo salite sull'ambulanza e portate al Pronto soccorso dell'Ospedale della Versilia. Nel frattempo, preoccupata, ho scritto un sms a mio marito e mi sono affrettata a ricordargli di recuperare qualche documento. Ma non è stato necessario, poiché arrivati all'ospedale Mimì è stata subito visitata e all'accettazione è bastato indicare la data di nascita, la residenza, insomma, accedere al sistema. Sinceramente non sono di quelli che criticano per principio i sistemi, francamente penso che, per capirli, occorra viverci davvero, non guardarli solo da fuori o assaggiarne qualche boccone. Ci sono molte cose che apprezzo e reputo più civili a Los Angeles, ad esempio l'attenzione per i disabili, e sono conscia, di converso, delle magagne e dei problemi del nostro sistema sanitario, che tuttavia offre un servizio indipendentemente dal possesso di un'assicurazione o della capacità o meno di pagare una gran quantità di soldi - di cui non tutti dispongono [...].»

Queste esperienze offrono lo spunto per alcune riflessioni, sulla differenza fra i due sistemi sanitari. Vi è un elemento istituzionale fondamentale, a vantaggio di quello italiano, che è rappresentato dalla universalità dell'assistenza sanitaria, che risulta effettiva nelle fasi acute, proprie dell'accesso al pronto soccorso. Le due testimonianze devono tuttavia essere lette al di fuori, o oltre, tale contesto, che è importante, ma ben conosciuto. Le differenze che emergono sono da un lato nei meccanismi organizzativi, nelle abitudini e comportamenti quotidiani degli operatori e dall'altro nelle aspettative dell'utente.

La situazione del pronto soccorso milanese descritta evidenzia una realtà analoga a quella di

tutti i pronto soccorso (di quelli di buona qualità!) del nostro paese che - al di là dei codici rossi (emergenza) - non trasmettono un senso di urgenza nelle prestazioni da effettuare, ma tutt'al più di affanno in caso di sovraffollamento. Gli operatori attendono al triage e il paziente viene trasportato, con passo lento, dagli addetti alle autoblancos, che poi attendono il loro turno o che si liberi una delle barelle dell'ospedale. Gli autopresentanti, specie nelle realtà urbane, sono la gran maggioranza e la percentuale dei codici minori, che dovrebbero essere trattati fuori dal percorso emergenziale, una quota rilevantissima. Il sistema, a differenza di quanto si prospetta nella attuale organizzazione[3], è essenzialmente *Push* - chi arriva spinge per fare il percorso - piuttosto che *Pull* - il servizio si attiva e cerca di accelerare e rendere fluido il percorso.

Le informazioni che i pazienti ricevono sono frammentarie e generalmente incomprensibili (o quanto meno incomprese!). In una delle rare indagini effettuate sulla comprensione di un dato fondamentale per i tempi di attesa - e largamente utilizzato -, quale il codice colore che era stato attribuito, tale informazione risultava, in Toscana, ignota ad oltre il 30% degli utenti laureati e ad oltre il 60% di quelli con titolo di studio inferiore![4]

Nei sentimenti - per così dire - della giornalista americana si evidenzia il rapporto contrattuale che il consumatore stabilisce con i sanitari e per il quale si attende non solo prestazioni, ma risultati (l'eliminazione del male e della stessa "decrepitezza fisica"); un paziente italiano ricerca invece un affidamento (che tuttavia si sta affievolendo) fideistico alla struttura, dalla quale si attende tuttavia la presa in carico non come un rapporto contrattuale ma come proprio diritto. Tale affidamento comporta ancora una relazione di diffusa "sudditanza" alle regole e alle abitudini del sistema assistenziale, per cui si accetta una scarsa informazione, un non adeguato trattamento del dolore, un rapporto relazionale che chiunque contesterebbe in altre situazioni, quali ad esempio in un albergo: in un albergo chi viene a fare le pulizie in camera bussava, in ospedale abitualmente no. Ma in casa di cura si!

Alcuni anni fa il *New England Journal of Medicine* ha pubblicato un articolo[5] in cui indicava la rilevanza di un adeguato comportamento relazionale. Per esempio, nel caso della prima visita a un paziente ricoverato in ospedale, il medico dovrebbe: 1- chiedere il permesso di entrare nella stanza e attendere risposta; 2- presentarsi mostrando anche il proprio badge; 3- stringere la mano al paziente (indossando i guanti quando necessario); 4- sedersi, magari sorridere se l'atteggiamento è pertinente; 5 - spiegare brevemente qual è il suo compito all'interno dell'equipe; 6 - chiedere al paziente come sta vivendo la degenza ospedaliera.

Sono gli aspetti relazionali che ci si attende anche in un percorso di cura presso una

struttura privata, e che raramente sono presenti - e assai raramente richiesti o consigliati - nelle strutture pubbliche.

Bibliografia

1. Comunicato stampa. [Caso clinico all'Istituto Ortopedico Gaetano Pini: una paziente scrive sul New York Times](#) [PDF: 64 Kb]
Holly Brubach. [Dislocation, Italian Style](#). The New York Times, 18.07.2014
2. Traduzione di ampie parti dell'articolo citato.
3. Francesco Nicosia. Il nuovo ospedale è snello. Far funzionare gli ospedali con il Lean Healthcare: consigli pratici e sostenibilità. Franco Angeli Editore, 2010.
4. [Il «triage» è più conosciuto](#) [PDF: 454 Kb]. IlSole24Ore Sanità, 31.03-26.04. 2014
5. Kahn Michael W. Etiquette-Based Medicine. N Engl J Med 2008; 358: