volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

Cronache da un Ospedale in tempo di Covid-19

Autore: Michela Chiarlo

PREMESSA

La vita di tutti è cambiata nell'ultimo mese e mezzo.
In una rincorsa di numeri, conferenze stampa, comunicati della protezione civile e analisi economiche e sociali di come sarebbe dovuto essere il prima, di come è il mentre e di come sarà il poi, l'epidemia di Coronavirus ci obbliga a ribaltare la nostra idea di libertà, dimostrandoci come essa non sia proprietà assoluta del singolo, ma includa e iscriva in sé un vincolo, un legame con gli *altri:* la salvezza ? è la lezione che ci viene insegnata ? non dipende solo dagli atti che il singolo può o vuole compiere, ma anche da quelli dell'*altro*; le conseguenze dei nostri gesti, investono non solo la nostra vita, ma quella dell'intero Paese.
A essere esaltato è, quindi, il valore della solidarietà (prima ancora di quello di prevenzione o precauzione), nell'ambito di una narrativa pubblica che, per essere all'altezza di questo insegnamento, non potrà permettersi di oscurare coloro che resteranno esclusi, le situazioni di marginalità esistenti e che si verranno a creare, nonché i meccanismi istituzionali che dovranno essere a lungo tematizzati.
La vita di tutti è cambiata, si è detto; la vita di molti è stata stravolta.
Tra questi, vi sono – oltre, ovviamente, ai malati e ai loro familiari – i medici all'opera negli ospedali di tutta Italia.
Dal vuoto dei Pronto soccorso, al pieno delle terapie intensive; dalla penuria di dispositivi di protezione individuale, all'arte di arrangiarsi con le maschere per snorkeling di Decathlon, divenuti veri e propri respiratori funzionanti. Nuovi muri vengono costruiti nei reparti, per separare il dentro e il fuori; i positivi, dai negativi. Per isolare pazienti e medici dal mondo esterno e dagli affetti.
Questo il contenuto di questa Talpa. Cinque racconti scritti dalla dott.ssa Michela Chiarlo, che lavora nel Pronto soccorso e nel reparto di medicina d'urgenza dell'Ospedale San Giovanni Bosco di Torino. Scritti da chi, oggi, è chiamato eroe, ma che quando ha scelto di fare il medico lo ha fatto con l'intento, perdurante e autentico – spesso nonostante politiche pubbliche di contrazione della spesa sanitaria – di «curare tutti i pazienti con eguale scrupolo e impegno».

(*Francesca Paruzzo*)

1. Pronto Soccorso

Nel corso delle settimane a partire da metà febbraio la coda in Pronto soccorso si è accorciata sempre di più. Sono spariti prima i codici bianchi, poi si sono ridotti i codici verdi, e dalle classiche quattro ore di attesa siamo scesi a pochi minuti. I corridoi, di solito strabordanti di barelle, si sono svuotati. La notte un clima irreale calava sulle sale d'aspetto vuote.
Abbiamo vissuto a lungo un deserto dei Tartari, ma a differenza che nel classico di Buzzati, i Tartari sono arrivati.
La prima ondata è stata più che altro di panico. Mentre in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna chiudevano le prime zone rosse, fuori dal nostro pronto soccorso si montava la tenda di pre-triage della protezione civile, quella dove gli infermieri muoiono di freddo a quattro ore alla volta vestiti come gli spermatozoi di «tutto quello che avreste voluto sapere sul sesso e non avete mai osato chiedere».
Quel primo giorno siamo stati subissati di telefonate: «Il marito di mia cugina che fa il camionista è passato da Codogno ma senza fermarsi e poi ci ha portato un pacco di arance, potremmo esserci contagiati?», «Ho la febbre da tre settimane, devo fare il tampone?», «Il 1500 non mi risponde e il 112 mi ha attaccato quindi chiedo a voi». Chiunque avesse un numero interno dell'ospedale l'ha subissato di telefonate, rendendo impossibile l'attività ordinaria. Il centralino mi metteva in attesa, tutti i numeri interni per chiamare i consulenti erano staccati e io non sapevo come rintracciare lo psichiatra, il chirurgo, il vascolare o chiunque altro mi servisse per i miei pazienti non-Covid.

Lentamente il Pronto soccorso si è adattato al crescente numero di casi sospetti. All'inizio erano così pochi che bastava la nostra stanza di isolamento per visitarli: l'infermiere mi chiamava dal triage, il paziente veniva accompagnato lungo un percorso esterno fino alla stanza di isolamento, nel frattempo mi bardavo (cuffia, calzari, camice impermeabile, maschera filtrante, visor, doppio paio di guanti), poi entravo nella stanza di isolamento, visitavo e interrogavo il paziente, uscivo, chiamavo l'unità di crisi per l'autorizzazione al tampone e, se c'erano dei criteri molto stringenti, chiedevo il tampone, altrimenti rimandavo il paziente a casa con la tachipirina.

