

Non chiamateli (solo) eroi

Uno dei rischi più grandi per gli operatori sanitari che si confrontano con situazioni di emergenza è quello di trovarsi incastrati nel ruolo di eroi che, come sappiamo dalla tragedia greca ma tendiamo a dimenticare, spesso sacrificano la propria vita nella speranza e in nome di un 'bene comune'. Per quanto si tratti di una posizione nobilissima, essa è stata osservata a fondo dalla psicologia dell'emergenza come uno dei principali fattori di rischio per sviluppare successive sindromi da trauma vicario e, in alcuni casi, mettere in atto comportamenti rischiosi durante il lavoro. Intendiamoci, non sto dicendo che chi lavora in prima linea non stia dando prova di grande coraggio, abnegazione e altissima professionalità, elementi questi che vanno riconosciuti, rispettati e sottolineati a livello collettivo ma accanto a questo occorre anche fare un'altra riflessione: tutto questo avrà per loro un costo ed è bene ricordarlo a chi inneggia al loro lavoro chiamandoli eroi perchè, paradossalmente, questo non li aiuta. Si tratta di un ragionamento controintuitivo che cercherò di spiegare.

In questo momento, come espresso chiaramente dal Prof. Galli, la vera battaglia si gioca per strada, gli ospedali sono in realtà le retrovie ed è giusto non pensare che si tratti invece del contrario, delegando a loro il confronto con il rovescio più negativo e drammatico di questa pandemia. Ciascuno di noi è chiamato a ripensare il concetto di bene comune, a collocarsi in maniera responsabile in seno alla comunità, tornando a una partecipazione concreta e obbligata nella vita politica, nell'accezione più nobile che ha questo termine, inghiottito da logiche capitalistiche che hanno pervaso a poco a poco spazio di vita e di desiderio. Ma torniamo alle retrovie: cosa sta succedendo negli ospedali dove si sta mettendo in atto una medicina quasi di 'guerra' e dove la pandemia si fa 'corpo'?

In situazioni di 'emergenza' la psicologia insegna che a una 'fase eroica' in cui i soccorritori si riuniscono intorno al conseguimento di un obiettivo straordinario ne seguono solitamente altre: la fase della 'luna di miele', in cui l'attenzione mediatica è concentrata sull'emergenza e proliferano fenomeni di solidarietà e partecipazione pubblica verso chi, impegnato in primissima linea, difende la comunità dalle angosce di morte e dalle incertezze che la situazione eccezionale smuove. Ad essa segue la fase della 'disillusione': una volta usciti dalla fase 'acuta' chi si è battuto in prima linea inizia a confrontarsi con la frustrazione, il senso di abbandono, l'ingiustizia e la delusione, stati che possono dipendere da mancati riconoscimenti, fallimenti del sistema, burocratizzazione che impedisce una elaborazione del lutto etc. Infine, nella fase della 'ricostruzione' – che può durare anni- gli effetti di lungo termine sulla società e sugli individui si vedono con maggiore trasparenza e occorre quindi attivare programmi a lungo termine per elaborare quanto accaduto sia a livello collettivo che individuale.

Noi ci troviamo a cavallo tra la fase eroica e della 'luna di miele: i media si concentrano in modo eccezionale sull'evoluzione della pandemia, ci sono gare di solidarietà, i cosiddetti 'vip' si attivano, la popolazione intera inneggia all'eroismo degli operatori sanitari. E' inevitabile che sia così ma è possibile pensare a cosa accadrà *dopo* e mettere in atto alcune misure di prevenzione?

Gli operatori sanitari si stanno confrontando in maniera 'eccezionale' con la morte che arriva in modo talmente rapido e brutale da non permettere dunque di mettere in atto quell'insieme di rituali per elaborare il lutto e la perdita che tendiamo a dare per scontati nel mondo occidentale. C'è una 'inflazione di morte' che irrompe nell'esperienza di medici, infermieri, oss, personale delle pulizie. Tutti sono esposti quotidianamente a situazioni che li obbligano a compiere scelte molto rapidamente e che innescano una serie di 'domande sottosoglia' (ho fatto quello che ho potuto? potevo fare di più? sono stato abbastanza eroico?), dilemmi con correlati emotivi, cognitivi e morali altissimi ma che tuttavia non c'è tempo di processare, visto il ritmo sostenutissimo di lavoro, con il

risultato che, in molti casi, potrebbero diventare memorie incistate, nuclei di sofferenza e confusione incorporate che rischiano di ripresentarsi nel periodo successivo all'emergenza sotto forma di quello che la psicologia definisce, con un'espressione un po' fredda, 'trauma vicario'. La traumatizzazione vicaria riguarda chi soccorre le vittime di 1° livello di un'emergenza: le persone che muoiono a causa del corona virus, in molti casi da soli e in assenza dei loro familiari, questi ultimi definiti vittime di 2° tipo. La comunità coinvolta nel disastro (4° tipo), le persone che per motivi pregressi hanno sviluppato in questa circostanza un disturbo psicologico a breve o lungo termine (5° tipo) e infine coloro che avrebbero potuto essere coinvolte dall'emergenza o sono stati testimoni di episodi correlati ad essa. Gli operatori impegnati in prima linea, i 'soccorritori' sono collocati 'al centro' tra i familiari e la comunità danneggiata: sono le 'vittime di 3° tipo'.

