

Paolo Malacarne

Consentire la vicinanza tra pazienti critici e loro congiunti è cosa buona e giusta. Anche in caso di COVID-19. L'esperienza di Pisa.

“Per combattere la solitudine, per non perdere la tenerezza”, con questo titolo, ripreso da un documento della Commissione Regionale di Bioetica della Regione Toscana (vedi **Risorse**), lo scorso 20 Ottobre **Marco Geddes** in un articolo su [“Quotidiano Sanità”](#) ha evidenziato con grande lucidità il problema del **dilemma tra necessità di affetti e interruzione dei contatti che Covid ha imposto nelle strutture sanitarie**, evidenziando come la scelta del “male minore” (la limitazione dei contatti) si portava dietro la seguente domanda: “Abbiamo fatto tutto il possibile per limitare il male minore?”.

Più o meno nello stesso periodo, in un suo intervento durante un confronto tra sanitari, **Antonio Panti ha posto in evidenza la necessità di un “sussulto organizzativo”** da parte delle strutture sanitarie proprio per affrontare il tema della solitudine dei malati Covid degenti in ospedale e dei loro familiari, in particolare ma non solo nel momento del “fine vita”.

Con questi due potenti stimoli di riflessione in testa e di passione nel cuore, lo scorso 26 Ottobre la U.O. di Anestesia e Rianimazione che dirigo all'Ospedale di Pisa viene chiamata a gestire 8 posti letto di Terapia Intensiva Covid. Veniamo da una esperienza, nella nostra Rianimazione Generale di 12 letti, di oltre 10 anni di **“Terapia Intensiva Aperta”** alla presenza dei familiari, che possono rimanere accanto al malato per 12 ore al giorno: **per noi il posto-letto di T.I. è costituito da un letto, un monitor, un ventilatore, i sanitari, il malato e il suo familiare**: “non sono io che vivo dove voi lavorate, ma siete voi che lavorate dove io momentaneamente vivo” è quello che molti anni fa ci disse un malato e che oggi è stampato nell'ultima pagina della piccola brochure che diamo ai familiari dei nostri malati al momento del primo colloquio al momento del ricovero. Nella Rianimazione Generale non abbiamo mai smesso di far entrare i familiari anche nel periodo marzo-maggio, partendo dalla considerazione, di cui ci siamo assunti la responsabilità decisionale, che i nostri malati sono tutti “fragili e vulnerabili” e quindi necessitanti della presenza del familiare.

Dopo 3-4 giorni di ambientamento nella nuova struttura (una parte di un Blocco Operatorio riadattato alla meglio a Terapia Intensiva) **ci accorgiamo** (o meglio, Maria, Silvia, Roberta, Cristina, Ilaria, Cristina, Catia,... dottoresse, infermiere e oss. tutte donne si

accorgono) **che manca qualcosa: mancano i familiari accanto ai letti.**

Il dialogo tra noi è stato più o meno il seguente:

- Perché non ci sono i familiari?
- Perché non possono entrare nei reparti Covid!
- E perché non possono entrare, visto che oltre a noi (sanitari) entra il personale dell'Impresa di Pulizie, entrano i tecnici che devono riparare i guasti, entra Don Luca (il nostro Cappellano)? C'è un motivo "insormontabile" che impedisce l'accesso dei familiari?
- No, non c'è un motivo insormontabile che lo impedisce.

A questo punto della riflessione ci sono due possibili vie di uscita: la pigrizia mentale e il mantenimento dell'assetto organizzativo vigente da una parte, oppure il "sussulto organizzativo" di cui parla Antonio Panti: se non ci sono motivi che impediscono l'accesso, ci deve essere una organizzazione che permette l'accesso; **dobbiamo piegare l'organizzazione alla "tenerezza".**

Il 3 Novembre i primi familiari di 2 dei 7 malati in quel momento ricoverati sono entrati nella T.I. Covid, sfalsati di 15 minuti, e sono rimasti per circa 30 minuti accanto al letto; entrati in sicurezza con gli stessi "dispositivi di protezione individuale" che abbiamo noi sanitari, supervisionati nella vestizione e nella svestizione come siamo noi, a vista d'occhio durante la loro presenza. Da allora tutti i giorni 2 o 3 malati ricevono la visita di 1 familiare, che oggi rimane anche fino ad 1 ora.

Abbiamo avuto malati che sono morti: in questi casi abbiamo, se necessario, spostato il letto in un posto "meno esposto" e abbiamo fatto entrare 2-3 familiari contemporaneamente per maggior tempo.

