



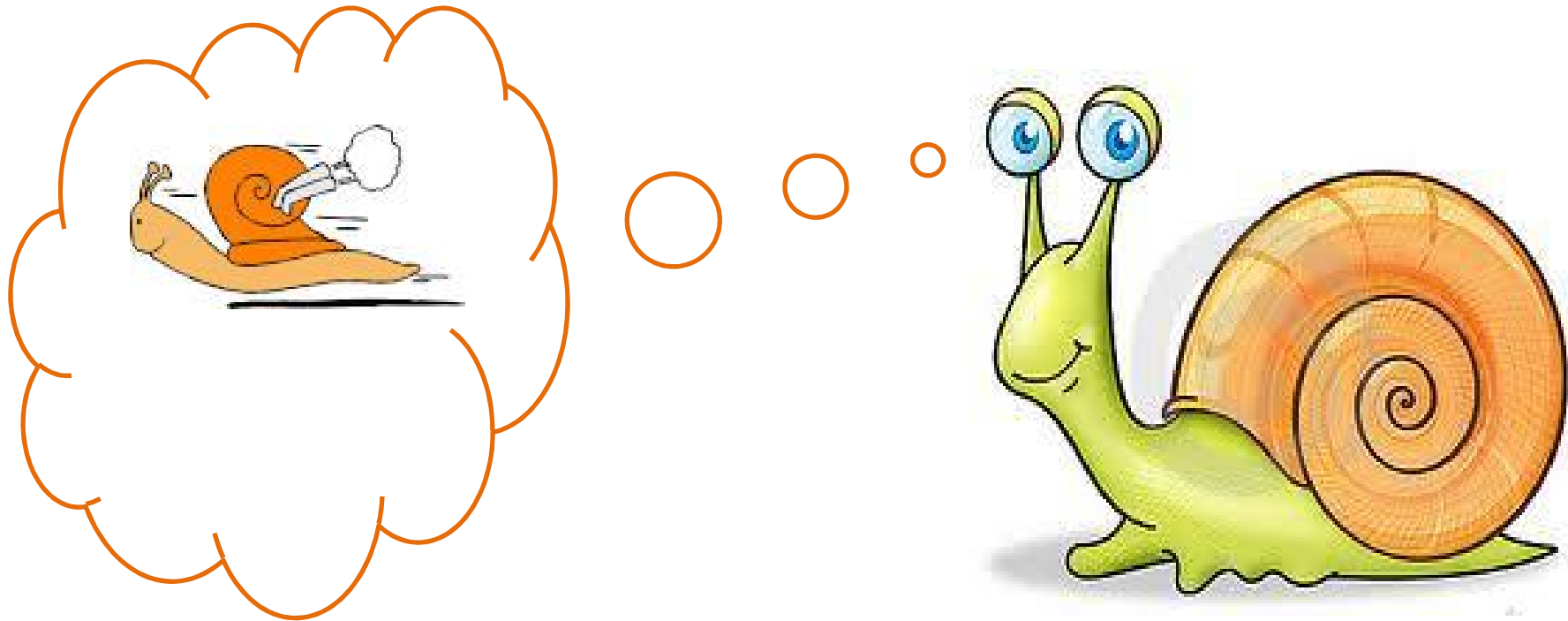
La cura slow in emergenza -urgenza

Congresso annuale 2015 Professionisti GIFT e medici AMPAS

Grosseto 16-17 maggio 2015

Rosanna Vagge

Il paradosso è solo apparente



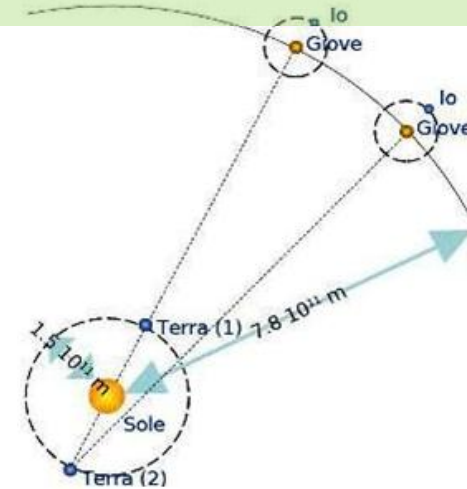
Perché il pensiero slow è fermarsi a riflettere sulla direzione in cui si vuole andare”

Il mondo cambia

dal



alla



- L'umanità trasferisce informazioni con la velocità della luce e non più con quella del cavallo.
- Le ricadute in sanità di questo grande mutamento sono appena evidenti e non sono ancora del tutto prevedibili.
- Tuttavia la vita umana, con il suo carico di dolore e di paura della malattia e della morte, resta sempre la stessa.