Ben presto la stanza di isolamento non era più sufficiente e ci hanno dato quattro stanze al quarto piano (sempre accessibili da percorso dedicato) per ospitare fino a 16 pazienti. E poi, mano a mano che i pazienti "normali" diminuivano, il Covid si è mangiato quasi tutto il pronto soccorso.
Una notte sono andata al lavoro e c'era un muro. Un muro di mattoni a separare l'area Covid da quella normale, o, come diciamo noi, lo sporco dal pulito, la zona dove devi vivere con mascherina, guanti, cuffia e camice di tessuto non tessuto da quella dove hai il privilegio di lavorare come un mese fa, con la tutina di stoffa e le mani libere. Il muro, nota giustamente un collega, sembra quello della copertina di "*the wall*" dei Pink Floyd.
Ora la zona pulita ha un ambulatorio e una sala emergenza per otto posti letto totali, mentre quella sporca ha due ambulatori, una sala emergenza e una sala di degenza per

18+4 posti totali. I percorsi sono completamente separati e anche la radiologia ha due spazi, separati da muri di nylon, uno per i pazienti puliti, l'altra per i sospetti Covid. I pazienti vengono smistati al pre-triage (la famosa tenda) e accedono da due ingressi diversi.
Le due sezioni del pronto non hanno nessun contatto se non per telefono o per radio.
Per limitare al massimo lo spreco di materiale la scorta dei farmaci rimane nel pulito, mentre nella zona Covid c'è un carrello emergenze con i soli farmaci e presidi essenziali. Per i farmaci mancanti si chiede alla radio.
«Isolamento a emergenza, passo»
«Qui emergenza, avanti isolamento»
«Serve un keppra in 250 di fisiologica, passo»
«Ricevuto isolamento, lo preparo, passo»
«Emergenza a filtro, passo»
«Qui filtro, avanti emergenza»
«Ti passo il Keppra deflussato, passo»
«Ricevuto emergenza, passo»
«Filtro a isolamento, passo»
«Qui isolamento, avanti filtro»
«Ti lascio il keppra, quando vuoi puoi aprire la porta, passo e chiudo».
Se la situazione non fosse drammatica sembrerebbe di stare a un campeggio scout.

Nel frattempo le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità sono cambiate: per visitare i pazienti con Covid sospetto o accertato basta la maschera chirurgica, il visor, un solo paio di guanti e il camice di tessuto non tessuto. La maschera filtrante e il camice impermeabile vanno riservati alle procedure più invasive (tampone, aerosol, ventilazione in maschera, intubazione). Di conseguenza nella stanza emergenza-isolamento-Covid c'è sempre un infermiere per prestare assistenza ai pazienti eventualmente presenti, mentre il medico, che va su e giù tra gli ambulatori e la stanza isolamento si cambia di volta in volta.
Fuori dalla stanza di isolamento c'è il "filtro", una zona franca e semi-pulita con un infermiere che gestisce la radio ed è incaricato di fornire alla stanza di isolamento-Covid tutto ciò di cui ha bisogno. Il filtro fa da tramite tra l'emergenza pulita e l'emergenza-isolamento-covid e tra la degenza-Covid e il resto dell'ospedale. Fa i bagni a letto ai pazienti il cui tampone è risultato negativo e che necessitano di ricovero in zone pulite dell'ospedale, sanifica tutto il materiale che esce dall'isolamento e lo prepara all'utilizzo successivo, invia le provette per gli esami e legge i referti alla radio.
Quando sono dentro con un paziente, vestita come un astronauta, la sensazione di isolamento è totale, prendere fiato è faticoso sotto alla maschera filtrante, e il suono del respiro mi rimbomba nelle orecchie: mi sembra davvero di essere in una navicella spaziale ad anni luce di distanza da altri esseri umani.
Noi medici di pronto siamo abituati, nelle emergenze, ad avere moltissimi presìdi e tantissime mani a disposizione: un paziente grave assorbe spesso tutte le risorse in turno e chiunque passi sa come dare una mano. Moltissime cose avvengono senza che ce ne rendiamo conto e senza una richiesta esplicita: gli infermieri e gli OSS sanno benissimo

cosa fare, chi cerca un accesso venoso, chi analizza l'emogasanalisi, chi spoglia il paziente e lo monitorizza, chi mette il catetere, chi fa l'ecografia, chi prepara i farmaci: è tutto molto efficiente e rapido. Invece nell'isolamento siamo due: un medico, un infermiere, un carrello emergenza, un attacco dell'ossigeno e un ventilatore. Possiamo chiedere cosa vogliamo, ma la latenza è notevole. Un altro paio di mani richiede cinque minuti di vestizione e cinque minuti, durante un'emergenza, sono eterni. Per chiamare l'anestesista bisogna spiegare alla radio il motivo, far chiamare da fuori e aspettare che l'anestesista a sua volta si vesta. I farmaci richiedono lo scambio radio di cui sopra, bisogna pensare in anticipo, ma anche evitare di sprecare materiale che una volta entrato non può più uscire.

In poco più di una settimana quel muro, che è diventato simbolo della nostra lotta, si è riempito di firme e graffiti. Ci ricorda che siamo uniti, anche se non possiamo toccarci e per riconoscerci dobbiamo parlarci, perché l'unica cosa che spunta dalle divise sono gli occhi e i maschi barbuti si sono rasati per far aderire meglio le mascherine. Già si parla di quando lo abbatteremo, quel muro: chi dice a martellate, chi a pugni, chi a testate. Di quando sgonfieremo la tenda e potremo abbracciarci.

