

Il dolore dietro il camice

Dal diritto alla fragilità al rischio di *burnout* degli operatori sanitari impegnati nella cura del Covid-19

di GIULIO COSTA

Una sera ti metti a tavola e la vita che conoscevi è finita.

J. Didion, 2005.

“Le persone non muoiono, le persone scompaiono». Dal 21 febbraio scorso è la frase che più mi sono sentito ripetere non solo nei colloqui a sostegno di coloro che purtroppo hanno perso un familiare per colpa del Covid-19, ma anche dagli operatori sanitari stessi, medici o infermieri che insieme a me lavorano nei presidi ospedalieri di Lodi, Codogno, e Casalpusterlengo: l'epicentro della prima zona rossa lodigiana.

Non mi riferisco solo alle equipe delle terapie intensive o dei reparti Covid che sono stati istituiti nelle varie realtà ospedaliere italiane e che hanno subito il carico assistenziale maggiore, ma a tutti i sanitari: dai medici di medicina generale impegnati sui territori al personale delle RSA, dagli operatori dei pronto soccorso fino a coloro che operano negli *hospice*; un carico di lavoro e una fatica emotiva senza precedenti che non possono essere messe in quarantena e che rischiano di lasciare segni profondi nelle loro vite e nella loro identità professionale.

Grazie alle storie di alcuni operatori cercheremo qui di dare voce al loro do-



Gli operatori sanitari sono sottoposti a un carico di lavoro e una fatica emotiva senza precedenti, che rischiano di lasciare segni profondi nelle loro vite e nella loro identità professionale

lore invisibile e silenzioso, ma che se osserviamo bene si può cogliere distintamente in uno sguardo, anche attraverso le mascherine e le visiere protettive. Faremo luce sui rischi intrapsichici e relazionali a cui sono sottoposti gli operatori sanitari a partire anche dalle più recenti pubblicazioni scientifiche; cercheremo di evidenziare *best-practice* in termini di intervento clinico e supporto psicologico per prevenire o arginare fenomeni di *burnout* come conseguenza a questa emergenza, affinché la ferita del trauma non si cronicizzi in stati di disturbo post-traumatico da stress, ma possa dare vita a processi di resilienza e a una più efficace crescita post-traumatica.

IL DIRITTO ALLA PAURA

Susan Sontag, fotografa e scrittrice, in *Malattia come metafora* scrive che «quando il linguaggio sociale abbandonerà le metafore militari per descrivere l'approccio alla cura delle malattie avremo fatto un passo importante nel riconoscere la fragilità come parte integrante della nostra persona». Allora la Sontag raccontava dell'impatto sociale di un altro virus, quello dell'HIV, ma in questi mesi un certo abuso della retorica della guerra per rappresentare la lotta al Covid-19 non ha risparmiato nemmeno medici e infermieri, spesso paragonati a «i nostri soldati al fronte, in trincea, dotati di camice e guanti come armatura» e privati così del loro diritto ad avere paura, poter sbagliare e piangere, sentirsi fragili, amplificando una fatica che – come vedremo attraverso alcune testimonianze – va ben oltre i turni massacranti a cui sono stati sottoposti soprattutto nelle prime settimane di pandemia.

«Non eravamo preparati a tutto questo – mi dice Stefania, infermiera di 35 anni – e non mi riferisco all'esperienza infermieristica o alle tecniche che ab-

biamo via via appreso sul campo, ma allo tsunami emotivo che ci ha travolto. Essere i depositari dei desideri, delle paure, delle angosce e delle ultime parole di pazienti in fin di vita o dei familiari che non potevano essere loro vicini, è un peso che mi porto addosso, che mi preme sul petto e che mi schiaccia non facendomi dormire la notte. Vorrei riposare perché sono stremata, ma ho paura ad addormentarmi, a sognare e vedere an-

cora gli sguardi dei pazienti, i loro occhi sbarrati che supplicano aria, che implorano speranza e rassicurazione».