Em* società italiana medicina
d'emergenza-urgenza

MEDICO - PAZIENTE IN EMERGENZA: UN RAPPORTO ISTITUZIONALE TEMPO-DIPENDENTE

Mario Ravaglia

Dalla sacralità
dell'atto medico

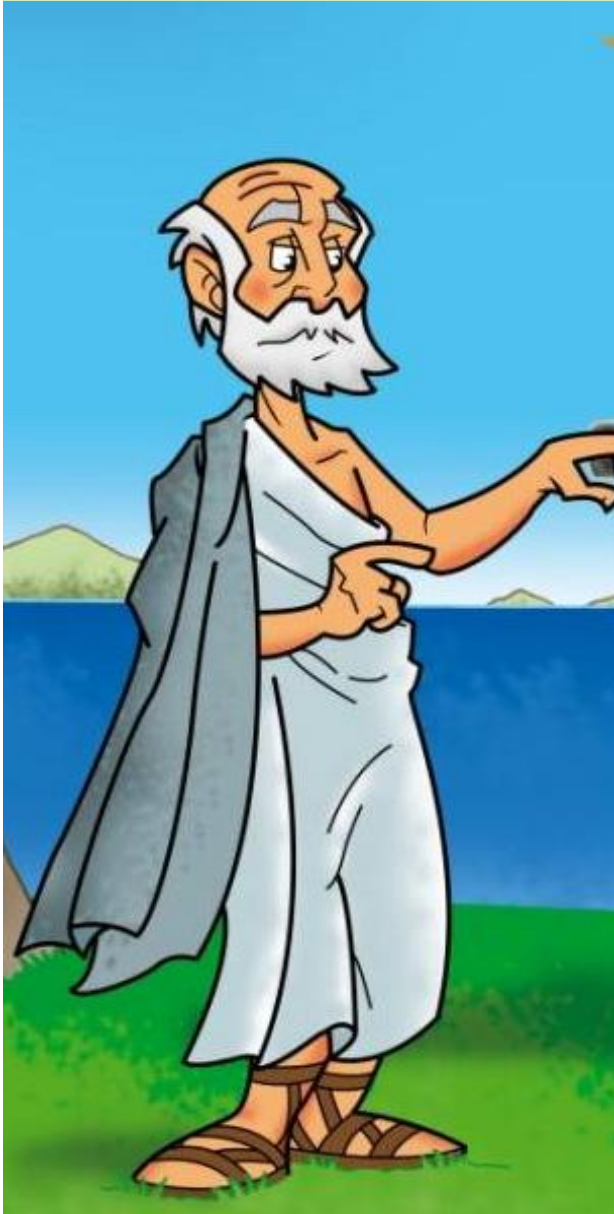
Relazione medico-paziente

Principio di giustizia

Principio di beneficenza

Principio di autonomia

alla autonomia
del cittadino



Medicina delle malattie acute e dei traumi

Il tempo incalza, urge, preme.

La criticità è alta.

Il paziente è cooperante, ma passivo.

Le cure sono applicate per necessità.

Successo gratificante.

Fallimento più o meno accettato.

Equipe medica in genere solidale.



Medicina delle malattie croniche e della prevenzione

Il tempo soccorre.

La criticità è bassa.

Il paziente è attivo e apprendista.

Le cure sono applicate per scelta.

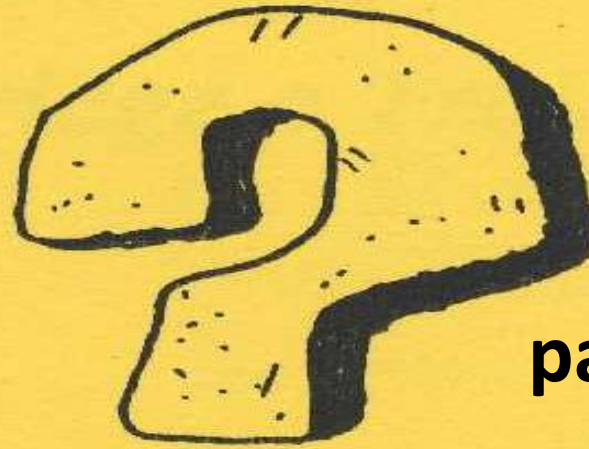
Gratificazioni scarse.