2. Terapia subintensiva

Benché un flagello sia infatti un accadimento frequente, tutti stentiamo a credere ai flagelli quando ci piombano addosso. Nel mondo ci sono state tante epidemie di peste quante guerre. Eppure la peste e la guerra colgono sempre tutti alla sprovvista. (Albert Camus, *La Peste*)

Se il cambiamento del Pronto soccorso è stato progressivo e posticcio, quello della medicina d'urgenza del mio ospedale è stato rapido e definitivo. Un giorno avevamo metà dei letti pieni di pazienti non-Covid, il giorno successivo abbiamo avuto indicazioni di trasferirli in massa, quello ancora dopo avevamo gli operai a fare le modifiche.
Quando sono tornata per il primo turno di notte è stato un tuffo al cuore. Anche qui è sorto un muro dove non c'era, ma è intonacato e ha al centro una porta identica a tutte le altre con il cartello "accesso alla zona rossa". L'effetto è straniante come quello di certi sogni in cui sai benissimo dove sei e come dovrebbero essere le cose, ma quello che vedi è diverso dalla realtà.
Sono rimasti fuori dalla nuova porta due magazzini, la sala medici, lo spogliatoio medici e il bagno infermieri. Tutto il resto del reparto, compresa la cucina e i due studi, quello di segretaria e caposala e quello del primario, è stato svuotato e trasformato in stanze di degenza o in magazzini. In tutte le stanze è stato installato un circuito a pressione negativa, in breve significa che il ricambio d'aria dentro alle stanze è talmente rapido che quando si apre la porta l'aria entra sempre senza uscire mai e ciò garantisce un rischio minimo di fuoriuscita del virus. Inoltre sono state installate telecamere a infrarossi, per poter sorvegliare i pazienti anche con le porte chiuse, un interfono e sarebbero dovuti arrivare dei monitor per poter leggere i parametri vitali di tutti i pazienti da un'unica postazione pulita.
In terapia subintensiva vengono ricoverati i pazienti che hanno bisogno del ventilatore ma sono svegli. Pazienti che, cioè, vengono ventilati tramite maschere facciali o caschi. Queste procedure causano una importante aerosolizzazione (il virus viene sparato a distanza) e pertanto per assistere i pazienti servono le maschere filtranti e i camici impermeabili.
A due giorni dall'inizio dei lavori il reparto è pronto, ma non ci sono maschere e camici a sufficienza per medici e infermieri. Rimaniamo fermi altri due giorni in attesa dei presìdi. Quando finalmente apriamo, sulla base della conta dei DPI (dispositivi di protezione individuale) ci danno indicazioni di ricoverare tre pazienti. Entro sera ne arrivano 7. In due giorni il reparto, ristrutturato per ospitare 10 pazienti, ne accoglie 14, uno in più dell'era pre-Covid.
I monitoraggi che ci hanno promesso per i 6 letti rimanenti non arriveranno mai. Ci aggiustiamo recuperando qualche monitor portatile dal pronto e una colonnina parametri che abbiamo sempre avuto in reparto, ma un letto rimane completamente sguarnito.
Le istruzioni iniziali sono tassative: non si può uscire e rientrare nelle stanze con i camici sporchi, non si può passare da una stanza all'altra con i camici sporchi, non si possono aprire le porte che per pochi secondi. Queste direttive durano meno di due turni: non

reggono alla prova della penuria costante di mascherine.
Dal secondo giorno compare una riga per terra tracciata con lo scotch: la metà destra del corridoio è zona sporca: si può transitare da una stanza all'altra avanti e indietro con l'illusione di mantenere pulita l'altra metà. Le maniglie delle porte vengono disinfettate ogni tre ore, tutto ciò che esce dalle stanze viene sanificato, un bagno è trasformato in locale svestizione.

Il mio primo turno nella subintensiva-Covid19 è una notte.
Mentre sono a casa ad aspettare di sapere dove e quando devo andare a lavorare, mi chiama una collega: «Siamo senza pile per i laringoscopi, se puoi valle a comprare e portarcene almeno sei questa sera». Il laringoscopio è un attrezzo che si infila in gola ai pazienti addormentati per posizionare correttamente il tubo endotracheale. È costituito da un manico e da una lama d'acciaio. In cima c'è una luce che serve a illuminare la gola e guidare il posizionamento del tubo. Le pile scariche del laringoscopio sono il terrore di ogni anestesista… immaginatevi di avere un paziente addormentato e paralizzato e di dovergli cacciare un tubo in gola alla cieca mentre qualcuno vaga per il reparto alla ricerca di un altro laringoscopio o di pile nuove.
Ecco a noi oggi sono finite le pile di riserva e il magazzino non sa se e quando riuscirà a rifornirle. Trattandosi di un oggetto facilmente reperibile è più semplice e sicuro andare in ferramenta a comprarne una scorta che attendere novità dal magazzino. Sarà solo la prima delle tante pezze da mettere di questi tempi.

