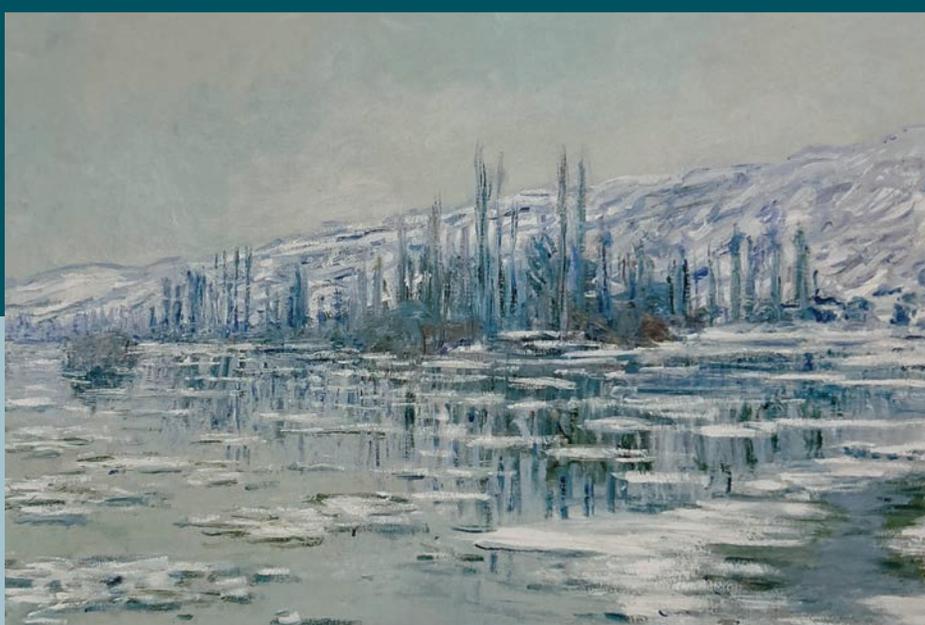


# Covid-19

Il sapere dall'esperienza

a cura di Luigina Mortari,  
Monica Guberti, Luca Ghirotto

la  
Società



**FrancoAngeli**

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

**LA SOCIETÀ**  
Saggi e studi

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

# **Covid-19**

Il sapere dall'esperienza

a cura di Luigina Mortari,  
Monica Guberti, Luca Ghirotto

**FrancoAngeli**

Publicato con il contributo del Dipartimento di Scienze Umane dell'Università degli Studi di Verona.

Isbn: 9788835156840

Copyright © 2023 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

|   |      |    |
|---|------|----|
| <b>Premessa</b>   | pag. | 7  |
| <b>1. Il difficile dell'imprevedibile</b> , di <i>Luigina Mortari, Monica Guberti, Luca Ghirotto</i>  | »    | 11 |
| 1.1. La fragilità del mondo umano   | »    | 11 |
| 1.2. Aver cura  | »    | 21 |
| 1.3. Agire eticamente   | »    | 26 |
| 1.4. Sentire la qualità degli eventi  | »    | 31 |
| 1.5. Apprendere dall'esperienza   | »    | 42 |
| <b>2. Organizzare in emergenza</b> , di <i>Federica Bigi, Marina Bragagni, Domenica Gazineo, Sandra Montalti, Domenico Regano, Michela Rustignoli</i> | »    | 51 |
| 2.1. Inventare nuove forme organizzative  | »    | 52 |
| 2.2. Saper agire fuori dagli schemi   | »    | 55 |
| 2.3. Costruire il gruppo  | »    | 61 |
| 2.4. Aumentano le competenze  | »    | 64 |
| 2.5. Criticità organizzative  | »    | 71 |
| 2.6. Innovazione tecnologica  | »    | 73 |
| 2.7. Riflessioni  | »    | 74 |
| <b>3. L'etica nell'emergenza</b> , di <i>Roberta Decaro, Ludovica De Panfilis, Lea Godini, Cristina Pedroni, Anita Zeneli</i>                         | »    | 76 |
| 3.1. Agire eticamente nell'incertezza   | »    | 76 |
| 3.2. L'equità di accesso alle cure  | »    | 79 |
| 3.3. Deontologia professionale ed etica personale   | »    | 82 |
| 3.4. Sofferenza per la frattura relazionale   | »    | 85 |
| 3.5. Umanizzazione delle cure   | »    | 89 |