In queste parole emerge quello che sembra essere riconosciuto da tutti gli operatori come il maggiore rischio di fragilità a cui tutt'ora continuano a essere sottoposti, ovvero farsi carico del mediare la comunicazione tra i pazienti ricoverati e la loro rete familiare, trovandosi schiacciati dalle aspettative di sal-

Alberto Pizzoli/Getty Images; illustrazione di Giulia Neri (pagine precedenti)



TURNI MASSACRANTI E SENSO DI IMPOTENZA SCANDISCONO LE GIORNATE DEL PERSONALE SANITARIO (NELLA FOTO, IL REPARTO DI TERAPIA INTENSIVA DEL SAN FILIPPO NERI A ROMA)

vezza e guarigione, dalla paura di fallire, dal senso di impotenza e da quello di mancare alla promessa fatta a un figlio, a un genitore, a un nonno, poiché in questa emergenza non si tratta solo di curare clinicamente i sintomi di un virus sconosciuto e imprevedibile, ma soprattutto di prendersi cura, sostituendosi a quelle figure familiari che non possono essere vicine ai propri cari. Tutto ciò diventa ancora più drammatico quando si

tratta di comunicare telefonicamente e l'improvviso l'aggravamento e il decesso di un paziente, senza poter avere un contatto anche solo visivo con i parenti e rendendo più complessi i processi di elaborazione del lutto che proprio nella vista e nello sguardo avvia i suoi meccanismi, tanto dolorosi quanto fondamentali per il benessere psichico della persona.

Nel nostro paese questa malattia ha «congelato» i lutti di migliaia di perso-

ne, lutti che per essere elaborati necessitano di ritualità, a partire dalla possibilità di vedere la persona deceduta. Il Covid-19 così come ha privato migliaia di familiari della possibilità di vedere per l'ultima volta una persona care e celebrare un rito funebre, sta stravolgendo negli operatori sanitari le personali modalità elaborative dei decessi, inducendoli spesso a colpevolizzarsi per aver mancato e facendoli sentire inadeguati.

Per questo motivo, come testimonia le parole di Stefania, moltissimi medici e infermieri soffrono di disturbi del sonno (insonnia, paura di addormentarsi, dispnea, incubi, e così via) poiché attraverso il sogno vengono processati tutti gli episodi traumatici a cui durante la veglia non viene dato spazio, tempo e opportunità di essere elaborati. E così come da parte degli operatori c'è la paura di infettare i propri familiari «portando a casa la malattia», c'è allo stesso modo il timore di «contagiare emotivamente» i coniugi, i genitori o i figli che li aspettano a casa: da qui l'angoscia che trova un suo sfogo e una sua espressione proprio nei processi onirici.

LA NECESSARIA CONDIVISIONE

Non condividere con l'Altro ciò che crea dolore è correlato al fallimento dei processi di *coping*, ovvero alla capacità cognitiva e intrapsichica di fronteggiare esperienze stressanti o traumatiche. I processi di coping però non sono solo individuali, sono soprattutto relazionali e la privazione dell'elaborazione del lutto all'interno di relazioni significative è un fattore predittivo della deriva psicopatologica del lutto: il cosiddetto lutto persistente o complicato (*Complicated Grief Disorder* – CGD) inserito come nuova categoria diagnostica nell'ultima versione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5).

La paura di Stefania, di contaminare emotivamente con la propria fragilità le persone a lei vicine, richiama in maniera analoga un'altra forma di terrore condivisa dagli operatori e di cui mi parla Davide, giovane medico specializzando in oncologia, ma che da più di 60 gior-



Il Covid-19 non solo ha infettato le persone, ma ha contagiato le relazioni di tutti noi perché l'unica modalità di sicurezza che possiamo mettere in atto passa attraverso il distanziamento sociale e l'isolamento

Il potere di una carezza
Per i pazienti ricoverati in terapia intensiva l'unico contatto umano possibile è quello con medici e infermieri, irrinconoscibili dietro tute e mascherine (nella foto, l'ospedale San Filippo Neri a Roma).

ni lavora in un reparto gergalmente detto «sporco» perché destinato esclusivamente a pazienti positivi al Covid in terapia sub-intensiva.

Nonostante tre paia di guanti, due camici monouso, calzari, copricapo, occhiali, mascherina e visiera che lo proteggono dai rischi infettivi teme di sbagliare e stancarsi perché «la stanchezza gioca brutti scherzi - racconta -

e se sbaglio le procedure di vestizione e svestizione, o se involontariamente mi asciugo una goccia di sudore dalla fronte rischio di contagiare me e i miei familiari. Così, a malincuore, ho scelto di vivere in un monolocale dove quando non dormo passo il tempo a fare lavatrici e sanificare ossessivamente oggetti e superfici per non pensare al turno di lavoro successivo».