Il turno inizierebbe alle 22, ma mi chiamano prima: «Ci sono due ricoveri, vieni a darci una mano».
Percorro le strade deserte col mio motorino incrociando solo una pattuglia dei carabinieri e senza mai appoggiare i piedi per terra, un'unica tirata di sette km. Arrivo, recupero dal magazzino una tutina usa e getta pulita, mi cambio nello spogliatoio, cercando di passare indenne dalle scarpe (da riporre in apposita scarpiera) agli zoccoli (che stazionano su di un panno imbevuto di cloro). Anello, collana e orologio li ho lasciati a casa, altrimenti dovrei metterli e toglierli ogni volta che arrivo al lavoro. Mi lego i capelli (ho scelto un pessimo momento storico per farmeli crescere, ma tant'è) e mi lavo le mani con la soluzione idroalcolica con la tecnica consigliata dall'OMS. Impacchetto il telefono con il cellophane: potrei lasciarlo fuori, ma mi serve per fotografare i documenti, quindi dopo attenta analisi ho scelto la pellicola per alimenti, che preserva il *touch screen* e la fotocamera e può essere buttato a fine turno, sollevandomi dall'incombenza di sanificare il telefono ogni volta.
Vado a recuperare una mascherina chirurgica, che devo tenermi cara per tutto il turno. Con questa tenuta posso stare nella sala medici/relax ed entrare nella zona rossa, a patto di mantenermi nella metà sinistra del corridoio ed entrare solo in medicheria o in magazzino.

Ho appena preso consegne che una paziente decide di disconnettersi il casco: qualcuno deve entrare per sistemarglielo, ma gli infermieri sono a fine turno e sprecheremmo del

materiale per pochi minuti di utilizzo, così entro io.
Mi metto la cuffia di tessuto non tessuto (10 secondi).
Mi lavo le mani con la soluzione idroalcolica (40 secondi).
Indosso il camice impermeabile chiudendolo dietro al collo e al fianco con un fiocco (30 secondi).
Mi metto la maschera filtrante (20 secondi).
Indosso il visor (5 secondi).
Mi lavo le mani con la soluzione idroalcolica (40 secondi).
Metto i guanti della mia misura (15 secondi).
In ogni passo sono assistita da un infermiere che spunta la *checklist* e la firma al termine.
A questo punto faccio il mio ingresso trionfale nell'*open space* in cui alloggiano tutti e sei i pazienti. Salvo la paziente del letto 4 dal soffocamento riconnettendo il casco al ventilatore, le spiego che anche se le manca il fiato è altamente sconsigliabile tentare di autorimuoversi il casco perché rischia di precipitare da una brutta sensazione di dispnea al soffocamento vero e proprio causato dal restare con la testa in un sacco di plastica dove non arriva aria.

Sudo sotto il camice impermeabile e il visor. Farsi capire dai pazienti è una fatica: già normalmente per parlare con chi ha un casco bisogna urlare, se poi indossi anche una maschera e un visor è un'impresa. Compiutala, aspetto. Aspetto il cambio degli infermieri e il ricovero di un nuovo paziente che deve arrivare dal pronto soccorso. Corro su e giù a tacitare allarmi dei ventilatori, a sistemare caschi, a chiudere flebo, a riavviare motori di materassi antidecubito, a riposizionare saturimetri. A un certo punto non ho più niente da fare. Ma non posso uscire, dovrei rientrare per il ricovero e sprecherei del prezioso materiale. Non posso fare nulla, però, così bardata, a parte sedermi e aspettare. Dopo 40 minuti a fissare il vuoto giunge un infermiere a salvarmi. Iniziamo il giro letti, per sistemare per la notte un paziente alla volta. Mi colpisce quanto ci sia da fare e a quante cose noi medici non diamo peso, semplicemente perché ci pensa qualcun altro. Per dormire (o almeno provarci) il paziente deve essere ben sistemato nel letto, con le lenzuola che non facciano pieghe, con la coperta se la vuole, deve aver bevuto, essere stato rassicurato, le flebo non devono finire nel cuore della notte o suoneranno gli allarmi, i cateteri devono essere vuoti. Mille piccole premure che gli infermieri dispensano quotidianamente, mentre noi ci preoccupiamo di chiedere esami, cambiare terapie e visitare i pazienti.

Quando arriva il ricovero mi rendo conto di un altro problema al quale non sono abituata: nulla può uscire dalla stanza. Se il paziente entra con la cartella del pronto soccorso bisogna buttarla e ristamparla da capo, se entra senza devo visitarlo senza i dati precedenti. Devo ricordare a memoria parametri, ecografia e anamnesi, per poterli scrivere un'ora o anche tre dopo, quando uscirò dalla stanza. Sembra banale, e in effetti siamo abituati a ricordarci dettagli dei pazienti anche dopo molto tempo, ma quando hai una sola malattia da curare, tutte le storie si assomigliano. Mi aveva detto che aveva solo febbre o anche tosse? I sintomi saranno iniziati 7 o 10 giorni fa? E l'ecografia com'era? Era lui che aveva quell'addensamento basale o il suo vicino? E come avrò impostato il

ventilatore? Per la prima notte me la cavo con la memoria, anche perché il paziente è uno solo, ma a breve si renderanno necessarie altre strategie.

Dopo alcune ore passate dentro ho le vertigini, scoprirò poi che capita a molti, qualcuno lamenta invece cefalea. Sospettiamo che sia colpa delle mascherine che costringono a inalare più anidride carbonica del dovuto, ma potrebbe anche essere la fatica continua, il rumore, gli allarmi.
Finalmente, dopo quasi 4 ore, esco dalla stanza.
Rimuovo i guanti.
Lavo le mani.
Rimuovo il camice slegandolo di lato e accartocciandolo su se stesso toccandolo solo dall'interno.
Lavo le mani.
Rimuovo il visor toccandolo solo da dietro.
Lavo le mani.
Rimuovo la maschera (prima l'elastico inferiore).
Lavo le mani.
Rimuovo la cuffia toccandola solo dall'interno.
Lavo le mani.
Rimetto la mascherina chirurgica.
Bevo mezzo litro d'acqua in un sorso solo.
Vado a fare pipì.
Riscrivo al pc tutto quello che ho fatto al nuovo malato ricoverato, chiedo gli esami, imposto la terapia, compilo la scheda di ingresso per la raccolta dati.
Muoio su una poltrona per circa un'ora.
Arriva il cambio, sospiratissimo.