|  |      |     |
|--|------|-----|
| 3.6. La problematicità del fine vita   | pag. | 93  |
| 3.7. Etica della comunicazione   | »    | 101 |
| 3.8. Riflessione e apprendimento   | »    | 103 |
| <b>4. Il peso dei vissuti</b> , di <i>Tatiana Bolgeo, Matías Eduardo Díaz Crescitelli, Cinzia Gradellini</i> | »    | 105 |
| 4.1. Un vortice di emozioni  | »    | 105 |
| 4.2. Tornare a sperare   | »    | 121 |
| 4.3. Uno sguardo verso il futuro   | »    | 125 |
| 4.4. Riflessioni   | »    | 127 |
| <b>5. Abbiamo davvero imparato?</b> , di <i>Monica Guberti</i>   | »    | 128 |
| <b>6. Appendice metodologica: metodi, strategie e setting della ricerca</b> , di <i>Luca Ghirotto</i>        | »    | 133 |
| 6.1. Scelta del metodo   | »    | 133 |
| 6.2. I contesti della ricerca  | »    | 134 |
| 6.3. Campionamento e partecipanti  | »    | 141 |
| 6.4. Generazione dei dati  | »    | 142 |
| 6.5. Analisi dei dati  | »    | 143 |
| 6.6. La risorsa del gruppo e l'epochè  | »    | 144 |
| <b>Riferimenti bibliografici</b>   | »    | 145 |
| <b>Autrici, autori, ricercatrici e ricercatori</b>   | »    | 147 |

## *Premessa*

### **Come ebbe inizio**

“Diciamo che l'emergenza è cominciata in questo modo... sono cominciate ad arrivare dalla Cina notizie non chiarissime, adesso, a posteriori, ragionandoci, di un nuovo Coronavirus, che doveva causare per la maggior parte dei casi congiuntiviti... Le informazioni però erano contrastanti, perché – come tutti abbiamo visto, invece, in televisione – stavano costruendo ospedali con moduli da migliaia di posti letto. Improvvisamente, dal primo caso individuato, siamo passati, in neanche un mese, allo scoppio della pandemia; dopo il primo caso ne sono arrivati centinaia nell'arco di neanche un mese... e quindi... siamo stati proprio travolti dall'emergenza. Non ci aspettavamo sicuramente una crescita così esponenziale e così veloce. E i piani che avevamo scritto sono stati rimodulati in fretta e furia, perché non era assolutamente quello che avevamo previsto potesse essere. Noi avevamo immaginato, all'inizio del nostro piano, di poter dedicare alcune stanze per l'isolamento, a questi pazienti, ma ci siamo resi conto nel giro di pochissimi giorni che avevamo bisogno di interi reparti di isolamento, in tutti i setting assistenziali, a partire dal Pronto Soccorso, dalle Medicine Interne, dalle Semintensive, dalle Rianimazioni. E quindi abbiamo cominciato in corsa a ridefinire molto rapidamente il piano ospedaliero, perché i casi si moltiplicavano nell'ordine del centinaio, tutti i giorni.” (12/RE)

“Il 1° marzo ero in servizio, i pazienti Covid positivi nel corso della giornata sono diventati quattro, il 2 marzo sei, il 3 marzo otto. Tornai a lavorare il 6 marzo e i pazienti erano diventati quattordici. La rianimazione si era 'allargata' occupando parecchi posti della Semintensiva Post-Operatoria. Il 7 marzo fu un giorno terribile, ricoverammo sei pazienti nel giro di 12 ore. Ormai le attività su tutti i ricoveri erano standardizzate: intubazione orotracheale, posizionamento di catetere arterioso e catetere venoso centrale, inizio di analgesazione profonda e curarizzazione in continuo e pronazione precoce quasi in tutti i casi. L'adrenalina era tanta, non avevo nemmeno il tempo di ren-

dermi conto di quello che stava succedendo, era importante lavorare a ritmi altissimi, mantenendo una concentrazione elevata, mi sentivo comunque piena di energie.” (00/RE)

“(sospira) Abbiamo cercato di fare il meglio possibile, compatibilmente anche con le nostre possibilità, perché i nostri ospedali non sono progettati per gestire pandemie di questo genere, perché hanno degli standard che non sono assolutamente preparati per gestire una patologia respiratoria di questo tipo, per cui non avevamo dei veri e propri reparti di isolamento, stanze di isolamento in numero sufficiente. Abbiamo dovuto riconvertire i reparti, modificando anche le ventilazioni, mettendo estrattori, e poi abbiamo dovuto cominciare a convertire anche interi ospedali all’assistenza dei pazienti Covid.” (12/RE)

“Fu straziante anche vedere che per il primo periodo gli unici posti letto che riuscivamo a liberare era perché i pazienti morivano. Mi chiedevo: ‘Ma riusciremo a salvarne qualcuno? Moriranno tutti?’. Fortunatamente dopo un po’ di tempo abbiamo iniziato a vedere che qualche paziente migliorava, abbiamo iniziato a trasferire nella seconda rianimazione allestita per accogliere i pazienti più cronici e stabili e abbiamo iniziato a gioire di qualche guarigione.” (04/RE)

