

Daniele Poole

Marco mi disse una volta ...

Marco mi disse una volta “ti vengo a trovare, vengo a vedere la tua rianimazione”. Sapete, quando ancora specializzandi, avete la fortuna di avere un esempio positivo, un modello cui ispirarvi, il collega, tra l’altro poco più vecchio di me, bravo e nello stesso tempo modesto. Insomma, questo era Marco. Anni dopo, ero da pochi mesi alla guida della mia prima terapia intensiva, lo sento telefonicamente per un consiglio e lui mi dice di volere venire a visitare la mia rianimazione, gli replico “ma dai, e cosa ci vieni a fare?”. Lui mi risponde “sai Daniele, c’è sempre da imparare”. Allora pensai “figurati cosa gli posso insegnare io”, e quindi che fosse una dichiarazione di stima e di affetto, una piccola bugia per farmi un complimento e null’altro. Non ci pensai più.

Il ricordo rimase da qualche parte nel retrobottega della mia mente fino alla primavera scorsa. Mi ero recato a visitare la mia prima terapia intensiva nell’ambito del progetto Phenice. Ero teso prima di entrare in rianimazione, con la mia compagna di avventura, Alessandra, un’infermiera con cui lavoro. Continuavo a ripassare mentalmente le indicazioni fornite dai ricercatori qualitativi e i consigli ricevuti da altri che le visite le avevano già fatte: “E’ importante come vi presentate, prendete contatto con l’ambiente, evitate l’invadenza, ma evitate anche di scomparire, osservate, inevitabilmente giudicherete, ma cercate di tenere separati il livello dell’osservazione da quello del giudizio, interrompete l’automatismo interpretativo (se almeno fossi riuscito a capire esattamente di che si trattava), guardate e ascoltate quello che si fa e che si dice, ma ascoltate anche il non detto e guardate il non fatto.” Sapete, dovevamo riuscire anche a cogliere le “assenze”, quello che mancava e che forse ci doveva essere, quello che è stato detto, pur non dicendolo. Appassionante. Difficilissimo.

Siamo entrati in rianimazione. Sono le 8 del mattino e la mia lista mentale è rapidamente sfumata mentre respiro quell’atmosfera consueta: beep, beep, beep, gli allarmi dei ventilatori, gli infermieri che lavano i malati, “mi passi una cerata”, “le secrezioni sono brutte, facciamo un broncoaspirato”, un gruppo di medici che si passa consegna, “l’ho riempito, non è bastato, ho dovuto mettere la nora”.

Avevo viaggiato un migliaio di chilometri, per ritrovarmi da dove ero partito: ero a casa mia.

Ho avuto un dejavù. Quella sensazione l’avevo già provata guardando le fotografie del concorso fotografico dell’altro anno a Pesaro. E poi nell’ascoltare, sempre a Pesaro, l’anno passato, la rivisitazione della canzone di Iannacci interpretata magistralmente da Barattini, vi ricordate “quelli che, oh yeah”. Una sensazione di consueto, di familiare, di appartenenza. In quel momento però era molto più forte: era polisensoriale. Ci ero dentro, la percepivo a pelle.

Ero lì, facevo il mio dovere, guardavo, anche il “non fatto”, ascoltavo, anche il “non detto”, incespicando nel mio automatismo interpretativo. Ma le mie sensazioni tentavano di affiorare. Era presto, avevo tempo per il resto, le ho lasciate venir fuori.

Vi sarà certo capitato di vedervi in un filmino, qualche ricorrenza, un matrimonio, le vacanze. Vi guardate, vi riconoscete, vi sorprendete che quel personaggio siate voi. Vi vedete dall’esterno. Provavo qualcosa di simile. Quelle persone erano me, solo che io potevo guardarle dal di fuori. Questo aumentava la mia capacità di cogliere aspetti che quando sono coinvolto in prima persona sono per me invisibili. Una delle mie preoccupazioni prima di entrare in rianimazione era di giudicare e tradire con il mio corpo, il mio sguardo e le mie domande, il giudizio che formulavo. Questo non accadeva, o accadeva in maniera sfumata, perché stavo osservando me stesso. Difficile essere impietosi con se stessi. Sapete, anche di

fronte ad una scelta, un comportamento che non condividi, capisci che i motivi che li determinano sono complessi, spesso giustificabili.

Mi sono unito al gruppo di medici che facevano il giro. Erano in cinque (smontante notte, diurno, l'8-20, il medico per le urgenze esterne e il primario). Nella mia terapia intensiva, siamo in 3 se va bene. Sono stati su un malato il tempo che noi ci mettiamo per fare tutto il giro, che potremmo chiamare "la sveltina". Tutti conoscevano il paziente bene, sono state poste delle questioni, fatte delle ipotesi, condivise, dico condivise, delle strategie.

Mi è esplosa nella testa una parola: autoreferenzialità. E associata a questa, un'altra: isolamento. Una deriva che la mia terapia intensiva aveva preso da alcuni anni, fortemente favorita dalla gestione monocratica: un solo responsabile, perenne, eterno. Cristallizzato. Gli altri medici? dei "ragazzi di bottega", come qualcuno amava definirli. E già, ragazzi, la più giovane ha quasi 40 anni.

Aveva quasi del miracoloso, solo il fatto di entrare in una rianimazione, normale, ordinaria come la mia, ma altra dalla mia, mi aveva aperto gli occhi su un difetto che era troppo grande per poter essere visto da vicino.