Sempre nel pomeriggio la telefonata mi aveva avvisato: «La seconda cosa che devo dirti è che da oggi ci facciamo la doccia a fine turno, quindi portati un asciugamano e le ciabatte». Io, che di solito non faccio la doccia neanche in palestra, preferendo di gran lunga quella di casa mia, sono stranamente sollevata.
Non mi è piaciuto tornare a casa dall'ultimo turno e dovermi fiondare in bagno abbandonando i vestiti in ingresso. Non mi sono sentita protetta a mettere la giacca, il casco, i guanti, dopo aver visitato malati Covid con l'esile protezione di un camicino usa e getta e una mascherina chirurgica.
Recupero il mio fedele accappatoio in microfibra e le ciabatte di plastica che mi hanno accompagnato nei peggiori ostelli del mondo e li infilo nello zaino, solo che non mi sto preparando a un viaggio in India, ma a un improbabile tour post-apocalittico, come quelli che ora organizzano al reattore nucleare di Chernobil.
Il nostro spogliatoio si è trasformato in un bagno attrezzato: sono spuntati dei phon nettamente migliori di quello che ho a casa e sembra un po' di essere in piscina o alle terme… coda per la doccia a parte. Però questo clima un po' campeggio, un po' apocalisse ci sta rendendo tutti più uniti. Come dice una collega: «Quando tutto questo

sarà finito o saremo una grande famiglia o non ci potremo più vedere». Speriamo la prima.

3. L'isolamento rumoroso dei pazienti

Vuoi essere libero Andrew? Ti importa molto esserlo?
Andrew disse: – Vorreste essere schiavo, vostro onore?
– Ma tu non sei schiavo. Tu sei un ottimo robot, un genio nel tuo campo, a quanto ho sentito, capace di creazioni artistiche che non hanno uguali. Cosa potresti fare di più se fossi libero?
Forse niente, vostro onore, ma tutto quello che farei lo farei con maggiore gioia. In quest'aula ho sentito dire che solo un essere umano può essere libero. A me pare invece che chiunque lo desideri dovrebbe poter essere libero. E io voglio la libertà.
(Isaac Asimov)

Se il reparto ha cambiato aspetto, la sala medici ha subito una trasformazione netta: è diventata sala medici, studio del primario, cucina e zona relax. Tutto il tempo che passiamo fuori dalla zona rossa si concentra qui. In poco tempo, con il contributo di tutti, compaiono gli oggetti essenziali per sopravvivere: una macchinetta del caffè, un forno a microonde, una piccola dispensa. Ogni giorno arrivano pacchi solidali dagli esercizi ancora aperti: pizza, torte, una sera addirittura una vaschetta di gelato. Ci sono poche regole universali negli ospedali e una di queste è che il cibo è sempre bene accetto: nulla sarà accolto con più entusiasmo di qualcosa di buono con cui buttare giù il ventesimo caffè durante una pausa di tre minuti in un turno che sembra eterno. I messaggi che accompagnano i vassoi sono ancora più commoventi «#andràtuttobene», «#aiutiamochiciaiuta», perfino un «non buttate il vassoio che vengo a riportarvelo pieno».
Più problematica è la gestione delle visite e in particolare la comunicazione interno-esterno. Nell'*open-space* (lo stanzone da 7 letti diviso dalla zona pulita da un lungo vetro) è stato installato un interfono: da fuori si può parlare a un microfono e la voce viene diffusa all'interno; da dentro, in teoria, i suoni vengono amplificati e riprodotti all'esterno. Se può essere sufficiente per gli allarmi dei ventilatori non lo è, però, per le nostre parole: sotto maschere e visor e con il rumore continuo dell'aria nei caschi e degli allarmi non basta sgolarsi per farsi comprendere da fuori. Il problema c'è sempre stato, ma è storicamente stato risolto con l'acquisizione di una grande abilità a sillabare attraverso il vetro e a leggere il labiale dal lato opposto. Con le mascherine neanche questa è un'opzione praticabile. La prima soluzione attuabile, la più rapida, è prendere appunti su un foglio e appoggiarlo al vetro affinché chi si trova all'esterno possa copiare/fotografare o leggere quanto scritto. Ciò implica, naturalmente, essere sempre due in turno.
Quando, però, a partire dal secondo giorno iniziamo a riempire le altre stanze, che non hanno un vetro, la situazione si complica. Bussiamo sulla porta per richiamare l'attenzione di chi si trova all'esterno, poi lasciamo scivolare un foglio sotto la porta e chi sta fuori (senza toccarlo) lo fotografa o ci porta il materiale necessario.
Sempre grazie all'intraprendenza del personale (e del primario) a facilitarci il compito compaiono dapprima un baby monitor, una di quelle radioline che si usano per controllare il sonno dei neonati, e dopo qualche giorno quattro coppie di *walkie talkie*.
La comunicazione tra noi migliora, ma rimane indispensabile la presenza di due medici in

ogni momento: chi è dentro le stanze vestito da astronauta perde il senso del tempo ed è impossibilitato a gestire le relazioni con l'esterno. Programmare i ricoveri, rispondere alle telefonate, effettuare consulenze nei reparti Covid a bassa intensità, tutto viene gestito da chi è fuori, mentre chi è dentro rappresenta mani, occhi ed ecografo del medico all'esterno.