“Poi è arrivato il lockdown, si sono azzerate le occasioni in cui le persone potevano incontrarsi e poteva verificarsi la trasmissione del virus; quindi, i casi hanno cominciato lentamente a decrescere e abbiamo retto... perché i casi erano veramente molti e avevamo il dubbio di riuscire veramente ad assistere tutti.” (12/RE)

Nel tempo della pandemia abbiamo subito la violenza della realtà sul mondo umano. Si tratta di una violenza che ha annientato molte vite e ha interrotto la continuità della vita ordinaria.

Di fronte a questo accadere i servizi sanitari hanno dovuto affrontare in uno stato di emergenza un significativo riassetto organizzativo, sostenere un impegno di lavoro considerevole, ideare nuovi modi di pensare la cura.

La fatica, fisica e mentale, degli operatori è stata molta. Per affrontare la pandemia sono stati inventati nuovi saperi e nuovi dispositivi di cura, è stato sperimentato il valore e i limiti delle politiche che erano in atto e hanno preso forma nuovi saperi esperienziali. Una parte di questi saperi resta, o perché si è materializzato in dispositivi tecnologici o perché ha trovato forma in linee guida, ma una parte di quello che è stato elaborato rischia di non essere conservato.

Questa ricerca nasce con l’intenzione di raccogliere le esperienze di coloro che hanno sostenuto questa grande fatica e cercare parole che consentano di conservare ciò di cui è stata fatta esperienza.

A questo scopo sono state condotte 102 interviste con il personale sanitario impegnato in 6 poli di assistenza. Il metodo di analisi ha come riferimento di sfondo il metodo della Fenomenologia Empirica e si è attuato come “content analysis” qualitativa.

I dati emersi da una prima lettura evidenziavano tre possibili principi di organizzazione del sapere che andava emergendo: organizzativo, etico, del vissuto che accompagna l’agire. In osservanza al principio di fedeltà al dato si è così deciso di strutturare la datità emergente attorno a questi temi, e hanno preso forma i capitoli 2, 3 e 4. Il capitolo 1 risponde, invece, all’intenzione di restituire uno sguardo d’insieme capace di evidenziare il nucleo della cultura che ha preso forma in questo tempo.

Per realizzare l’obiettivo di portare alla luce il sapere costruito nel mezzo dell’esperienza pandemica intenzionalmente è stato ridotto al minimo il ricorso a fonti di letteratura già sistematizzate per lasciare il più ampio spazio possibile alle parole del personale sanitario. Spesso le parole già sistematizzate, anziché aprire mondi, opacizzano l’esperienza. Ci sono discorsi scritti che nulla aggiungono al bisogno di idee utili a fecondare l’agire, mentre il sapere vitale, che ha mosso il divenire, resta senza parola. Dare parola ai pratici costituisce un imperativo etico imprescindibile.

Una nota riflessiva è dovuta. Simone Weil scrive che la capacità di agire in modo etico, che lei definisce l’agire per un motivo virtuoso elevato, è più difficile che l’agire per un modo virtuoso volgare e la virtù volgare è quella che risponde al bisogno di agire per sé, per conservare e proteggere la propria vita. «Una virtù volgare – scrive – può essere sotto un certo riguardo, più resistente di fronte alle difficoltà, alle tentazioni e alle sventure di una virtù elevata» (Weil, 2002, p. 7). Questa tesi ha una sua fondatezza, ma non spiega tutto il reale. Ci sono situazioni in cui le virtù elevate, che sono segno dell’agire per il bene comune, trovano attuazione piena e compiuta. E questo è accaduto nel tempo della pandemia, quando molti sanitari hanno agito per il bene comune mettendo tra parentesi la tensione al pensare a sé che tiene dentro la prigione dell’io. L’agire etico non conosce calcoli, non segue logiche algoritmiche, funziona secondo una sua logica che è nella sua essenza obbedienza alla necessità. Questo va riconosciuto e messo in parola, per restituire la dovuta gratitudine a chi ha operato.



# *1. Il difficile dell'imprevedibile*

di *Luigina Mortari, Monica Guberti, Luca Ghirotto*

## **1.1. La fragilità del mondo umano**

### *1.1.1. Il difficile che mette alla prova*

La vita presenta situazioni imprevedibili. La condizione umana è nella sua essenza fragile e vulnerabile poiché all'essere umano non è data sovranità sull'esserci. Non solo veniamo nel mondo senza averlo deciso, ma per tutto il tempo della vita ci troviamo a essere dipendenti da altro e condizionati da eventi che non dipendono dalla nostra volontà e che, in quanto tali, non sempre riusciamo a governare; da qui viene la fragilità e la vulnerabilità dell'esserci. Il lavoro del vivere consiste nel trovare i saperi, le tecniche e le pratiche necessarie per avere cura della vita.