RELAZIONI CONTAMINATE

Il terrore di Davide di essere contaminato dal virus e di potere a sua volta infettare i genitori o la fidanzata diventa anche lo «stigma dell'untore»: si sente «sporco» e mette in atto gesti ripetitivi che rischiano di diventare maniacali, ossessivi e persecutori. L'ossessione del disinfettare che placa ed esorcizza la

Alessandro Serrano/AGF

paura rinnova contemporaneamente il rischio e il timore in un circolo vizioso che non trova mai pace.

Ancora una volta questa sintomatologia fobico-ossessiva si amplifica proprio perché la persona si esclude - in questo caso attraverso la comprensibile scelta dell'isolamento volontario come gesto di amore - dalla dimensione relazionale con l'Altro.

Questa malattia non solo ha infettato le persone, ma ha contaminato soprattutto le relazioni di tutti noi dal momento che in assenza di un vaccino l'unica modalità di sicurezza che possiamo mettere in atto passa attraverso il distanziamento sociale e l'isolamento. I contributi e le evidenze portate negli ultimi anni dalle neuroscienze ci dimostrano come la mente umana è relazionale e la priva-

zione di questa dimensione ha ricadute sul nostro funzionamento psichico, cognitivo ed emotivo.

La prossima storia riguarda proprio la difficoltà di comunicare e condividere le emozioni, poiché una relazione, per essere terapeutica, si fonda necessariamente anche sulla reciproca espressione e condivisione delle emozioni.

GIORNATE INFINITE

«I dispositivi di protezione individuale fondamentali per proteggere noi, i colleghi, i nostri familiari, diventano un muro che ci impedisce di entrare in contatto con i nostri pazienti e alla lunga è disumanizzante: sono pazienti di cui non conosciamo la storia, che rischiano di diventare per noi solo un numero, e di essere noi per loro solo delle tute bianche che li fanno sentire ancora più fragili e vulnerabili di quello che già sono. Le giornate sono infinite per i nostri ricoverati: loro ci chiedono di dargli giorni di vita, noi vorremmo dare vita ai loro giorni di ricovero».

Queste sono le parole di Lidia, infermiera di 62 anni che per 20 anni ha lavorato nelle cure palliative. Lidia era già in pensione da circa un anno, ma ha sentito il bisogno di tornare ad aiutare i colleghi portando la sua esperienza di infermiera palliativista che sa bene come ogni gesto di cura è improntato a dare valore, dignità e qualità di vita anche attraverso sorrisi, abbracci di conforto, offrendo la possibilità di condivisione della fragilità con pazienti e familiari.

«L'altro giorno sono riuscita a permettere a una paziente di 73 anni di fare una videochiamata per vedere sua figlia. Si vergognava perché si sentiva brutta. Le ho dato il mio rossetto, che poi ho buttato, e le ho detto che era bellissima».

Non avere accesso a uno scambio emotivo anche nella relazione terapeutica tra operatore sanitario e paziente rischia di far emergere negli operatori stessi un senso di limite, disumanità e cinismo che sono la deriva più disfunzionale delle sindromi di burnout e stress lavoro-correlato nel mondo sanitario.

Quanto abbiamo raccontato e cerca-

to di descrivere, avviene in un'epoca in cui non abbiamo fenomeni catastrofici ed emergenziali analoghi attraverso cui confrontarci e che ci forniscano un orientamento in merito agli effetti, anche a lungo termine, che una pandemia può avere sul benessere psichico degli operatori sanitari.

SOVRACCARICO PSICOLOGICO

David Quammen, il cacciatore di virus che in *Spillover* nel 2012 aveva già previsto che «il rischio del cosiddetto *Next Big One* era solo una questione di tempo», riporta l'esperienza legata all'epidemia di SARS tra il 2003 e il 2005 come unico fenomeno di paragonabile livello di distress psicologico tra gli operatori sanitari con la pandemia in corso. Depressione, ansia, insonnia, dipendenze e disturbi alimentari sono solo alcuni dei sintomi o delle patologie che potrebbero insorgere negli operatori medico-sanitari di tutto il mondo e che potrebbero permanere anche per diversi anni dal loro esordio.