Diverso tipo di isolamento subiscono i pazienti. Costretti ad abbandonare i familiari al triage, entrati in ospedale da soli, chiusi in un casco che li fa assomigliare a dei *minions* o a dei robot di futurama, visitati da personale di cui intravedono solo gli occhi, vivono ciascuno nel proprio rumoroso isolamento.
È difficile spiegare come funziona e a cosa serve il casco nel quale si vedono rinchiusi la maggior parte dei pazienti al telegiornale, ma ci provo lo stesso.
I polmoni funzionano in genere a pressione negativa, cioè i nostri muscoli espandono il torace creando una depressione che fa entrare l'aria nei polmoni. A questa pressione sub-atmosferica alcuni degli alveoli, specie se malati, possono chiudersi.
Quando i polmoni faticano ad espandersi, ad esempio perché pieni di liquido infiammatorio, come nella polmonite da Covid, può essere utile "gonfiarli" un po' dall'esterno. In questo modo il paziente continua a usare i suoi muscoli per respirare, ma lo fa a una pressione leggermente maggiore di quella atmosferica, cioè le parti di polmone più colpite non si chiudono più tutte le volte che espira e l'ossigeno passa più facilmente dall'aria al sangue. Questa tecnica prende il nome di pressione delle vie aeree positiva continua (CPAP). Uno dei metodi più efficaci (e più antichi) per ottenere la CPAP è utilizzare un casco di silicone connesso a un flusso d'aria: l'aria entra da un lato, gonfia il casco e fuoriesce da un buco nel lato opposto del casco, dove viene posta una valvola. Se la pressione nel casco supera quella di settaggio della valvola, l'aria esce. In questo modo, a seconda di come regolo la valvola, la pressione nel casco è da 5 a 20 centimetri d'acqua più alta che nell'atmosfera e il paziente, respirandoci dentro, gonfia i polmoni più facilmente. L'effetto CPAP più semplice che possiate immaginare è respirare fuori dal finestrino di un'auto in corsa (ma vi sconsiglio di provarci se non volete finire decapitati).
Il flusso d'aria necessario a mantenere questa pressione è molto alto e può essere ottenuto in due modi. Quello costoso e moderno è un ventilatore a turbina (o ad aria compressa): immaginatevi un minuscolo motore di un aereo che pompa aria in un tubo, voi regolate un parametro e lui eroga aria fino a ottenere la pressione desiderata. Quello antico ed economico è un venturimetro: semplificando al massimo concetti di fisica che non credo abbiate voglia di ripassare, un flusso d'aria in un condotto stretto e forato genera un vuoto di pressione che richiama aria dall'esterno. Grazie all'effetto venturi un flusso di 10 litri al minuto convogliato nel giusto modo può generarne uno di 30 o 40. I caschi con venturimetro hanno una scatoletta che regola il flusso e si attacca al muro alle tubature dell'ossigeno, un filtro, un tubo corrugato che porta aria al casco, e una valvola di uscita.
Il problema è che i caschi sono rumorosi, ingombranti e fastidiosi. Immaginate di avere per tutto il giorno il ronzio del motore di un aereo, ma 10 volte più forte nelle orecchie. Di non poter bere, mangiare, grattarvi il naso o sistemare i capelli. Di avere degli spallacci sotto le

ascelle che tengono fermo il casco a livello del collo e di avere tubi e protuberanze varie che sporgono dal casco e vi impediscono di trovare una posizione comoda per appoggiare la testa sul cuscino. Tutto questo per giorni e giorni. Così sono i nostri *minions* della subintensiva: sofferenti e giustamente insofferenti.
Così capitano anche episodi toccanti, come quello che racconta con queste parole la nostra infermiera Alessia:
«la signora ti chiama
tu hai caldo (avvolta come un palombaro nei tuoi ormai compagni di viaggio, nonché migliori amici, DPI)
ti trascini verso di lei: “dica signora”
“mi vergogno un po’ ma… vorrei solo UN ABBRACCIO!”
non puoi tirarti indietro e la abbracci, perché forse è anche quello di cui hai bisogno tu.
La conferma che questo COVID non colpisce solo il corpo».

4. La comunicazione medico-paziente

«Quarantadue! ? urlò Loonquawl ?. Questo è tutto ciò che sai dire dopo un lavoro di sette milioni e mezzo di anni?»
«Ho controllato molto approfonditamente, ? disse il computer ?, e questa è sicuramente la risposta. Ad essere sinceri, penso che il problema sia che voi non abbiate mai saputo veramente qual è la domanda».
(Douglas Adams, *Guida galattica per autostoppisti*)