Fra le tante azioni di cura c'è anche la ricerca della conoscenza, quella che consente di comprendere gli eventi e governarli. La medicina nel tempo ha costruito un sapere dalle dimensioni enormi e in continua evoluzione; le strutture sanitarie hanno elaborato un sapere organizzativo mirato a offrire la migliore assistenza possibile. Si progetta, si pianifica, si organizzano spazi e tempi.

Ma il mondo degli artefatti umani solo all'apparenza è solido; tutto il sapere accumulato non sempre basta a metterci al riparo dall'imprevedibile. L'investimento nello sviluppo culturale viene dalla necessità di ridurre la condizionatezza sul mondo umano da parte della natura. Ma la forza poetica della natura resta oltre il potere dell'azione umana. Noi siamo parte della natura e la natura è la fonte della vita. Troppo spesso lo dimentichiamo, riducendola a mero contesto del nostro agire, un contesto da cui prelevare le cose necessarie alla costruzione del mondo senza sentire il dovere scientifico di riflettere sulle conseguenze delle nostre azioni. Invece la natura è potenza di fare, di inventare sempre nuove forme di vita

con una generatività morfopoietica che non trova soluzioni di continuità e in questa continua morfogenesi accade che prendano forma entità, come il SARS-CoV-2 e il Covid-19, che si rivelano una minaccia per la conservazione della vita umana. Quando si verificano queste rotture degli equilibri esistenti il sistema umano va in crisi. Al nuovo, proprio perché nuovo, non si è preparati. Così all'improvviso si fa esperienza di tutta la nostra fragilità e vulnerabilità:

“Era il 12 marzo intorno alle 5 di pomeriggio e credo che me lo ricorderò fino a che avrò memoria o sarò comunque lucida... Ero vicino a un lavandino. Mentre parlavo con un OSS, ricevo la telefonata del dirigente infermieristico. È stata carinissima perché sapeva che in quei giorni avevo mio papà malato di Covid, ricoverato e stava molto male (sospira)... E mi dice ‘so che stai passando un momento difficilissimo, però tieniti pronta, perché credo che oggi sarai convertita’ (voce tremante). Metto giù il telefono... Era il 12 marzo, guardo questa ragazza e le dico ‘Ci chiudono! Come? Ci chiudono! Ci chiudono!’. Da lì le emozioni sono state fortissime, ma me ne sono resa conto dopo del significato di quella notizia.” (01/AL)

La chiamata arriva improvvisa e il senso che subito si avverte è quello di “chiusura”, della imminente privazione di libertà. Alle cose di valore per la vita, come la libertà, di cui godiamo nel tempo ordinario, spesso non prestiamo attenzione; le diamo per scontate; quando però qualcosa di imprevisto le metto a rischio allora la coscienza prova sconcerto. Però in questo suo ricordo di smarrimento, questa infermiera si porta dentro anche un gesto di cura: la coordinatrice sapeva del momento difficile che stava vivendo e mostra comprensione per lei. Forse questo sentirsi compresa ha reso l'avvenimento meno tremendo. Non è, infatti, casuale questo suo ricordare il gesto di cura ricevuto.

Nel pieno del caos, mentre tutti corrono per far fronte a ciò che non era prevedibile, mentre i pazienti si trovano terrorizzati, ci deve essere il tempo della cura, che in quel momento consisteva nel prestare attenzione al malato: non solo agire, ma mentre si agisce, senza poter trovare il tempo di fermarsi, guardarlo negli occhi, per comunicare comprensione e vicinanza: “ci sono e ti capisco”.

“(voce tremante) Li vedevo arrivare (sospira, la voce si fa ancora più tremante). C'era X (direttore) che mi chiamava 30-40 volte al giorno e mi diceva ‘hai un letto da darmi? Ne mandiamo 1 là, ne prendiamo 2 dal pronto’. Arrivava gente a dirti che ce n'erano 30-40 al pronto e non sapevi cosa fare... E arrivava questa gente (pausa) e alcuni (voce tremante) con gli occhi disperati, spaventati, perché c'erano vecchi, giovani... e... li vedevi che ti chiedevano ‘che

cosa mi sta succedendo?'. Anche perché c'era chi si era trovato due giorni al pronto soccorso... in attesa che si liberassero posti letto. Noi si faceva quello che si poteva, però noi non siamo santi. Infatti, quando dicono 'siete stati degli eroi', no! Siamo dei professionisti, che abbiamo lottato con le unghie ed essere un professionista non significa non avere e non instaurare una relazione con il paziente... Anzi in quel momento lì dovevi essere un tecnico, dovevi fare attenzione a una serie di cose, dovevi saperle gestire al meglio, ma dovevi anche guardarli in faccia perché era l'unico tramite tra il 'non so cosa mi capiterà' e 'qualcuno che mi dà qualcosa', anche perché poi siamo stati attrezzati per fare le videochiamate... Ma dopo!" (01/AL)