Fallimento colpevolizzante.

Personalizzazione del rapporto e solitudine del medico.



**In
emergenza**



**il principio di
autonomia del
paziente si infrange**





9 May 06

SALA D'ATTESA



Accade che, anche se il grado di pericolosità è modesto, la persona è emotivamente scossa e, non di rado, la sua lucidità è offuscata.

Di solito faccio operazioni online, ma oggi non sto bene e mi è venuta voglia di un po' di contatto umano



Tanto più
una
persona
ha
bisogno
di aiuto
tanto più
è in grado di
percepire
la qualità
della
relazione.



In emergenza il rapporto medico paziente è caratterizzato da un alto grado di asimmetria, fino a costituire un rapporto di forza, «istituzionale».

Il rischio dell'asimmetria

Ho la sensazione che oggi sia un altro di quei giorni in cui non me ne va una giusta!!!



Per il medico:

spostare il rapporto di forza dalla “persona” alla “malattia”.

Per il paziente:

di sentirsi “parte lesa” e non allearsi al medico.

La Medicina delle malattie croniche e della prevenzione tutela la salute

Il finanziamento discende dalla politica.



La Medicina delle malattie acute e dei traumi tutela la vita



Il
finanziamento
discende dalla
morale.

Il medico d'urgenza



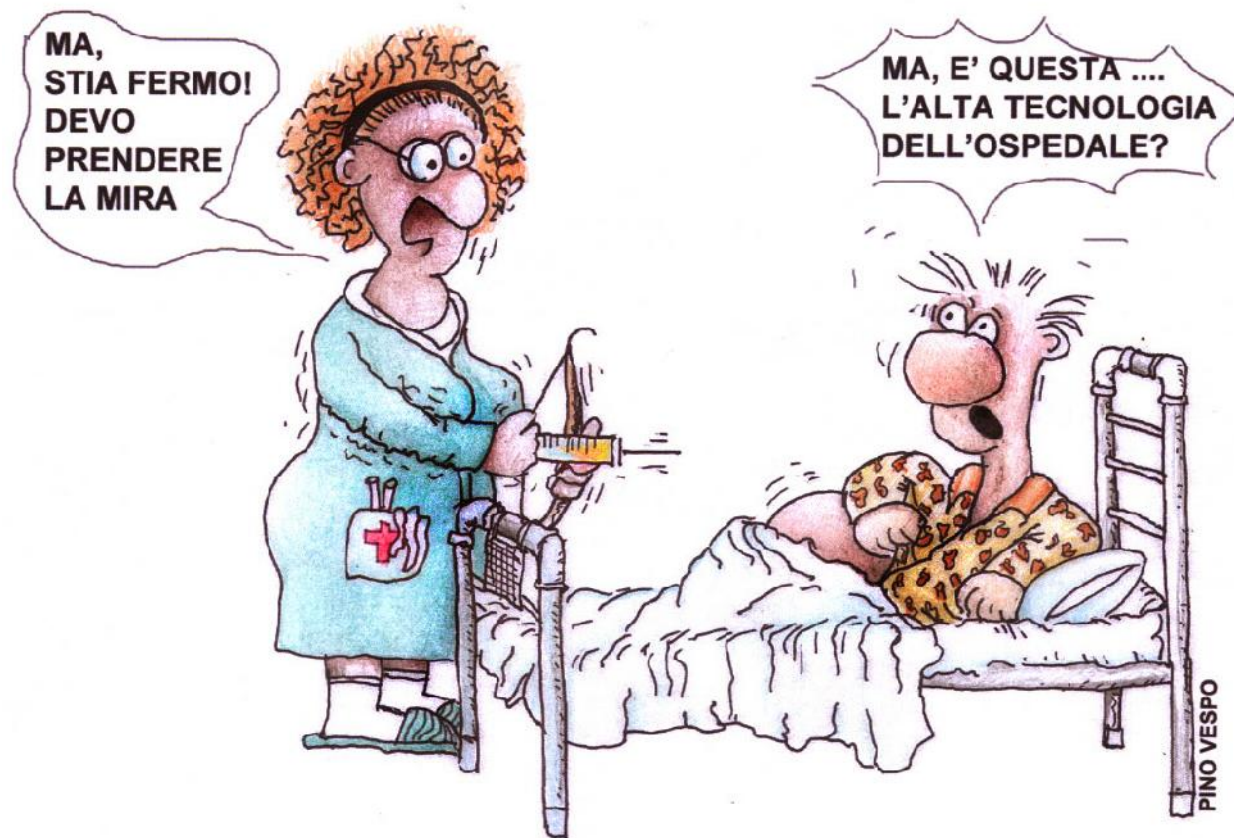
Il medico d'urgenza, vissuto nell'immaginario collettivo come il più vicino alla malattia e alla morte, deve essere, più di ogni altro, dalla parte del paziente e della sua vita.