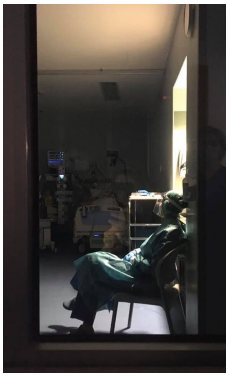
In questo mondo di videochiamate, videoaperitivi, zoom, meet, skype, facetime e app che fino a ieri non avevamo mai sentito i malati Covid vivono in una bolla.
Vengono prelevati a casa da operatori del 118 in tuta impermeabile bianca o arrivano al pre-triage dove i parenti vengono rispediti a casa e finiscono in un vortice dal quale usciranno dopo poche ore o dopo molte settimane, sempre con gli stessi vestiti, alcuni senza telefono, senza possibilità di comunicare con l'esterno. Alcuni finiscono dentro a un casco, che rende impossibili le telefonate, altri addormentati con un tubo in gola, impossibilitati quanti altri mai a comunicare. Neanche la morte li libera dall'isolamento. Vietate le visite alle camere mortuarie, vietato il trasporto della salma a cassa aperta, vietati i funerali. Un lenzuolo imbevuto di candeggina, una benedizione all'aperto davanti al cimitero e via.
L'ospedale ha chiuso le visite ai parenti e i colloqui si svolgono per telefono.
La comunicazione medico-paziente e medico-parente è molto difficile e delicata sempre, ma in queste circostanze è un'impresa.
Noi medici odiamo le comunicazioni telefoniche e mai come ora il motivo mi si è reso evidente. Inizialmente pensavo che il divieto di fornire informazioni telefoniche fosse principalmente una questione legale di verifica dell'identità del parente, ma non è così. Per quanto possiamo parlare lentamente, cercare di utilizzare un lessico semplice e rispiegare più volte i concetti, le persone con cui ci interfacciamo comprendono un decimo di ciò che diciamo loro. Perché sono agitati, perché sono troppo concentrati a cercare di capirci e, ovviamente, perché noi pensiamo di essere chiari e non lo siamo. Per di più l'unica cosa che tutti vogliono sapere, cioè se il loro caro si salverà, è l'unica cosa che evitiamo a tutti i costi di dire, perché non lo sappiamo.
Solo la comunicazione ordinaria, faccia a faccia, funziona. Potrebbe andare meglio, molti di noi non sono bravi, ci sono problemi di tempo e di luogo, ma grossolanamente funziona e in gran parte lo fa grazie alla comunicazione non-verbale.
Il medico che si trova di fronte un parente può comprendere il suo stato d'animo dal volto, può intuire dall'espressione perplessa che non ha capito e rispiegare qualcosa anche se non gli viene esplicitamente richiesto, può confortare con una mano sulla spalla o può incoraggiare una domanda che vede affiorare alle labbra. Il parente che non capisce buona parte di ciò che il medico gli dice, invece, ha, nel colloquio di persona due grandi vantaggi: leggere sulla la faccia del medico se le notizie sono buone o cattive, e interpretare lo stato generale del malato vedendolo.
Nei colloqui telefonici noi medici restiamo unici occhi e dispensatori di conoscenza di chi

sta all'altro capo del telefono e in pochi minuti dobbiamo riassumere concetti complessi senza alcun aiuto visivo e non-verbale. Come sintetizzare una serie di parametri in poche parole comprensibili a casa? Molto spesso non capiamo neanche noi come vadano i pazienti, figuriamoci se siamo in grado di spiegarci in modo facile. Ha una frequenza respiratoria leggermente più elevata di ieri, ha avuto di nuovo la febbre, l'ecografia sembra un po' meglio. È sostanzialmente uguale a ieri… ma loro il malato non l'hanno visto né ieri, né ieri l'altro e forse neanche una settimana fa, che significato dare a queste parole? Chi è a casa non ha mai visto un casco, una maschera da ventilazione, un paziente intubato, una terapia intensiva. Ciò che gli raccontiamo è più che mai oscuro e quello che vorrebbero sapere non glielo diciamo. Ho perso il conto delle volte, in questi giorni, che mi sono sentita dire: «Guarirà?». E non conta quanto siamo espliciti nella comunicazione, chi ha qualcuno a cui tiene in ospedale cerca di appigliarsi a ogni condizionale per credere che andrà tutto bene, per cercare nella nostra voce un filo di speranza. Ieri il marito di una signora anziana che non sta andando affatto bene, alla terza ripetizione del «Non sta andando bene e se non migliora con il casco non abbiamo altre terapie a disposizione» mi ha risposto «Ma tra quanto tempo si può considerare fuori pericolo?» «C'è rischio che non ce la faccia?». Sì, c'è sempre rischio che non ce la facciano, quanto concreto vorrei saperlo anch'io.

R. ha 50 anni, un po' sovrappeso come quasi tutti i nostri ricoverati, ha sintomi da una settimana, ma è peggiorato improvvisamente, gli abbiamo messo un casco al volo, ma appena lo disconnettiamo respira malissimo. È giovane, sano; sappiamo tutti che merita una *chance* in più del casco, bisogna intubarlo e portarlo in rianimazione. Lui è inquieto, vorrebbe bere, vorrebbe togliere il casco, parlare con la moglie. Gli spieghiamo che non si può. Ciascuna di queste cose comprometterebbe la delicata operazione dell'intubazione e diminuirebbe significativamente le sue possibilità di sopravvivenza. Mentre gli spieghiamo cosa faremo è spaventatissimo, dentro al suo casco rumoroso, mentre quattro omini blu di cui può intravedere solo gli occhi sotto una maschera di plastica gli urlano che respira troppo male e che dobbiamo addormentarlo, mettergli un tubo in gola e connetterlo a un respiratore per dare ai suoi polmoni la possibilità di guarire. Chiede se è proprio necessario. Sì. Chiede se avviseremo noi la moglie. Sì. Siccome tra gli infermieri che preparano i farmaci e l'anestesista che si appresta alla procedura sono la figura più inutile, cedo a R. la mia mano da stringere. Mentre me la stritola mi fa la domanda che tutti speriamo di non ricevere: «Quante probabilità ho di svegliarmi?».
Un numero, conforto dell'era moderna.
A saperlo, un numero, e poi, anche sapendolo, quanto è confortante un numero? Per Douglas Adams, scrittore visionario di una trilogia di fantascienza *nonsense* in cinque parti, la risposta alla domanda fondamentale sulla vita, l'universo e tutto quanto è 42. Ma quale sarà per R.? Quale risposta mi conforterebbe se stessero per intubarmi? Come non comprendere la paura di chi si addormenta per non sapere se, quando e in che condizioni si sveglierà? Quanto è rassicurante avere come ultima immagine mentale quella di quattro camici azzurri, quattro visori di plastica con sotto due occhi e una maschera, mentre hai un casco in testa e senti solo il ronzio assordante dell'aria proveniente dal ventilatore?