Chi pronuncia queste parole rifiuta la definizione di "eroi" per portare l'attenzione sulla qualità dell'agire professionale messo in atto: un agire complesso, fatto di tecniche ma anche di attenzione e di cura per l'altro. C'è una cura che può essere attuata in un tempo dedicato, e c'è una cura nelle situazioni massimamente difficili, che va agita nel mentre si fa altro perché non ci sono alternative:

"Ci siamo trovati di fronte a un vero tsunami di persone, cercare di trovare soluzioni a file e file di ambulanze che continuavano ad arrivare. Abbiamo avuto una grossa fortuna, che è stata quella di avere un ospedale nell'ospedale, perché avevamo tutta un'area che era ancora cantiere, fondamentalmente sfruttabile, poiché era come un contenitore vuoto. E quindi abbiamo costruito dei reparti: dico 'abbiamo' costruito perché lo abbiamo organizzato noi in gruppo, qualche coordinatore e una buona parte di infermieri che si sono rimboccati le maniche. Gli spazi li abbiamo proprio riempiti noi con i letti." (08/RE)

Fronteggiare l'emergenza significa anche essere disponibile a fare cose non previste dal proprio ruolo professionale. La realtà impone di essere flessibili. Nel tempo ordinario la realtà ha mostrato la qualità di essere resistente all'agire umano; quando accadono eventi come il Covid-19 la realtà non si limita alla resistentività, ma chiede un nuovo assetto che impone all'agire un altro ritmo: accettare la realtà e adeguarsi all'urto che provoca:

"Tutte le volte dicevo 'oh, finalmente abbiamo finito un reparto'. E, quindi, abbiamo qualche ora di respiro. No, non facevi in tempo a comunicare l'apertura dei posti letto che erano già saturi e, quindi, da lì ripensare ad aprire il piano superiore e poi quello sopra ancora, fino a quando abbiamo raggiunto il quarto piano, quarto piano che era il massimo, non avevamo più letti, finito." (08/RE)

La sensazione palpabile era di non riuscire a sostenere lo stato di continua emergenza, perché il lavoro di accoglienza dei malati non terminava

mai. Leggendo queste parole si ha l'impressione di un agire frenetico che non solo non lascia respiro, ma fa sentire il proprio agire non sufficiente. Fatica e senso di inefficacia sono pesanti da sostenere:

“È stato il giorno in cui io ho fatto il massimo delle ore che potevo fare, nel senso che sono arrivato a fare ventidue ore continuative e con il telefono in mano, dentro a questo ospedale, sperando che non arrivassero più malati... sperando che chi arrivava fosse l'ultimo, perché più volte ci siamo trovati con un solo letto disponibile.” (08/RE)

La realtà si impone all'improvviso in tutta la sua durezza:

“C'è stato un momento preciso in cui mi sono davvero resa conto di quello che stava succedendo... quando hanno chiuso l'ospedale X con dentro i professionisti che mandavano mail, quando ci penso (voce tremante) ancora adesso mi vengono i brividi, che disorientavano. Loro sono stati per tre giorni e tre notti sempre chiusi dentro. E il primario di medicina mandava delle mail dove diceva 'Noi non ce la facciamo più (voce tremante), venite ad aiutarci perché sono tre giorni che siamo qui e non sappiamo...'. Perché nessuno poteva entrare né poteva uscire. [...] Quello è stato il momento in cui davvero ho capito che stava succedendo l'inverosimile. Da un lato ero molto preoccupata, ma dall'altro mi sentivo in colpa, perché io leggevo quei segnali di aiuto e non potevo fare niente. Quelli sono stati i giorni pesanti.” (06/AL)

Sentire che i colleghi “sono chiusi” fa avvertire tutta la drammaticità della situazione. La libertà di movimento viene bloccata, il ritmo della vita si interrompe, e ci si trova a lavorare in una condizione di costrizione. Le parole che il medico scriveva nelle e-mail rivelano lo stato di angoscia di chi patisce il timore di non farcela. La vita chiama continuamente ad agire e l'organizzazione del mondo umano fornisce artefatti tecnologici, di conoscenza e relazionali che costituiscono punti di appoggio. Ma in quelle situazioni il sapere quotidiano aveva perso ogni riferimento. Non c'erano più certezze, l'unica certezza era il pericolo prodotto dal virus e il trovarsi chiusi con il virus lì, in reparto, e il mondo fuori. Questo vissuto emotivo non va dimenticato perché ogni evento lascia un segno in chi lo ha vissuto. Le emozioni sono impalpabili, ma dotate di una forza persistente che modella lo spazio che abitiamo.