C'è una malata, trattata strenuamente dai medici, sopravvissuta ma con gravissima invalidità. La collega del giro, quella più anziana, mi chiede: "ma voi, li trattate questi pazienti?" Le rispondo sinceramente che in quel caso le cure le avremmo sospese. Lei annuisce, un suo dubbio aveva trovato una conferma esterna. Se ne va. Non riesco a dirle che, in quel momento, anche in me è sorto un dubbio rispetto alla scelta che avrei fatto, fossi stato io al suo posto. E' l'inizio dell'osservazione, sono inibito dal timore di essere troppo invasivo. Ma di quella malata avrei voluto ancora parlare. Oggi vorrei sapere come è andata a finire. Se sia uscita viva dall'ospedale, se a casa abbia avuto una vita decorosa. Quale sarebbe stata la scelta giusta in quel caso?

Quel giorno pur solo sfiorandoci abbiamo entrambi visto che esisteva una prospettiva diversa dalla nostra. Quel giorno i nostri orizzonti, il mio ed il suo, si sono allargati.

Durante la visita a quella terapia intensiva ho visto giovani dottori al primo impiego da neospecialisti, contratto cococo, una paga da fame, 26 ore settimanali pagate che diventavano 40 lavorate, ferie non retribuite, stipendio sospeso quando si ammalavano, obbligati al pendolarismo vista la precarietà del contratto, eppure dignitosi, negli occhi il loro primario che stimano. Costretti però ad andare via appena un'occasione migliore si fosse presentata. E quindi, alto turn-over, "non fai in tempo a formarli che si dileguano" commentava il primario. Durante la visita successiva avrei invece incontrato colleghi più anziani, gente che spazia con disinvoltura dall'anestesia pediatrica alla rianimazione, in cui si percepiva però la stanchezza, la noia della routine, un ciclo che si era chiuso senza che un altro si fosse aperto.

Mi sono reso conto che dietro una curva di calibrazione che va male, dietro una mortalità osservata troppo alta, ci possono essere spiegazioni che la statistica può non riuscire ad evidenziare, ma che un osservatore attento, uno che vede se stesso proiettato negli altri pur rimanendo un osservatore esterno, riesce invece a cogliere.

I visitatori, questi amici critici come qualcuno li aveva battezzati, un giorno sono arrivati anche nel mio reparto. Sono rimasto per lo più fuori per non influenzare i visitatori, due amici. Con la discrezione dovuta in questi casi, a fine visita, non hanno fatto nessun commento. Però una cosa me l'hanno detta: "avete un gruppo di infermieri molto bravi". Mi sono reso conto che non glielo avevo mai detto. Allora gli ho riportato questo apprezzamento; li ho visti illuminarsi, per qualche giorno sembrava fossero leggeri nello spostarsi da un letto ad un altro

quasi non toccassero terra. Quel contatto con l'esterno aveva dato la misura del proprio valore a persone che di riscontri, fino ad allora, non ne avevano avuti.

Finite le visite sono stato raggiunto dalla mia famiglia per andare in vacanza. La Puglia, il mare. Dalle emozioni della recente esperienza scaturivano riflessioni lucide, nette. L'individuo che non si espone e non si fa contaminare dai punti di vista e dalla prospettiva degli altri, nel momento in cui imbocca una strada sbagliata o semplicemente non la migliore, rischia di percorrerla fino alla fine.

Ma anche una rianimazione che non entra in contatto con le altre rischia dei cortocircuiti al proprio interno a livello organizzativo, delle relazioni, della gestione dei pazienti, o comunque non riesce facilmente a trovare una spinta verso i cambiamenti che periodicamente, specie quando dei cicli si sono conclusi, devono avvenire. Anche una terapia intensiva può quindi rimanere cristallizzata nelle sue abitudini, nei suoi protocolli.

Ma dove trovare le energie, le risorse per confrontarsi, mettere in discussione le abitudini e il rassicurante/noioso tran-tran? Mi sono risposto con una domanda: che alternativa ho? Ho molti anni di lavoro davanti a me, ho maggiori probabilità di fare 6 al superenalotto che di diventare primario, passo buona parte della mia vita al lavoro. Mi sono detto: ho un dovere, non tanto verso i miei pazienti, quanto verso me stesso. L'alternativa alla cristallizzazione autoreferenziale sta nell'uscire dal proprio individualismo e dalle proprie rianimazioni per mescolarsi con gli altri. Scoprire che non siamo soli, che ci sono tanti altri come noi che possono aiutarci a trovare spunti e motivazione per migliorare la qualità del nostro lavoro in termini organizzativi, relazionali, culturali. L'imprevisto effetto collaterale non-indesiderato potrebbe essere il miglioramento della qualità dell'assistenza al paziente. E magari, un giorno, scopriremo che la nostra curva di calibrazione sta virando in basso e a destra.

Lì, di fronte al mare, il significato delle parole di Marco, "sai Daniele, c'è sempre da imparare", mi divenne chiaro. Lui non intendeva farmi un complimento, lui sapeva che facendosi un giro nella mia terapia intensiva, fra le persone che ci lavoravano, fra i malati, in mezzo ai nostri beep, beep, avrebbe trovato qualcosa di prezioso da portarsi a casa. E io aggiungo "oh yeah".