Gli dò l'unica risposta possibile, quella che so essere per certo una bugia, ma spero sia almeno ciò di cui ha bisogno in questo momento: «Buone possibilità». Poi mi sento troppo in colpa e aggiungo: «Lo facciamo perché è la cosa che le dà le maggiori possibilità di guarire».
Nelle varie leggi non scritte dell'ospedale c'è quella di non essere mai troppo ottimisti. Mai definire una notte "tranquilla" prima di sbollare, mai promettere che "andrà tutto bene". Non basta un arcobaleno al balcone per una profezia che si autoavvera.

R. è morto a meno di 24 ore da quel «Quante probabilità ho di svegliarmi» che mi appesantirà per sempre il cuore.



5. L’arte di arrangiarsi

In questo scenario che dai media è stato definito più volte “di guerra” apprendiamo tutti l’arte di arrangiarci.
Dal primo giorno, a ogni turno, ci arrivano pacchi di maschere filtranti diverse: alcune con le scritte in cinese, altre in pacchi da 10 simili in modo sospetto a quelle delle ferramenta, a volte con la valvola, altre senza, moltissime difettose. Quando una si rompe cerchiamo di aggiustarla, per non sprecarla. In rianimazione una carrozzeria ha donato delle tute impermeabili per verniciare, utilissime anche per proteggersi dal Covid. La moglie di un paziente, ginecologo, ci ha donato delle preziosissime maschere da ventilazione.
Lo shock culturale è enorme, ma come tutti gli shock di questo strano tempo, ci si abitua. Passiamo improvvisamente dalla medicina usa-e-getta, quella in cui per mettere un accesso venoso centrale butti via due camici, due vaschette, un paio di pinze, delle forbici, un bisturi, due pacchi di garze e un boccetto di clorexidina, all’arte del riciclo nota solo ai più anziani tra noi, quelli che hanno avuto la dubbia fortuna di lavorare con le suore.
Teniamo da parte tutto ciò che non usiamo, prima o poi tornerà utile, sterilizziamo tutto ciò che può essere sterilizzato, assembliamo parti che mai avremmo pensato fossero compatibili. In breve tempo diventiamo esperti di assemblaggio, di flussi d’aria garantiti dalle tubature, di sblocco di ventilatori domiciliari, di adeguamento di maschere. Ogni giorno nasce un problema diverso e bisogna arrangiarsi a risolverlo: un giorno finiscono i caschi, quello dopo siamo senza flussimetri. Un giorno recuperiamo un po’ di ventilatori domiciliari ma ci mancano i circuiti dedicati e finiamo a rovistare negli armadi del reparto per recuperare campioni donatici anni fa e a cercare un modo per connettere i pezzi. Qualsiasi rifornimento porta all’esaurimento di altro materiale di cui avevamo abbondanza relativa. Così le chat di reparto pullulano di video-tutorial per ventilare senza casco/senza valvola di peep/senza ossigeno/senza raccordo.
C’è chi si è inventato il sistema per ventilare due pazienti con un solo ventilatore e non mancano le richieste improbabili: attrezzature da sub che possono diventare misuratori di ossigeno per i caschi, fettucce che possono sostituire i fissatori delle tracheostomie… e poi ci sono le maschere da *snorkeling* di Decathlon. Alla prima foto che ho visto su un gruppo facebook non ci credevo, e sì che sono cintura nera di *art attack*. Poi nel nostro pronto l’abbiamo sperimentata e a quanto pare funziona. Funziona così bene che Decathlon dapprima ha messo in guardia dal modificare le sue attrezzature testate solo per le attività all’aria aperta, poi ha preso atto che «in una situazione di emergenza sanitaria come quella attuale e in estrema carenza di presidi respiratori ordinari» anche le maschere da *snorkeling* possono essere utili e ne ha donate 10.000.
Mentre l’Italia impara a fare il pane e la pizza noi impariamo a ventilare i pazienti con qualsiasi cosa. Il mio professore del liceo sosteneva che studiare la fisica serve perché se un giorno ti trovassi nel deserto con un furgone con una ruota a terra e avessi a disposizione solo il cucchiaino prestato da un tuareg, adeguate conoscenze ti consentirebbero di sfruttarlo al meglio per sostituire la ruota. Se potesse vederci adesso, professore, sarebbe fiero di tutti noi.