Non dobbiamo dimenticare che:



... la malattia è un problema biologico ma il malato è una persona(*Giorgio Bert*).

Non dobbiamo dimenticare che:



... l'arte di comunicare in modo consapevole deve far parte del bagaglio culturale di tutti i professionisti della salute (*Silvana Quadrino*).

Non dobbiamo dimenticare che:



... la relazione è terapeutica.

Perché ...



Nell'esperienza soggettiva della malattia è racchiuso un universo di senso privarsi del quale impoverisce la possibilità di comprensione e di intervento da parte della scienza medica.

Malato o paziente ?

“**Paziente**”, dal greco “pathos”, vuol dire sofferente.

“**Malato**” vuol dire contrassegnato da una malattia.

Nella *percezione sociale* prima si è malati e si diventa pazienti solo dopo l’incontro con un medico che abbia fatto la diagnosi.

Nel passaggio da malato a paziente, la persona sofferente è spesso costretta ad abbandonare il proprio modo di sentire e concepire la malattia (la sua *illness*) per sottomettersi al modo di concepire e sentire la malattia (la sua/non più sua *disease*) da parte del medico.

La diagnosi è importante ma ...

Può tornarsene a casa, signora: quel virus era nel computer delle diagnosi.

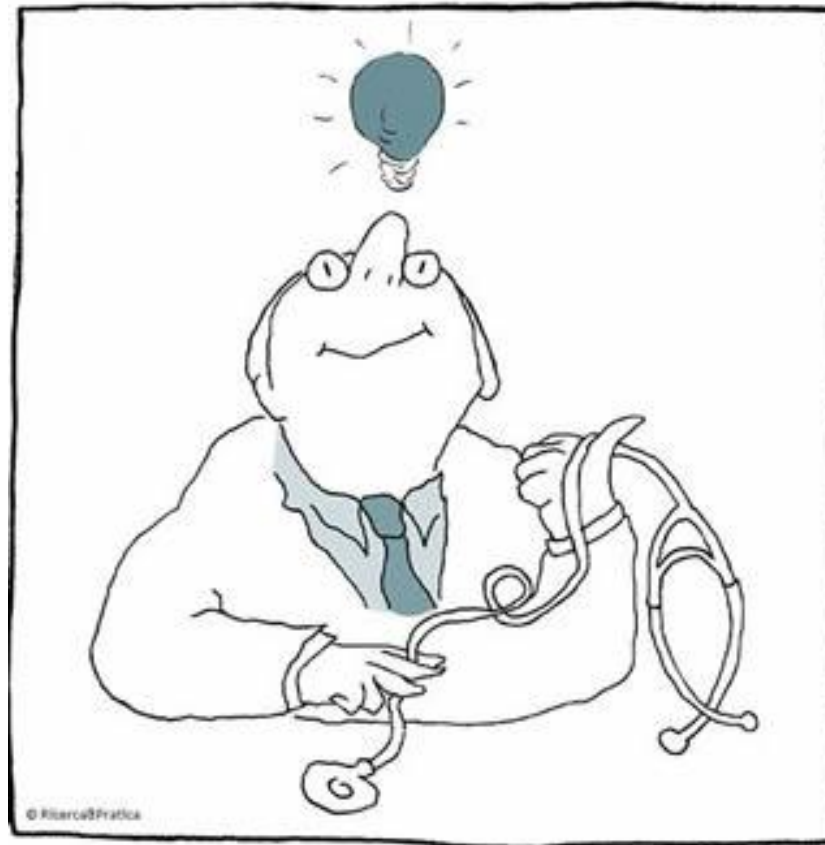


La **diagnosi**, se non accompagnata da una ricchezza comunicativa della relazione paziente/medico, può tradursi in una rimozione della **illness** del paziente da parte della **disease** elaborata dal medico.

Una suprema necessità:

“... **medici pensanti**, non disposti a cedere il campo ai tecnici della scienza ...”