La stanchezza può essere tanta, accade di sentirsi consumati, di avvertire di non avere più energie, ma poi un gesto può bastare a ritrovare il respiro del tempo: la gratitudine. Quella che arriva dagli assistiti, ma non solo, anche quella dei colleghi più giovani:

“Ricordo quando i ragazzi di M. sono tornati, per fortuna, al loro ospedale, qualcuno di persona, qualcuno con una mail, qualcuno con un cartellone che hanno appeso alla timbratrice dicendo ‘Grazie per come ci avete accolti e per quello che ci avete dato’. Lì, improvvisamente, tutte le fatiche passano, passano, si spengono perché ti danno veramente la sensazione di aver fatto fra le tante cose anche qualcosa di bene.” (08/RE)

Il filosofo David Hume parlava del delitto dell’ingratitude: quando non si sa riconoscere all’altro quello che ha fatto non ci si limita a fare mancare qualcosa, ma in quel mancare si manifesta la non considerazione per l’altro. Chi fa il lavoro di cura, e lo fa in modo autentico, cioè mosso dall’intenzione di procurare beneficio all’altro, non cerca nulla per sé, perché il sapere di stare facendo ciò che è dovuto è bastante. Ma ricevere un gesto di gratitudine può fare la differenza; sentirsi riconosciuto in quello che si fa produce un senso di benessere interiore. È il piacere etico, una forma di clorofilla spirituale che produce nuova energia.

### 1.1.2. *Quando manca il sapere*

La condizione dell’esserci è quella che ci fa trovare sempre in una realtà essenzialmente eterogenea rispetto a quello di cui sentiamo necessità per rendere la vita propriamente umana. Il bisogno di acquisire un certo livello di padronanza degli eventi porta a costruire saperi, pianificare forme organizzative, inventare sequenze di azioni. Ma quando accade l’imprevedibile si fa esperienza che sempre qualcosa manca. Diventa urgente immaginare altre modalità organizzative, cercare nuovi saperi clinici, e tutto questo mentre il tempo incalza. Nelle situazioni emergenziali la cosa decisiva è ciò che si fa in quel preciso istante: il pensiero si trova a dover accelerare l’azione interpretativa degli eventi che si impongono, per trovare nel minor tempo possibile la decisione migliore. L’agire ha il potere di rendere irricognoscibile ciò che si era determinato un momento prima:

“L’organizzare il reparto è stata tutta una cosa che comunque abbiamo fatto noi, senza le classiche procedure, senza niente di scritto (pausa) Forse sì, è stata la cosa un po’ più difficile. Il discorso di dire ‘stiamo facendo la cosa giusta? Cioè, così andrà bene?’” (05/RE)

*Ricercatrice:* Come gestivate la parte pratica, cioè la respirazione con i caschi?

*Partecipante:* Quello è stato un altro scoglio durissimo... perché quasi nessun infermiere sapeva usare i caschi. Devo dire che una grossa mano ce l’ha data

la rianimazione; la dottoressa X in quel frangente è stata splendida perché la chiamavi, arrivava, ti faceva vedere, si fermava, ti montava i caschi con i pezzi diversi recuperati. C'è stato un momento che non riuscivamo neanche a recuperare i caschi che ci servivano, e... non avevamo gli erogatori corretti, poi se caricavi due caschi nella stessa stanza, si abbassava la pressione dell'ossigeno. Non riuscivo a mantenere la pressione di due caschi, quindi sposta i pazienti, cioè tutto così, tutto così. I ragazzi devo dire si sono dati un sacco da fare perché hanno imparato cose nuove in breve tempo... E poi facevamo di tutto per andare incontro al malato. Ad esempio, facevamo 3, 4, 5, emogasanalisi al giorno. Un'emogasanalisi a questi vecchietti che ci odiavano, quando ci vedevano, perché fa un male tremendo e non ci volevano più, ci mandavano via.

*Ricercatrice:* In quel caso non era possibile incanalare l'arteria e tenerla?

*Partecipante:* Non trovavamo cateteri in Azienda in quel momento che si potessero chiudere, quelle delle arterie devi tenerle tutte con lo spremi sacca, quindi sarebbero rimaste tutte aperte, figurati un delirio. Alla fine abbiamo trovato una soluzione: gli spruzzavamo il cloruro d'etile oppure con X (anestetico topico). Pazientissimi i ragazzi, perché di notte due ore prima passavano e mettevano l'anestetico a tutti per poter fare a tutti il prelievo, per non farli stare male, sì. Poi tutti che ti volevano abbracciare, questi vecchietti, una cosa veramente... non so.