Gli operatori sanitari - tutti- hanno scelto di accompagnare altri esseri umani nella malattia che rappresenta una 'soglia' dove si gioca spesso una partita tra la vita e la morte, tuttavia in una emergenza l'intensità dell'esperienza non ha nulla a che vedere con le sfide del lavoro quotidiano. In situazioni di emergenza è frequente che gli operatori trovino in sé risorse straordinarie, impensabili e questo li conduce a sperimentare un senso di onnipotenza che tuttavia si può trasformare rapidamente in senso di impotenza, di abbandono. La penuria di dispositivi di protezione, in un contesto di emergenza, apre a vissuti sacrificali da parte del personale sanitario, che si trova ad accompagnare alla morte un altissimo numero di persone in assenza della rete familiare.

Ogni giorno gli operatori sanitari si confrontano con un muro di morte di cui però anche la comunità intera dovrà farsi carico, ascoltarne l'eco.

Nella circostanza attuale è opportuno domandarsi se si possano creare azioni di supporto agli operatori sanitari per evitare che gli eroi diventino, come spesso accade nelle tragedie, vittime sacrificali.

Se esistono dei dispositivi di supporto adeguati a questa fase dell'emergenza, sarebbe importante pensarli e metterli in atto in maniera strategica, attivando cioè una rete tra tutte le risorse che si occupano di salute mentale. Come mai prima d'ora, gli psicologi sono chiamati a spingersi in uno spazio professionale virtuale: la compresenza fisica, aspetto da molti di noi considerato indispensabile per svolgere un lavoro di ascolto e cura, è al momento un'opzione da evitare il più possibile, tuttavia ciò non deve impedire di pensare ad interventi di formazione e supporto degli operatori sanitari.

Noi psicologi siamo chiamati in queste settimane ad intervenire da remoto, a creare nuovi setting di prevenzione, informazione e intervento.

Nelle fasi acute di un'emergenza la possibilità di organizzare training formativi, defusing e debriefing per il personale sanitario in ogni ospedale ha spesso un valore preventivo e protettivo altissimo ma non sappiamo quanto, in questa situazione, ciò sia concretamente realizzabile. Non solo i turni degli operatori sono spesso dilatati, ma immaginiamo che al momento di staccare, sia per loro importante riprendere controllo del poco tempo che hanno a disposizione per riposare e ricentrarsi prima del turno successivo. Il decreto del 9 marzo 2020 ha riconosciuto l'esigenza di reclutare psicologi nel pubblico e questo è senz'altro incoraggiante.

Mi domando però se nel frattempo sia possibile offrire loro anche strumenti virtuali che li aiutino a comprendere meglio cosa può accadere quando ci si trova coinvolti in situazioni dove l'eccesso di morte diventa di difficile elaborazione, strumenti immediati a cui possano ricorrere agilmente, nel momento più opportuno per ciascuno: immagino dei video che li aiutino a riconoscere i segni di uno stress eccessivo, indicazioni su possibili tecniche di gestione dello stress da mettere in atto, ad individuare i comportamenti da evitare mettendosi ulteriormente a rischio, strumenti di mutuo supporto tra colleghi. Tutto questo, intendiamoci, non impedirà certamente che alcune domande sul senso profondo del loro lavoro, della vita e della morte non li assedino, ma forse darebbe loro la

sensazione di non essere del tutto lasciati soli di fronte a questo muro di morte, di non essere incitati 'solo' ad atti di eroismo ma anche a prendersi cura di loro stessi.

Mi chiedo però soprattutto se sia pensabile offrire agli operatori sanitari coinvolti nell'emergenza la possibilità di usufruire di uno spazio di ascolto – telefonico o virtuale- finalizzato a sostenerli in questa fase e che, se necessario, possa proseguire anche dopo, quando la fase di luna di miele sarà finita. Se loro sono chiamati a uno sforzo eccezionale in questo momento in nome della salute pubblica e per il bene comune, una azione di mutuo supporto che veda coinvolta la comunità di professionisti della salute mentale sarebbe forse un modo di innescare dei processi di cura reciproci tra il pubblico e il privato auspicabili anche nel post- emergenza.

Lilian Pizzi
Psicologa psicoterapeuta

Roma, 17 marzo 2020