Heidegger, 2000



Tra «FAST» e «SLOW»

Nella società in cui viviamo, che ruota vertiginosamente tra tecnicismo, scienza ed esigenze di risposte rapide ed efficaci, sempre e ovunque, è prevalente l'impostazione di **pensiero FAST**, spesso percepita come indice di ordine, coerenza, precisione, attenzione alle regole, inevitabilità.

L'**approccio SLOW** è invece sistemico, complesso, più sfumato nella sua adattabilità, senza limiti temporali. Può essere percepito come lentezza inefficiente, disordine, instabilità ed incertezza.



DECALOGO PER IL MALATO ACUTO

ORIENTAMENTO FAST

ORIENTAMENTO SLOW

1. METODO

Riduzionista, basato sul rapporto evento-effetto, orientato alla definizione della malattia: diagnosi e trattamento

Sistemico, basato sulla complessità dei rapporti contesto/ storia clinica – evento – possibili effetti, orientato all'ipotesi probabilistica di malattia: prevede l'errore e l'eccezione e previene le complicanze

2. MEDICO

Orientamento correttivo e affidatario:
 Analizza e corregge: parametri funzionali, singoli organi e apparati
 Affida: agli specialisti

Orientamento valutativo e integrativo:
 Valuta la persona nella globalità
 Corregge i sintomi prioritari
 Integra le valutazioni specialistiche

3. PAZIENTE

Un organismo da indagare al fine di rimuovere disfunzioni che ne compromettano la sopravvivenza e/o ne ledano la funzionalità

Una persona, il cui organismo sia da salvaguardare, rimuovendo disfunzioni che ne compromettano la sopravvivenza e/o ne ledano la funzionalità

4. OBIETTIVI

Orientati al controllo dei sintomi e alla guarigione o stabilizzazione della malattia

Orientati al percorso diagnostico e terapeutico che tiene conto, nei limiti del possibile, delle priorità, aspettative e preferenze del paziente



DECALOGO PER IL MALATO ACUTO

	ORIENTAMENTO FAST	ORIENTAMENTO SLOW
5. TRATTAMENTI	Centrati sulla correzione dei meccanismi fisiopatologici delle malattie	Centrati sull'insieme dei fattori che costituiscono una minaccia per la vita o la perdita di una funzione d'organo
6. CURE	Affidate a specialisti che lavorano in modo prevalentemente isolato, perché focalizzato su situazioni specifiche	Affidate a professionisti che lavorano in team e si scambiano informazioni
7. DECISIONI	Adesione a procedure e protocolli standardizzati (prevale <u>l'orientamento difensivo</u>)	Applicazione delle procedure e dei protocolli, adattandoli quanto più possibile, al contesto e alla situazione personale del paziente (prevale <u>l'orientamento clinico</u>)
8. RISULTATI	<u>Orientamento tecnicistico</u> Dipendono da relazioni lineari di causa-effetto, statiche, isolate, ripetibili e riproducibili	<u>Orientamento relazionale</u> Dipendono da sistemi dinamici, adattabili, interconnessi, multidimensionali, aperti al cambiamento nel corso del processo



DECALOGO PER IL MALATO ACUTO

	ORIENTAMENTO FAST	ORIENTAMENTO SLOW
9. CONCLUSIONI	Analisi quantitative centrate sulla media, perseguono l'omologazione	Analisi qualitative centrate sul processo e sugli esiti, tengono conto della varianza
10. SALUTE	Intesa come recupero dello stato di benessere fisico, psichico e sociale dopo la malattia	Intesa come capacità di adattarsi all'ambiente fisico e sociale, superando la malattia e/o la limitazione funzionale

«L'utilizzo di un metodo non esclude l'altro. Tenuto conto delle specifiche esigenze, possono applicarsi, a ragione, l'uno e l'altro dei due approcci. Basta essere consapevoli del metodo utilizzato e agire con equilibrio, controllo e moderazione.»

Dal commento di Antonio Bonaldi, presidente di Slow medicine a:

«DIECI CRITERI PER ORIENTARSI TRA FAST E SLOW»

La crisi epocale della medicina

Crisi di **fiducia**, crisi di **unità**, crisi di **sostenibilità**

Cosmacini, Gaudenzi, Satolli - 1996

si può affrontare con

“... una nuova alleanza tra medici e pazienti...” che sappia spingere gli uni e gli altri “...a vedere la storia della medicina quale viaggio dall’uomo all’uomo...”

F. Voltaggio -1995



Rosanna Vagge