

Compassione: dall'emozione all'azione

Partendo dall'analisi di casi concreti in ambito criminologico e sanitario, gli Autori analizzano - con focus sulla compassione - le cause di dissonanza tra emozione e comportamento, accennano al rapporto tra emozione e prestazione, sottolineano l'importanza della compassione per la formazione della morale

Stefano Alice, Mara Fiorese, Maurizio Ivaldi

Medicina Generale, Genova

Non sempre dalle emozioni scaturiscono azioni concrete.

Anche per la compassione è così. "Per più di mezz'ora trentotto rispettabili cittadini, rispettosi della legge, hanno osservato un killer inseguire ed accoltellare una donna in tre assalti separati a Kew Gardens" - così scriveva il *New York Times* del 27 marzo 1964 per raccontare lo stupro e l'assassinio della 28enne Kitty Genovese.

Tra i tanti che osservarono nessuno intervenne, neppure quello così straziato dalle urla della vittima da alzare il volume della radio per non sentirle (un patire con l'altro, che non si trasformò in agire per l'altro). Non ci fu un buon samaritano, Kitty agonizzò e morì sola.

Non fu mancanza di coraggio, fu apatia: non telefonarono neppure alla Polizia.

Un così gran numero di spettatori inerti (*unresponsive bystander*) si spiega con una logica di gruppo, che può portare a ragionamenti del tipo:

- "Siamo in tanti perché dovrei intervenire proprio io? (*diffusion of responsibility*)"
- Nessuno fa nulla e allora non faccio nulla neppure io" (*pluralistic ignorance*).

Questo è il contributo che ci viene dalla Criminologia per spiegare come un comportamento compassionevole possa essere inibito in un particolare contesto, in una specifica situazione.

► E nell'ambito medico-sanitario?

Sembrirebbe logico pensare che in ambiente sanitario le cose vadano diversamente per la presenza di regole professionali e di norme culturali, che favoriscono, rendendolo vantaggioso, un comportamento diligente e compassionevole.

Di solito è così, ma non sempre. A giugno 2008 Esmine Green una paziente psichiatrica 49enne, madre di 6 figli, perse conoscenza mentre era al *Kings County Hospital Center* di Brooklyn (NYC). Dopo quasi 24 ore che vi era stata portata in stato di agitazione, era ancora in attesa di visita. Gli altri pazienti e due guardie non la soccorsero. Passò un'altra ora prima che qualcuno l'aiutasse. Morì. Per nascondere di averla lasciata a lungo da sola, per terra a faccia in giù, i responsabili del reparto falsificarono la cartella clinica. Furono smascherati dai nastri delle telecamere.

Nel settembre 2008 il 45enne Brian

Sinclair, amputato agli arti inferiori, cateterizzato, fu inviato al Pronto Soccorso dell'*Health Sciences Centre* di Winnipeg (Canada) perché lamentava dolore ai quadranti addominali inferiori. Dopo il *triage* infermieristico fu lasciato in attesa, senza che nessuno gli prestasse attenzione. Lo rinvennero cadavere sulla sua seggiola a rotelle, sporco del suo vomito: erano passate 34 ore dall'accesso in ospedale. Il *rigor mortis* si era già instaurato.

Si può essere più soli oggi in un ospedale dell'Occidente industrializzato che duemila anni fa sulla strada per Gerico.

Dopo la morte della Green l'amministrazione dell'ospedale, con un comunicato stampa, ne attribuì la colpa alla omissione da parte dei suoi dipendenti di azioni fondate sulla compassione (*It is clear that some of our employees failed to act based on our compassionate standards of care*). Sette di loro furono licenziati o sospesi dal servizio. Furono poi affrontati i fattori contestuali, organizzativi, che ne avevano inibito la capacità di agire in modo compassionevole. Si decise di investire sulla formazione dei dipendenti, di assumere personale aggiuntivo per ridurre i tempi di attesa, di controllare i pazienti ogni

15 minuti e per evitare il sovraffollamento del reparto di aumentare gli spazi a disposizione della psichiatria di urgenza e al contempo di limitare il numero dei pazienti psichiatrici ammissibili.

Davvero in casi come quelli di Esmine Green e Brian Sinclair l'omissione di una azione compassionevole ha fatto la differenza tra la vita e la morte.

► La compassione, un aspetto da non trascurare

Sono casi drammatici, che debbono aiutarci a ricordare due aspetti fondamentali.

Il primo è quanto sia importante per un paziente essere visitato ed assistito da chi sa confortarlo, ascoltandolo con empatia, mostrandogli attenzione e trattandolo con gentilezza, cioè da medici e da infermieri compassionevoli.

L'attenzione, l'ascolto e la gentilezza sono tratti distintivi della compassione, che il paziente percepisce sempre e che hanno la capacità di attenuare le emozioni negative, che si accompagnano alla malattia, ansia, paura, senso di impotenza e di vulnerabilità.

Il secondo è che il contesto ambientale e le modalità organizzative possono favorire o inibire un comportamento compassionevole da parte del personale sanitario. È un peccato che i teorici dell'*Health Management* abbiano sinora trascurato questo aspetto.

► Relazione tra emozione e prestazione

Non vogliamo che la compassione sia solo una emozione, scaturita dall'empatia, vogliamo che si trasformi in azione che parta dal



cuore arrivi alle mani.

È vero che spesso le emozioni non sono sotto il nostro controllo, che possono essere fragili e instabili, ma agire compassionevolmente è una nostra decisione, che possiamo prendere al di là di come ci sentiamo.

Dopo tutto siamo ciò che decidiamo di essere.

Possiamo scegliere di agire con compassione anche quando non proviamo compassione.

All'inizio è difficile, col tempo diventa più facile.

Un'azione ripetuta diventa una abitudine, cioè un modo di agire costante, una virtù acquisita.

Del resto l'importanza della compassione per la formazione della morale è indubbia, anche se è oggetto di discussione tra chi attribuisce maggior peso alla ragione e chi ai sentimenti e alle passioni.

Ad ogni modo la nostra identità si plasma nell'azione, anche perché ogni azione è *inter-azione*.

Possiamo dunque agire con compassione a prescindere da come ci sentiamo e da tali azioni ricaveremo soddisfazione ed apprezzamento, con conseguente aumento della stima e del rispetto di noi stessi.

Non è detto che questa incoerenza

si traduca in un peggioramento della qualità di cura.

La relazione tra emozione (*cortical arousal*) e prestazione (*performance*) è graficamente rappresentata da una curva a U invertita: l'emozione migliora l'efficienza fino ad un certo livello di intensità, oltre il quale diventa svantaggiosa. Quanto più il compito è complesso o meno bene appreso tanto più l'optimum si sposta verso livelli di intensità emotiva moderata (*Yerkes-Dodson Law*).

L'importanza di queste considerazioni per discipline mediche come quelle chirurgiche è facilmente intuibile.

Bibliografia

1. Dale T. Miller, Pluralistic ignorance: when similarity is interpreted as dissimilarity. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 53: 298.
2. Latané B, Darley JM. The unresponsive bystander: why doesn't he help?. Appleton-Century-Crofts, 1970.
3. Darley JM, Latané B. Bystander intervention in emergencies: diffusion of responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology* 1968: 377-83.
4. Matthews G, Deary IJ, Whiteman MC. *Personality Traits*. Cambridge University Press, 2003.