Sul lungo periodo, infatti, questa pandemia rischia di danneggiare i professionisti medico-sanitari, sia nella loro sfera umana personale e privata, sia nelle relazioni sociali e in ambito lavorativo. A confermare tutto ciò sono anche le meta-analisi e gli studi scientifici che via via si stanno accumulando a partire, ancora una volta, dalla realtà cinese.

Il «Journal of the American Medical Association» ha recentemente pubblicato il primo studio che quantifica il rischio di sviluppare disturbi post-traumatici da stress tra gli operatori sanitari impegnati nella cura del Covid-19. Nell'indagine vengono esaminati i risultati relativi alla salute mentale di 1257 operatori sanitari di 34 ospedali cinesi che hanno dovuto assistere pazienti contagiati.

Secondo lo studio la gran parte di questi ha riferito di aver sviluppato i seguenti disturbi o patologie: depressione (50 per cento), ansia (45 per cento), insonnia (34 per cento) e disagio psicologico generalizzato (71,5 per cento). Le donne, e in particolare le infermiere, hanno



CASALMAGGIORE, IN PROVINCIA DI CREMONA: IL PRESIDIO OSPEDALIERO DI OGLIO PO, PICCOLO OSPEDALE TRASFORMATO IN COVID HOSPITAL CON TERAPIA INTENSIVA E SUB INTENSIVA

riportato sintomi particolarmente gravi, con percentuali di insorgenza di disturbi o di patologie psicologiche e psichiatriche ben più alte rispetto alla media del personale medico-sanitario cinese. Inoltre, i medici e gli infermieri di Wuhan, epicentro originario dell'epidemia, hanno presentato un sovraccarico psicologico maggiore rispetto ai colle-

ghi operanti in zone più lontane dal focolaio principale.

Seppur con qualche limite metodologico, dovuto all'urgenza di rilevazione del campione, lo studio offre indizi di quelle che possono essere le ricadute post-traumatiche sui medici e sugli infermieri degli altri paesi del mondo, tra cui quelli italiani, dicendoci che dobbia-

Nicola Marfisi/AGF

mo riservare a questo aspetto massima attenzione e mettere in atto misure volte ad assicurare la presa in carico, la cura e il monitoraggio della salute mentale del personale infermieristico, medico e socio-sanitario, soprattutto nelle aree in cui il virus ha colpito più duramente.

Oltre alla retorica della guerra contro il coronavirus a cui facevamo riferi-

mento all'inizio dell'articolo, lo psichiatra Damir Huremovic, in *Psychiatry of Pandemics*, ribadisce come possa essere gravoso per il benessere psichico degli operatori sanitari sentirsi imprigionati anche nella retorica dell'eroe che si sacrifica per la collettività deresponsabilizzandola. Per quanto si tratti di una posizione nobilissima, per la psicologia

Sul lungo periodo questa pandemia rischia di danneggiare i professionisti medico-sanitari, sia nella loro sfera umana personale e privata, sia nelle relazioni sociali e in ambito lavorativo

dell'emergenza la scorciatoia lessicale dell'eroismo è uno dei principali fattori di rischio per sviluppare sindromi da burnout e, in alcuni casi, mettere in atto comportamenti rischiosi sul lavoro.

FERITE DA CURARE

Per questo motivo, in maniera capillare, sono stati via via attivati all'interno delle strutture sanitarie e sul territorio servizi di supporto psicologico specifici per medici, infermieri, ma anche per gli addetti alle pulizie e alla sanificazione delle strutture ospedaliere per intervenire precocemente sui sintomi, fornendo uno spazio di supervisione psicologica affinché non si sentano lasciati soli in questa esperienza. Attualmente gli interventi di supporto sono soprattutto individuali, ma sarà fondamentale e di maggiore efficacia - appena ci saranno le condizioni per farlo - progettare modelli di intervento di gruppo a lungo termine per permettere il confronto tra i partecipanti nell'ottica di una reciproca condivisione di storie ed esperienze, integrando modelli che derivano dalla medicina narrativa o tecniche di natura supportivo-espressiva per l'elaborazione del trauma e la promozione di processi di resilienza.

Passata l'onda anomala di questa lunga tempesta resteranno i segni, i frammenti, le ferite in tanti medici e infermieri che non si sono mai fermati. Tornerà anche per loro una nuova normalità, ma scopriranno che il paesaggio è cambiato: è in quel momento che avranno più bisogno di uno spazio di ascolto e di cura. ■