*Ricercatrice:* L'alimentazione com'era gestita? perché con il casco non mangi...

*Partecipante:* Non mangi, ma noi davamo loro da mangiare lo stesso... avevamo coinvolto anche le dietiste e loro sono riuscite a stilare una dieta proprio per pazienti Covid, iperproteica, iperglucidica, insomma bella sostanziosa, e la potevi avere sia normale che semisolida, quindi frullata, e noi facevamo andare di tutto in quel casco. Ha un foro grande che puoi aprire, facevamo le cannuce grosse con i drenaggi toracici e davamo da mangiare con quelle, pur di riuscire a nutrirli." (04/AL)

Si reiventava l'uso delle cose: i drenaggi toracici diventano cannuce per alimentare i pazienti costretti nei caschi. Questo tipo di competenza non è prevista nel tempo ordinario, ma si rivela una competenza essenziale quando gli eventi obbligano a reinventare l'agire.

Il difficile di una pandemia mette alla prova ogni aspetto della vita, in particolare rivela con brutalità "ciò che manca" per affrontare la situazione. L'emergenza mette immediatamente in evidenza la mancanza di strumenti necessari ad agire. Non si è trattato solo di una questione organizzativa, ma di mancanza di saperi e di strumenti. La nuova situazione non poteva essere risolta all'interno del mondo sanitario, ma richiedeva la messa a disposizione da parte del mondo produttivo di una nuova tipologia di dispositivi. Il mondo produttivo doveva reagire in tempi brevi. Quando una situazione problematica coinvolge differenti sistemi organizzativi

(strutture sanitarie, mondo della produzione, trasporti) la situazione diventa difficile da affrontare, poiché chiede azioni politiche congiunte in differenti contesti:

“Il materiale non c’era... Tutti i giorni una lotta per avere le mascherine, la lotta per riuscire a organizzare dei turni... In tre, quattro giorni noi ci siamo dovuti rimboccare le maniche e affrontare un qualcosa che non conoscevamo.” (01/AL)

A mancare erano anche le conoscenze. L'emergenza non lascia tempo, si deve ricorrere al modo più “primitivo” di agire: prove ed errori:

“È stato difficile perché anche i medici sperimentavano i farmaci, non avevano anche loro la certezza dell'efficacia in quello che stavano usando. A marzo della prima ondata era ancora peggio, cioè usavano qualunque cosa potesse dare un minimo di spiraglio di aiuto... è stato una cosa... inimmaginabile, qualcosa che nessuno, nessuno poteva immaginare e quindi è stato difficile”. (04/AL)

Affrontare il difficile in emergenza senza soccombere obbliga al pensare generativo di soluzioni e così si inventano lezioni improvvisate in reparto che vengono registrate con il cellulare e poi prontamente condivise; una strategia, questa, che consente un immediato utilizzo delle soluzioni che sono state generate sul campo:

“Avevamo anche il problema che molti di noi non sapevano gestire il malato pneumologico di quel tipo. ... Io ricordo (sorridente) uno dei primi flash... Non so come mi venissero queste idee! Io ho lanciato una moda probabilmente (sorridente)... Ho iniziato a registrare con il telefonino dei video dove X per parte vestizione, il dottor X per parte pneumologica che ha fatto delle micro-lezioni sulla gestione dell'emogasanalisi, come leggerlo, come usare l'apparecchiatura. Io filmavo e inviavo sul gruppo di lavoro nostro i video per dar modo a tutti di sapere, di saperlo gestire. L'ambulatorio era chiuso, ma ugualmente ho chiesto in prestito al dott. X l'emogasometro e me l'ha subito dato... Quindi la voglia di riuscire in qualche modo a essere efficiente c'era, però (pausa) ragazzi (pausa) era tanta roba, non riuscivamo”. (01/AL)

Si era imposta, anche, la necessità di trovare il tempo per formare i nuovi assunti e il personale che non aveva alcuna conoscenza riguardo al “Covid-19”. Il difficile non è solo formare sul campo nel mezzo di una condizione emergenziale, ma riuscire a facilitare in modo efficace la formazione di persone spaventate:

“Tutto il resto della giornata era speso nei reparti a inserire nuovi infermieri che erano appena arrivati, che non avevano mai visto un malato Covid, colleghi che erano terrorizzati, dal più esperto al meno esperto, perché era una malattia che allora ci terrorizzava. Vedevamo persone veramente con gli occhi pieni di paura.” (08/RE)

C’era poco tempo per insegnare, poco tempo per apprendere, poche strategie per affrontare vissuti emotivi difficili da sostenere. Le emozioni non sono fenomeni leggeri che vengono e vanno come un temporale d’estate, ma pesano sulla vita della mente e sulla capacità di gestire il lavoro e di gestire le relazioni.

A complicare le difficoltà è stata la visibilità mediatica del contesto sanitario. Trovarsi sotto i riflettori in una fase emergenziale, produce un’inquietudine che costituisce un ulteriore ostacolo al crearsi di un clima sufficientemente disteso come è richiesto dal dover prendere continue decisioni senza un sapere consolidato che faccia da punto di appoggio:

“Ricordo il periodo di marzo come un periodo molto critico perché il bombardamento mediatico era per tutti insostenibile... ricordo la tensione di quel momento e la necessità di staccare, cioè di dire: ‘la televisione non deve fare più parte.’” (02/RE)

In quei momenti tutti si è avuta esperienza dell’importanza della comunicazione. Una comunicazione che sempre dovrebbe essere mossa dal principio di onestà: dire le cose come stanno, tenersi all’essenziale ed evitare strumentalizzazioni.

### 1.1.3. *La solidità del gruppo*

Nei momenti critici, quando si sa di non disporre di tutte le conoscenze necessarie, quando certi sentimenti rendono difficile ogni presa di decisione, la coesione del gruppo di lavoro risulta fondamentale:

“Ho visto proprio da parte di tutti, specialmente durante la prima ondata, uno spirito di collaborazione molto forte, cui dopo è subentrata una fase invece un pochino più conflittuale. Quando in estate le cose sembravano più normalizzate, sono tornate fuori un po’ delle conflittualità che c’erano anche prima; ma adesso vedo di nuovo uno spirito collaborativo forte, anche se molti operatori sono stanchi per cui... sono più spenti diciamo... tutti siamo spenti.” (12/RE)

C'è un modo di essere proprio dello stato di emergenza, che poi la normalità sembra quasi cancellare. C'è stata tanta solidarietà fra i colleghi, ma inevitabilmente anche conflitti, dovuti alla forte pressione cognitiva ed emotiva cui tutti era sottoposti:

“Poi ci sono stati anche dei conflitti, ovviamente, sempre perché man mano che il tempo passava il nervosismo si toccava e anche solamente da un punto di vista dell'organizzazione, cioè della sicurezza nostra, a un certo punto non ci sentivamo più tanto sicuri.” (03/BO)

Si è reso necessario non solo decidere i ruoli dei colleghi, ma farlo senza avere il tempo di spiegare. È mancato il tempo della parola che rende conto delle decisioni e che in quanto tale consente all'altro di capire. In questi casi si possono creare fratture relazionali, che incrementano il consumo di energia necessaria a tenere insieme il contesto. Un'organizzazione funziona quando i gruppi di lavoro sono collaudati e come tali costituiscono saldi punti di appoggio; quando l'emergenza rende necessario destrutturare i gruppi per inventare una nuova organizzazione adeguata al nuovo evento il sistema può andare in crisi. Si può dire che l'emergenza costituisce il banco di prova della efficienza dell'organizzazione nel tempo ordinario:

“In quel frangente ho anche dovuto decidere... Ho dovuto decidere chi restava con me e chi doveva andare in un reparto di neurochirurgia gestito al quarto piano in ortopedia poiché chiedevano infermieri esperti di infettivologia. Quindi io ho dovuto anche nel caos trovarmi a dire 'tu sì, tu no'. E non è stato facile. Perché quelli che sono andati su inizialmente non hanno capito... In realtà io lì... ho scelto non i migliori... ma quelli che sapevo che più facilmente avrebbero potuto sostenere (pausa) un peso del genere, che era un peso di non saper cosa fare, che cosa succederà [...] devi selezionare il più maturo, il più esperto, quello che ha meno paura di affrontare l'incognito, quello che ha meno paura di ammalarsi, magari che non ha bambini piccoli... E in un'ora io mi sono trovata a decidere. E il mio gruppo mi ha seguito.” (01/AL)

I criteri di selezione del personale da impiegare nei “reparti Covid” erano da inventare in base alla tipologia di competenze che in quel momento erano richieste: “quello che ha meno paura di affrontare l'incognito, quello che ha meno paura di ammalarsi”; ma anche tenendo conto della vita privata, per non mettere in difficoltà gli operatori. Il tenere conto della vita privata ha portato il responsabile dell'organizzazione a coinvolgere nel contesto difficile “quello che non ha esigenze particolari in famiglia”. Una buona organizzazione è quella che in una situazione di