Durante questi 2 mesi e mezzo di attività, alcuni malati inizialmente ricoverati nella T.I. Covid si sono negativizzati e sono scesi nella Rianimazione Generale, dove il familiare può essere presente tutti giorni per 12 ore al giorno: sia questi malati che i loro familiari ci hanno detto che per loro è stato probabilmente più importante e utile essere accanto per mezz'ora ogni due giorni in T.I. Covid che non per molto più tempo nella Rianimazione Generale.

Nessun familiare si è contagiato, nessun familiare dopo essere entrato la 1° volta si è poi rifiutato di entrare per paura del contagio.

Quali insegnamenti possiamo trarre da questa sia pur breve esperienza?

- **Sul piano “clinico”**, visto che prima di tutto siamo lì per curare: **la presenza del familiare è parte attiva del processo terapeutico, e negarla significa limitare la possibilità che le cure facciano effetto**: questa è una affermazione certamente forte, ma realistica: pensiamo a un malato sveglio in insufficienza respiratoria che deve tenere il “casco” per 18-20 ore al giorno, di cui 10-12 stando prono: è una terapia molto impegnativa, che richiede molta forza e motivazione per non mollare: chi meglio di un familiare può contribuire a dare questa motivazione a non mollare? E pensiamo a un malato che, dopo una prolungata profonda sedazione e ventilazione invasiva con tracheotomia migliora e viene progressivamente e lentamente dissedato: attraversa una fase prolungata di disorientamento e agitazione: veder accanto a sé un volto noto e ascoltare una voce nota spesso è fonte di minor agitazione e quindi necessità di minor sedazione.
- **Sul piano “psicologico”**, se il familiare vede e tocca con mano (e lo può fare perché ha, come noi sanitari, 3 paia di guanti addosso) si libera di tutta una costruzione immaginifica che per lo più è fatta di elementi negativi e che portano a disturbi da stress: ecco perché è importante per il familiare esserci anche quando il malato è in coma farmacologico, impossibilitato a entrare in contatto; e se il familiare può rimanere presente accanto al morente o al morto, la elaborazione del lutto può essere più fisiologica.
- **Sul piano “mediatico”**: se il familiare vede come noi sanitari abbiamo cura dei malati, in condizioni oggettivamente difficili quali quelle nelle quali lavoriamo nei reparti Covid, capisce ancor di più l’importanza di un Servizio Sanitario Pubblico efficiente.
- **E se il malato muore**, capisce se abbiamo fatto tutto quello che era da fare (... se lo abbiamo fatto), non avrà rimpianti per una cura maldestra e non adirà a vertenze legali.
- **Se spezziamo la solitudine e introduciamo la tenerezza, se ne giovano non solo i malati e familiari, ma anche i curanti**: è nota la difficoltà per noi sanitari nell’esserci dovuti rapportare solo per telefono con i familiari per dare notizie, in particolare per dare notizie di peggioramento e di morte: il familiare accanto è nella quasi totalità dei casi un nostro alleato che ci aiuta a vedere una persona nel corpo del malato che curiamo e che ci consente una relazione umana.
- **Covid ha messo e mette in crisi tutta la società perché ci mostra quanto siamo fragili e vulnerabili**: fa paura come malattia e fa più paura di altre gravi malattie perché ci sentiamo indifesi: in questo ambiente mentale di fragilità, la relazione umana che si può instaurare con la presenza fisica è già di per sé “terapeutica”.

- **Si può fare ? Si possono aprire le T.I. Covid ai familiari ? Sì, con prudenza e buon senso si può fare.** Certo nell'ambiente della T.I. è più facile ammettere i familiari che non in una corsia di degenza Covid di 40 posti letto o in una RSA: ma non per questo ci si deve sedere ad aspettare: grazie quindi agli Assessori Toscani Bezzini e Spinelli che hanno fatto, primi in Italia, una Delibera, esempio di buona Politica, che regola l'accesso dei familiari nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie che ospitano malati Covid o malati a rischio di contagio.
- **Infine: noi sanitari** (e in questa categoria metto dentro anche i nostri colleghi che amministrano e dirigono gli Ospedali) dobbiamo ascoltare con mente recettiva e cuore aperto gli insegnamenti di Marco Geddes e di Antonio Panti: tenerezza e sussulto organizzativo.

Risorse

[Per combattere la solitudine, per non perdere la tenerezza. Documento della Commissione Regionale di Bioetica della Regione Toscana](#), [PDF: 207 Kb]

Paolo Malacarne, Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana