

Editoriale

A cura di **Fiorenza Bugana**

Presidente Interregionale e

Consiglio Piemonte e Valle d'Aosta

Carissimi Associati attraverso questa lettera desidero aggiornarvi brevemente su notizie e cambiamenti in corso nella nostra Associazione.

E' noto a ciascuno di noi come l'epidemia Covid, da oltre un anno ha cambiato la vita in tutti i settori della realtà umana: sociale, economico, educativa, a livello comportamentale relazionale oltre, naturalmente sullo stato della salute/cura. Prendiamo in considerazione la nostra Associazione: durante questo anno si è cercato sia pure con molta fatica di essere presenti a ciascuno di voi attraverso l'aumento numerico del giornalino, l'attivazione di un convegno che da presenza, con non poche difficoltà è stato posticipato più volte ed infine tenuto in remoto; con messaggi, incontri a distanza nei gruppi locali. Queste attività sono state organizzate e portate avanti dal gruppo regionale Piemonte e Valle D'Aosta. Sempre durante l'anno 2020 è stato nominato il nuovo Assistente ecclesiastico regionale nella persona di don Filippo Lodi che è entrato a pieno titolo sia con le sue riflessioni nel nostro giornalino sia con la sua presenza nei consigli regionali che puntualmente, a distanza si sono sempre svolti. I nuovi cambiamenti legislativi non riconoscono più le associazioni come Enti morali, ma queste devono essere modificate nella loro natura e tradotte in Terzo Settore, pena la chiusura della associazione. Come gruppo regionale ci avevamo pensato e ci stavamo attivando, non prima però di ricevere indicazioni sul come sarebbe avvenuto questo cambiamento a livello nazionale cosa che non si è verificata, lasciando alla iniziativa regionale. Di fatto vi sarete accorti, per la mancanza di informazione, che da oltre un anno non si sono tenuti i consigli nazionali (dovrebbero essere due) nei quali vengono date le linee comuni, gli obiettivi ecc. con l'approvazione dei relativi bilanci. Dopo alcune richieste fatte in concomitanza dalle regioni del nord al Presidente nazionale sabato 17/04 si è tenuto il Consiglio Nazionale in remoto.



ERRATA CORRIGE:

L'articolo di marzo "Epoca di cambiamento o cambiamento d'epoca" è stato scritto da **Anna MOLINARI di Alessandria** e l'articolo sull'ambulatorio di Alessandria "Nessuno escluso" è stato redatto anche da **Giuseppina MARGARA** che ha contribuito alla sua realizzazione.



Giotto, 1303, Cappella degli Scrovegni, Padova

Erano presenti tutte le regioni rappresentate: Sicilia, Lazio, Puglia, Molise, Toscana, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino e Piemonte e Valle D'Aosta. Per il Piemonte erano presenti oltre la Sottoscritta, la Consigliera Nazionale Sig.ra Minola Daniela. Come Consulente Ecclesiastico Don Filippo Lodi e come uditori, la Vicepresidente Sg.ra. Luciana Barbero e la tesoriera Sig.ra Liliana Bussolino. In sintesi quanto è emerso: considerato il clima alquanto teso e

burrascoso, è stato molto incisivo il saluto del nuovo Consulente Ecclesiastico Nazionale Don Simone Valerani, della Diocesi di Crema, attivo nella pastorale della salute diocesana e integrato nel gruppo delle cure palliative locali. Egli ha posto in evidenza la necessità di:

1. Cercare ciò che unisce e non ciò che divide come stile dei nostri incontri; (citando Papa Giovanni)
2. Tenere sempre aperto il dialogo, inteso come capacità di rispettare il punto di vista dell'altro (richiamando la fratelli tutti al n. 72);
3. Dare a ciascuno un credito di fiducia come presupposto di base del dialogo.

La relazione del Presidente ha suscitato animazione ed aperto un vivace dibattito al quale hanno partecipato attivamente tutti i presidenti regionali esprimendo le situazioni del proprio territorio, le esigenze e le problematiche dopo un anno di silenzio attraverso una discussione franca ed aperta. Quanto ho cercato di riferire nell'intervento da me fatto, per la realtà piemontese e valdostana. Terminato l'intervento di tutti i presidenti si è provveduto all'approvazione del verbale dell'ultimo consiglio, e si è presa visione della situazione numerica degli associati distribuita per regione e per anno rispetto al versamento quote. Nei prossimi numeri vi allegherò l'elenco in modo che possiate conoscere anche voi la realtà associativa. Nel prossimo Consiglio previsto per 08-05-2021 verranno approvati i bilanci e prenderà concretezza un gruppo di lavoro organizzato dal Presidente per traghettare l'ACOS Nazionale da Ente Morale a Associazione del Terzo settore.

Da Statuto il Gruppo sarà così costituito:

Presidente Nazionale presidente del gruppo di lavoro (di diritto) e dai Presidenti regionali come membri di diritto più da un esperto che verrà scelto dal Presidente.

Questo gruppo di lavoro ha il mandato di fare il passaggio dell'Associazione al terzo settore e di modificare lo statuto considerato che attualmente lo statuto in vigore risale al 1983. Come potete notare ci aspetta un lavoro impegnativo al quale farà seguito anche il passaggio regionale dell'Associazione al terzo settore, sapendo che il termine legislativo di scadenza sarà il 31/12/2021. E' un momento molto delicato per la nostra Associazione con l'anno prossimo scadranno tutti i consigli e si procederà a nuove elezioni è necessario pertanto lasciare una Associazione credibile e, particolarmente, appetibile per le nuove generazioni. Ritenendo importante aprirci a nuove realtà, a condividere gli obiettivi, da tempo abbiamo intrapreso con le Regioni, Toscana, Veneto e Friuli Venezia Giulia un cammino di condivisione del percorso e stiamo prevedendo momenti formativi condivisi.



Ho ritenuto necessario mettervi al corrente della nostra attuale collocazione associativa per dirvi sì che stiamo vivendo tempi critici e difficili, e ora conosciamo la nostra associazione anche nelle sue parti più fragili e vulnerabili, ma è l'occasione per imparare ad amarla di più così come, in ambito professionale, poniamo una maggior attenzione verso quei malati più critici.

Desidero, tuttavia lasciarvi con i germi di speranza che stanno già spuntando e che presto daranno i suoi frutti e sono l'apertura e collaborazione tra le regioni (come accennato) ed il cambiamento strutturale associativo. Osiamo guardare e sognare in grande! Cerchiamo di scorgere all'orizzonte i segni premonitori dell'aurora sapendo che il giorno è ormai imminente.

SPIRITUALITA'

Cristo, mia speranza È risorto

Lodi Don Filippo



Nell' occasione della

festa di Pasqua, la più grande ed importante festa cristiana, mi permetto di

donarvi il saluto e l' annuncio antico e sempre nuovo: "Cristo è risorto...Cristo è veramente risorto, alleluia!".

Nella situazione pandemica in cui viviamo, oso dire ad ognuna/o che Gesù Risorto è la medicina , il vaccino più sicuro, per guarire le nostre malattie spirituali, che spesso copriamo e verniciamo con l' espressione rassegnata e falsa..."va tutto bene". Viviamo un tempo incerto, segnato dalla precarietà delle situazioni e delle cose che ci colgono sempre all' improvviso, infatti la pandemia ha cambiato il nostro modo di rapportarci tra noi, con le dovute distanze e precauzioni. Ma tutto questo non ci impedisce di vivere la realtà pasquale nella dimensione più vera della fede nella Risurrezione che è la vittoria della Vita sulla morte. L'amore è più forte della morte: "le grandi acque non possono spegnere l' amore" e l' amore di Dio si è rivelato pienamente nel mistero pasquale di Cristo.

Nella cena Gesù ha dimostrato quanto voleva bene agli uomini, sulla croce Cristo ha dimostrato quanto voleva bene al Padre; nella risurrezione il Padre dimostra quanto vuole bene a Gesù. Nella Pasqua di Cristo c'è la rivelazione dell'amore troviamo la sorgente dell'amore che viene riversato in noi e ci rende capaci di un amore divino. Viviamo nella bellezza di essere diventati suoi figli, di avere la possibilità di amare davvero e di credere che l'amore è più forte della morte. Cristo è risorto, perché ha amato veramente: il Padre lo ha amato al punto da dargli la vita oltre la morte e noi siamo inseriti in questa storia: la stessa possibilità è data anche a noi. Facciamo festa e rallegriamoci perché la morte è più forte di tutto! ed anche se non sembra, anche se non fa notizia o rumore l'amore esiste ed è potente...noi vogliamo essere parte di questo Amore divino, che dà vita e che la ricrea per l'eternità. Essere con il Signore è il senso della nostra vita: seguire Gesù anche nel momento della sofferenza e della morte, sapendo che questa non l'ultima parola, dà senso alla nostra vita.

Condivido con voi una esperienza del famoso Isacco Newton: gli venne chiesto in che modo l'uomo trasformato in polvere poteva ricomporsi di nuovo per dar luogo ad un corpo. Senza dire una parola lo studioso raccolse un pugno di lamina di ferro mescolata con della sabbia e disse al suo interlocutore di separare la polvere di ferro dalla sabbia. L' altro, dopo qualche istante di silenzio, disse di non essere capace, allora Newton prese una calamita, l'accostò al composto e subito le particelle di ferro si attaccarono alla calamita. Quindi il fisico disse con calma e con un sorriso composto sulle labbra. "Colui che ha posto una tal forza nel ferro inanimato non potrà dare di nuovo un involucro corporale alla nostra anima immortale?". Il Signore risorto doni la sua luce e la sua pace ai nostri cuori!!

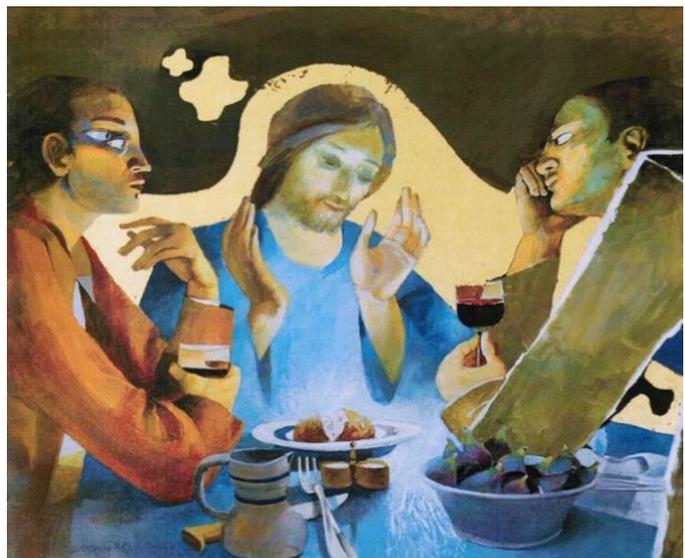
Facciamo ogni giorno questa invocazione: "Sì, ne siamo certi, Cristo è davvero risorto. Tu, Re vittorioso, abbi pietà di noi."

APPROFONDIMENTI

Uno sguardo etico

La pandemia di Covid-19 ha duramente messo alla prova la nostra società. Tra le tante fatiche fisiche, economiche e morali, è emerso anche un aspetto estremamente positivo. È dato dall'insostituibile ruolo che ha assunto il personale sanitario che, non solo si è impegnato a curare con sempre maggiore efficacia i sintomi della grave patologia, ma che, essendo impossibile per i parenti e amici stare accanto ai ricoverati in ospedale, si è fatto autenticamente prossimo per sostenere, incoraggiare e accompagnare umanamente e spiritualmente i pazienti. Questo compito così delicato non è stato sempre facile e ha sottoposto non pochi operatori ad un superlavoro estremamente coinvolgente e affaticante che ha provocato forme di stress lavorativo di non facile soluzione e ha messo a repentaglio la loro salute e la loro stessa vita.

Non è mancato chi di fronte ad un paziente particolarmente problematico si è colpevolizzato perché lo ha visto pian piano morire senza che si sia trovata una terapia efficace o ha avuto l'impressione di non aver trovato le necessarie parole di conforto o ha faticato a individuarne le autentiche esigenze umane e spirituali. È importante in questi casi accettare la propria naturale fragilità e la limitatezza di una medicina che non è onnipotente e che di fronte ad una improvvisa e sconosciuta patologia può anche avere dei tempi lunghi di incertezza in cui si



Arcabas, Pellegrini di Emmaus, 2006

mettono in opera tentativi terapeutici che non sempre vanno a buon fine. Sul versante del rapporto più strettamente umano non è necessario cercare strategie particolarmente sofisticate. È sufficiente manifestare la capacità di ascolto ripetendo alcune parole o concetti centrali pronunciate dall'interlocutore (es.: "se ho capito bene, ...") e far tesoro di alcuni piccoli accorgimenti che possono essere molto preziosi. Non vanno interrotti ad esempio i ripetuti ricordi positivi del suo passato. Non si deve neanche cambiare argomento se il paziente desidera ancora esternare i suoi pensieri. Si deve dargli, invece, la possibilità di interrompere il suo interlocutore quando vuole dire qualcosa di suo. Può essere utile incoraggiare il dialogo anche con il linguaggio non verbale

(sorrisi, gesti d'assenso, ecc.) e spazi di partecipe silenzio. In discorsi emotivamente coinvolgenti è produttivo manifestare senza enfasi i propri sentimenti ("mi è difficile accettare questa sofferenza", "di fronte a questo dolore non ci sono parole che contano, desidero però essere vicino", ...), senza mai obbligare l'altro a esternare i suoi (non dire ad esempio "stai soffrendo?" ma "come ti senti?"). Devono essere anche assecondate battute di humour perché possono aiutare il paziente a sdrammatizzare la sua situazione ma non è opportuno fare della facile ironia quando il paziente non la gradisce. Eventuali attacchi d'ira del paziente non manifestano necessariamente collera nei confronti di chi sta accanto. Può essere utile in questi casi evitare espressioni difensive ("come posso starti vicino se mi tratti così?"), ma è estremamente positivo far intendere che si è capito il disagio di fondo ("mi sembri proprio a terra"). Inoltre, quando è necessario comunicare la diagnosi o il progredire della situazione clinica i sanitari, devono essere particolarmente prudenti e capaci di differire la comunicazione integrale della verità offrendo risposte modulate sulle domande del paziente. Un ultimo aspetto è importante considerare. Riguarda il dialogo religioso. Chi accosta il malato che s'interroga sul senso del vivere e del morire, è chiamato ad avere il senso del limite e non voler a tutti i costi indottrinare. È altresì necessario non lasciarsi invadere dal rispetto umano e dalla paura e proporre, quando le disposizioni del paziente lo rendono possibile, un serio approccio spirituale e valoriale.



AGGIORNAMENTI

“Vestire gli ignudi”

Gaspari dr. Fabio
Acos Torino

Quando il mio parroco si ammalò, al punto da dover poi lasciare il suo incarico, non me ne accorsi fintanto che non mi chiamò una sera chiedendomi se potessi passare a trovarlo. Non ricordo esattamente il motivo, che cosa cioè volesse mostrarmi del suo corpo che lo preoccupava, ma ricordo che lo vidi per la prima volta spogliato, coperto solo dalla biancheria intima. E osservando le sue gambe magre, la muscolatura assottigliata, la pelle che si sollevava in pieghe, mi accorsi che qualcosa seriamente non andava. Fino a quel momento la tonaca che lo copriva durante le celebrazioni o il consueto abito scuro con cui lo ricordo vestito fin da quando ero bambino, mi aveva impedito di cogliere i segnali del decadimento fisico che lo stava colpendo.

Questo episodio mi fece riflettere su quanto sia importante, in medicina, poter osservare il paziente nella sua nudità per giudicarne realmente lo stato di salute. Per questo penso che interpretare quest'opera di misericordia per noi operatori sanitari non può limitarsi all'azione del vestire, ma richiede di muoversi nello spazio che



Collaboratore del Ghirlandaio, 1478-81, Vestire gli ignudi

intercorre tra il vestire e lo svestire, tra l'intimità e il pudore.

L'atto dello spogliarsi è un atto intimo, solitamente riservato alla relazione d'amore e all'ambito familiare, o che al più avviene in pubblico quando è protetto da un ambiente che lo legittima, come una spiaggia, una piscina, un palcoscenico. O appunto un ambulatorio medico o un reparto d'ospedale, dove la nudità non è solo esposta ma è addirittura toccata. Per

quanto possa sembrarci ovvio, si tratta in realtà di un privilegio di cui forse al giorno d'oggi riconosciamo meno l'importanza, per la disponibilità di esami diagnostici come le TC, le RM, le PET che hanno sostituito almeno in parte l'esecuzione dell'esame obiettivo completo. Alcuni fini metodologi clinici non condideranno quanto appena scritto, ma di fatto nella realtà è un po' così. Infatti il tempo limitato che ci è concesso per visitare ogni paziente nell'attività frenetica dei nostri ambulatori rende spesso problematico fare i conti con i prolungati tempi di svestizione e vestizione, soprattutto dei pazienti più anziani e in difficoltà, per cui spesso si scruta la nudità di

sotto una maglietta, sollevando un pantalone o tirando su una manica di camicia. Eppure quanto dei nostri pazienti essa ci può svelare! Le infermiere e le oss che lavorano nei reparti di degenza la sperimentano senz'altro più di noi, perché quotidianamente impegnate nel pulire, svestire e rivestire i nostri malati. In effetti, se da un lato è vero che accedere alla nudità dei pazienti pare oggi più superfluo, almeno in certi contesti, è altrettanto vero che nelle corsie degli ospedali essa non fa effettivamente problema, e dopo un po' non ci si fa nemmeno più caso, con il rischio che essa diventi una nudità anonima o, talvolta, inutilmente esposta. Dall'esperienza sappiamo bene come siano proprio i pazienti più fragili, più malati, più confusi, più inermi ad essere spesso i più scoperti, quelli che più mostrano, talvolta con indifferenza, la loro nudità, e che maggiormente abbisognano di essere coperti.

C'è quindi nel nostro lavoro la necessità di coprire ma anche di scoprire, di svelare così come di proteggere. Come armonizzare questo doppio bisogno? Per rispondere può esserci di aiuto riflettere brevemente sul senso del pudore. Si tratta di un sentimento complesso, studiato da psicologi e filosofi, che presenta molte sfaccettature. Ad un primo sguardo potremmo dire che nel contesto dell'assistenza sanitaria esso risulta come sospeso o inespresso. Il motivo sembra quasi ovvio: se voglio essere curato devo accettare di essere visitato, se voglio essere assistito e lavato non potendo più contare sulle mie sole forze devo permettere ad altri di accedere alla mia intimità. Il malato si trova di fatto un po' inerme, impossibilitato dalla situazione a difendere il suo corpo dallo sguardo altrui, in questo senso realmente nudo. E' però responsabilità di noi curanti creare le condizioni perché il pudore, seppur sospeso dalla situazione di necessità, non esca dall'orizzonte della relazione con gli assistiti, ma anzi contribuisca alla sua realizzazione e la orienti nella giusta direzione.

Prendo spunto dal libro di Ugo Perone "Ripensare il Sentimento. Elementi per una teoria" dove l'autore si sofferma sul fenomeno del pudore a partire dalla riflessione di Max Scheler. Egli afferma che **"il pudore è difesa di quell'individualità che accetta di manifestarsi"** e che **"sciolto il rapporto con l'individualità viene**



a decadere anche il sentimento del pudore, che patisce l'esposizione del proprio all'estraneo".

Se ci pensiamo la possibilità per il paziente di mostrarsi anche nelle sue parti più intime nasce da un nostro sguardo tutto volto esclusivamente a porre una corretta diagnosi e a praticare una giusta cura. **Sembra paradossale a dirlo, ma forse è proprio nella misura in cui il paziente diventa ai nostri occhi un "caso clinico" che il pudore può essere sospeso. E' cioè il nostro sguardo**

10 maggio 2016, Giubileo della misericordia, particolare

professionale, analitico, che mette il malato nella condizione di esporre la propria nudità senza vergogna. Per quanto infatti cercheremo di entrare in una relazione amicale con il paziente, di attivare un'empatia, non potremo mai avere la presunzione di pensare che egli accetti di svelarsi a noi in forza di tale relazione, ma sempre spinto dal bisogno di essere curato. Allo stesso tempo siamo ben consapevoli che una buona relazione con il paziente si costruisce grazie alla nostra capacità di riconoscere e incontrare quell'individualità che accetta di manifestarsi, e il valore del pudore che la difende. Ecco il motivo per cui è così importante che allo scoprire segua il coprire, che allo sguardo analitico segua lo sguardo empatico, con tutto il corredo di significato di cura che esso porta con sé: perché afferma al paziente che ai nostri occhi egli non è "solo un caso clinico", che quel corpo appartiene a un'individualità irriducibile e unica che come tale necessita di essere protetta.



Pieter Bruegel, 1616, le sette opere di misericordia

Se è vero, come scrive ancora Ugo Perone, che nel pudore "viene a manifestazione la sorpresa per la straordinaria congiunzione di aspetti alti (lo spirito) e bassi (l'animalità) che concorrono a costituire l'individualità", quella prima impressione che ci faceva mettere il pudore un po' sullo sfondo, si ribalta completamente. Esso si rivela centrale nell'esercizio di **una medicina che accetta la sfida di tenere insieme tutto l'uomo nella cura del corpo (attraverso "lo scoprire") e**

dello spirito (attraverso "il coprire").

Quali insegnamenti pratici possiamo dunque trarre da queste riflessioni? Un primo suggerimento da raccogliere può essere quello di non trascurare l'osservazione del corpo dei nostri pazienti, con le sue rughe, i suoi colori, i suoi palpiti, le sue cicatrici, i suoi cambiamenti, che solo nella nudità si svela in tutto il suo potenziale informativo. Riconoscendo però che non è sempre un esercizio facile, perché si tratta molto spesso di sostenere la vista di corpi decaduti, deformati, sofferenti, che talvolta possono suscitare anche disgusto e repulsione. Basta pensare per esempio a certe ferite, amputazioni o tumori superficiali che possono accompagnarsi a odori sgradevoli o, più semplicemente, al corpo di un anziano o di un senza fissa dimora che da molto non riesce a lavarsi.

Da questo punto di vista l'atto dello scoprire è sempre un rischio: sia per chi lo subisce, perché espone così la sua nudità alla possibilità di essere ferita, sia per chi lo agisce, perché deve accettare di accogliere ciò che si

trova di fronte. Come operatori sanitari è però un rischio da cui non ci possiamo sottrarre e abbiamo il dovere di proteggere l'elemento più fragile, cioè il paziente e la sua dignità.

Ci sono diverse attenzioni che possiamo mettere in atto in questo senso. Come medici penso per esempio al ricordarsi di chiudere la porta della stanza quando si visita, per evitare sguardi indiscreti, o chiedere al paziente di spogliarsi solo nella misura in cui è realmente necessario, dandogli il tempo di rivestirsi subito dopo la visita senza parlargli mentre è ancora mezzo nudo. Per le infermiere e le oss che sono direttamente impegnate nel cambio del paziente viene da sé che lasciarlo pulito e profumato, coperto adeguatamente se ha freddo o protetto da un semplice lenzuolo se accaldato, è forse il modo migliore per raggiungere lo scopo. Ma anche aiutarlo a rivestirsi terminata la visita in ambulatorio, perché non sbagli ad abbottonarsi nella fretta o non resti con una calza su e una giù.

Medicare con pazienza una brutta ferita perché guarisca bene è un altro modo, tutto nostro, per rendere vera quest'opera di misericordia. Di fronte alle persone più trasandate può essere necessario suggerire modi per aver più cura del proprio corpo, e nelle persone più anziane e fragili a volte bisogna insistere perché accettino l'aiuto di terze persone: anche questi sono modi che abbiamo a disposizione per coprire e per ridare dignità.

Girando per i reparti un esercizio che possiamo fare è vestire i pazienti con la fantasia, immaginandoli nel loro vestito più bello o che ci sembra possa calzare loro bene addosso, per evitare che il pigiama o il camicino dell'ospedale ce li faccia tutti uguali.

In generale si tratta di coltivare sempre di più un atteggiamento rispettoso nei confronti dei pazienti, delicato nei gesti ma anche nelle parole utilizzate, mai mosso da curiosità o invadenza ma anche privo di rozzezza e indifferenza, capace di porsi alla giusta distanza per offrire una cura della malattia che non dimentichi il malato. Vorrei concludere con un'ultima riflessione. Il termine medicina palliativa deriva dal termine latino pallium, che significa mantello e che ci ricorda il gesto di San Martino di Tours che taglia il proprio mantello per darne metà a un povero che non aveva di che coprirsi. Questo episodio ci offre un ultimo insegnamento: **coprire l'altro è**

anche scoprire un po' se stessi. Ciò vale, in senso figurato, anche nella cura dei nostri pazienti. In quei gesti volti a proteggere il malato, il suo corpo, le sue ferite, sveliamo infatti qualcosa di noi, della nostra sensibilità, ci mettiamo in gioco e ci lasciamo a nostra volta guardare. E in questo scambio, fatto soprattutto di sguardi, quelli si sempre scoperti anche in tempo di covid-19, si manifesta e si rafforza la relazione tra noi e i nostri pazienti.



Simone Martini, 1312-1318, Assisi

ESPERIENZE

“Il vissuto che ci ha cambiati per sempre”

*Valentina Di Carlo
OSS Asti*

Sono Valentina Di Carlo, oss della chirurgia generale. Qualche mese fa, causa pandemia il mio reparto è stato convertito in reparto Covid, per far fronte all'emergenza sanitaria.

Penso che il periodo trascorso in Covid, sia stato una delle esperienze più “forti” della mia vita, sia dal punto di vista lavorativo che emotivo. Lavorando in ospedale la parola “Covid” è entrata a far parte del nostro vocabolario, ma sino a quando non varchi la porta di un reparto covid, non sai esattamente cosa ti aspetta.

Per me è stato proprio così, in pochissimi giorni, anzi ore, abbiamo convertito il reparto da chirurgia generale, in Covid, Il Covid 3.

Nei primi momenti, ho provato un mix di emozioni, perchè non sapevo esattamente cosa mi aspettasse.

Indossare la tuta, sentirmi un eroe del momento, mi dava tanta adrenalina, ma fin da subito, da quando sono entrata nella prima stanza, quanta sofferenza, quanta tristezza in quegli occhi. Ed è stato allora che ho realizzato esattamente cosa stava succedendo.

La forza deve fare spazio alla paura. Paura che non puoi permetterti di avere perchè altrimenti commetti degli errori, ed ogni errore può essere causa di contagio. Anche se è inevitabile, quando entri in una stanza essere tesa, perchè sai che il mostro è lì pronto a colpire.

Quanta sofferenza negli occhi degli anziani che il più delle volte non avevano neanche capito cosa fosse successo, dove si trovavano. Tanti di loro quasi incoscienti parlavano pochissimo.

Non dimenticherò mai la video chiamata con una “nonnina” e sua nipote, “Nonna torna a casa presto”, sorrisi bagnati da tante lacrime. Così come la video chiamata di una signora che compiva 80 anni, con i suoi figli, che emozione, nel vedere i figli che a distanza le avevano preparato lo stesso la torta.

Quanta sofferenza questo virus ha portato.

Da credente mi sono chiesta più volte, “Gesù, ma dove sei!!!”. E puntualmente, mi veniva in mente, la risposta che mi diede un prete



qualche anno fa. Quando presa dalla disperazione gli chiesi “ma dov'è Gesù, in questa sofferenza” e lui mi rispose che io ero una privilegiata, perchè Gesù è negli ammalati e quindi io sono fortunata in quanto sempre al suo cospetto.

La fede, in questa esperienza mi aiutato tantissimo, perchè per quanto stanca, senza forza, non mi sono mai sentita abbandonata, sapevo che accanto a me c'erano i miei angeli.

Non nego che è stata durissima.

La fatica, sotto quelle tute è enorme, bevi poco per non fare pipì, mangi se c'è tempo, quando ti spogli sei



completamente marcia, per non parlare dei segni lasciati dalla mascherina.

Un altro aspetto atroce è “la morte”.

Morire senza l'affetto dei propri cari, morire da soli. Non nego che in certi casi ho pregato che la morte giungesse presto, per dare fine ad agonie interminabili.

Quanto dolore che questo mostro ha portato.

Anche la mia famiglia è stata provata da questo periodo.

Essere genitore, marito, figlio, di un operatrice del Covid , non è semplice.

Arrivavo a casa e non avevo voglia di parlare, i miei bimbi volevano abbracciarmi, ma avevo paura di essere veicolo di contagio.

La mia esperienza è stata per un tempo limitato, ma il mio pensiero va ai tanti colleghi che lo fanno ininterrottamente, da mesi, da quando tutto è cominciato. Ai colleghi che si sono ammalati, a quanti sono morti. Non siamo eroi, siamo persone che cercano di fare il proprio lavoro e di farlo al meglio, non dimenticando che il nostro è un lavoro di cura.

Voglio concludere questo racconto, con una frase di Alda Merini, “Ognuno di noi , ha vissuto qualcosa che l'ha cambiato per sempre”

E il Covid di sicuro ha cambiato le nostre vite, mi auguro che ognuno di noi possa fare tesoro di questa esperienza.



ESPERIENZE

“Le tre T..”

*Angela Mazzetti
Assistente Sanitaria Asti*

L'esperienza dell'epidemia da Covid19 ha stravolto tutte le attività di ogni servizio dell'ASL in particolare quelle del Dipartimento di Prevenzione e del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.) servizio presso il quale lavoro come assistente sanitaria da 20 anni con altre tre colleghe.



Tra le varie competenze dell'assistente sanitario, oltre alle vaccinazioni rientra l'inchiesta epidemiologica, cioè l'identificazione dei bisogni di salute e dei fattori di rischio sulla base dei dati epidemiologici, socio-culturali e l'attuazione della soluzione degli interventi che rientrano nell'ambito delle proprie competenze.

L'indagine epidemiologica ha l'obiettivo di identificare la possibile fonte di infezione, la presenza di altri casi correlati alla stessa fonte e l'esistenza di altri soggetti esposti per attuare adeguate misure di controllo del rischio e del contagio. Tale attività è la prassi per ogni notifica che viene segnalata al Servizio Igiene e Sanità

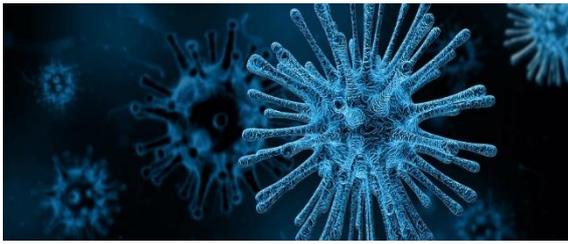
Pubblica ma si è dimostrata molto importante dal 2019 per contenere la diffusione di nuovi casi di covid 19 in epoca pandemica, con

giovani medici assunti specificatamente per il progetto dell'attività del tracciamento dei contagi.: contact – tracing. Tale progetto comprende l'utilizzo di un programma, piattaforma “COVID Gestione Sistema Piemonte” collegato alle segnalazioni dei casi sospetti o con tampone positivo da parte del Medico Medicina Generale o dei Laboratori delle ASL sparsi sul territorio. Queste segnalazioni compongono la lista dei soggetti da contattare uno ad uno con la rispettiva indagine epidemiologica.

La ricostruzione delle catene dei contatti di persone positive al virus malate e non, avviene:

- in maniera “tradizionale”, cioè intervistando le persone positive e risalendo alla definizione delle varie possibilità di contagio o situazioni nelle quali maggiormente si realizza l'infezione: ambiente familiare, sanitario, lavorativo, scolastico, sociale, o di viaggio.
- oppure informandole sull'esito del tampone positivo, richiesto in piattaforma dal MMG.

Le persone positive al Covi19 sintomatiche e non, contattate telefonicamente per il tracciamento vengono indagate sulle condizioni cliniche di salute in cui si trovano, spiegando loro il decorso della malattia e l'eventuale evoluzione del quadro clinico, informandole che dovranno stare in isolamento, cioè separate il più possibile dalle



persone sane, al fine di prevenire la diffusione dell'infezione, fino al giorno della liberazione con tampone negativo o, se positivo, dopo 21 giorni.

In caso di aggravamento della sintomatologia dovranno avvisare tempestivamente il MMG o il 112.

Nel corso della telefonata s'impartiscono le corrette norme igienico sanitarie da seguire nel periodo di positività ed i comportamenti da adottare nei confronti delle varie situazioni di rischio per la salute delle persone venute in contatto durante il periodo di trasmissibilità. Non appena terminato di registrare tutte le informazioni utili che il soggetto positivo ci espone, si rintracciano telefonicamente le persone con cui è stato a "stretto contatto" nei tre giorni antecedenti i sintomi o il tampone positivo, all'interno dell'ambiente familiare, sanitario, lavorativo, scolastico, sociale o di viaggio e ci si informa sul luogo in cui trascorreranno il tempo della quarantena.

La quarantena si attua alle persone sane (contatto stretto) che sono state esposte ad un caso COVID-19, con l'obiettivo di monitorare settimanalmente per avere notizie sulle loro condizioni di salute tramite la sorveglianza attiva. La quarantena finirà dopo un numero di giorni che si ritengono utili a coprire la variabilità della latenza del contagio almeno 14 giorni.

Quarantena e isolamento sono importanti misure di salute pubblica attuate per evitare l'insorgenza di ulteriori casi secondari dovuti a trasmissione di SARS-CoV-2 e per evitare di sovraccaricare il sistema ospedaliero.

Naturalmente più lunga è la quarantena o l'isolamento domiciliare più è faticosa e pesante la solitudine, ed il contatto telefonico con il MMG o il SISP è l'unico modo per essere rassicurati.

Durante il contatto telefonico ho condiviso solitudine, drammi familiari e lavorativi, molte le persone anziane sole, magari con il marito ricoverato in rianimazione ed i figli in quarantena lontani.

La sola telefonata era un conforto nell'affrontare il lungo isolamento, in attesa della guarigione dall'infezione, e comprendendo il numero esponenziale di casi e di contatti seguiti ogni giorno, molte sono state le manifestazioni di riconoscenza per il nostro aiuto e vicinanza. Mi dicevano alcuni: "prego per tutti e anche per lei che Dio vi aiuti", si percepiva chiaramente che la speranza nelle sole forze umane non era sufficiente.

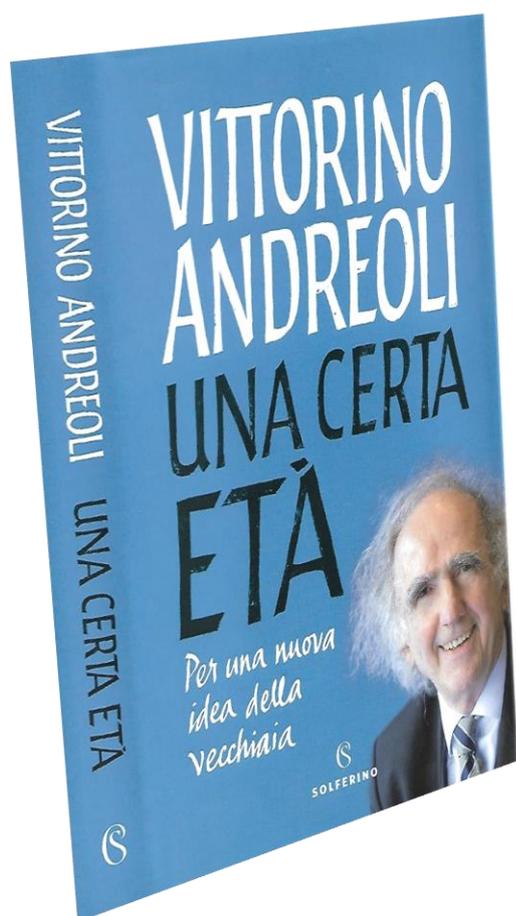
Confidando nell'arrivo dei vaccini, per ora uno degli strumenti più importanti per combattere il virus che ha la sanità italiana, è la regola dei **tre "ti"**: Testare, Tracciare, Trattare, che ci permette, insieme al lockdown, di gestire la situazione dell'evoluzione della pandemia.



LETTURA IN LIBERTÀ'

Fiorenza Bugana

Alla luce anche delle riflessioni del giornale di questo mese dove l'accento alla relazione del malato è sempre l'aspetto fondamentale che ci deve caratterizzare come operatori sanitari, proponiamo la riflessione su un'età della nostra vita delicata, ricca e tenera.. un'attenzione ad una certa età.



In un mondo dove l'uomo crede di avere in mano il suo destino, corriamo un grande rischio: non ammettere che il filo rosso dell'esistenza si possa indebolire e spezzare e non comprendere gli aspetti positivi di ogni trasformazione a partire dalla bellezza di invecchiare. Chi ha "danzato a lungo col tempo" ha maggiore capacità di sperimentare la gioia e considerare il piacere.

La vecchiaia è un capitolo originale dell'esistenza e non una età malata.

Un saggio che tutti dovrebbero leggere in modo particolare coloro che operano nell'universo terza età- vecchiaia.