

Pandemia SARS-CoV-2: quale nuovo trauma sociale?

Antonella Serafini

Per molto tempo abbiamo parlato di medicina di precisione, di medicina personalizzata, focalizzando l'attenzione sul singolo, sulla genetica ed epigenetica, sull'ambiente e l'interazione con l'individuo. Dal 21 febbraio 2020, la malattia COVID-19 ha cambiato la medicina: lo scenario proveniente dalla città cinese di Wuhan che fino a quel giorno era solo oggetto di percezione mediatica si è trasferito nel nostro Paese ove gli ospedali del nord Italia, soprattutto in Lombardia, si sono trovati alle prese con inimmaginabili problemi di reperimento di posti letto idonei al trattamento dei pazienti infetti da COVID-19, in particolare nelle Terapie Intensive. La pandemia da COVID-19 ci ha riportato a una medicina di comunità. Come ribadito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in occasione di questa emergenza sanitaria, ognuno di noi fa parte di una comunità ed è nostra natura umana prenderci cura l'uno dell'altro, poiché noi, a nostra volta, cerchiamo il sostegno sociale ed emotivo degli altri. La situazione drammatica sanitaria di questi mesi ha nettamente stravolto il concetto di vita comunitaria in quanto

si sono rese necessarie misure restrittive eccezionali tra le quali particolare rilievo psicologico ha assunto l'isolamento obbligato, sociale e conseguentemente affettivo del paziente COVID nell'ambito delle strutture di ricovero, isolamento che ha reso ancora più difficile e pesante il percorso di cura di chi è non soltanto malato ma è anche fragile clinicamente, con possibilità di *exitus* lontano dagli affetti familiari e la mancata elaborazione del lutto da parte di questi ultimi, con un grande e incolmabile senso di vuoto. Pazienti e familiari sono colpiti due volte dal COVID-19: nel fisico e nello spirito. In psicologia, la resilienza definisce la capacità degli individui di riuscire ad affrontare gli eventi stressanti/traumatici della vita, superandoli e riorganizzando al contempo in maniera positiva la propria esistenza. Le persone hanno sempre sofferto psicologicamente per una perdita violenta (ad es. nelle guerre e nelle calamità naturali), al punto che è stata conosciuta e riconosciuta la diagnosi di "disturbo da *stress* post-traumatico" (PTSD). L'esperienza dell'abbandono legata al COVID-19 ci pone di fronte a un nuovo quesito: mentre alcuni tipi di traumi sono stati riconosciuti come tali (la guerra, le ag-



gressioni sessuali e i disastri naturali) COVID-19 ci obbliga a riconoscere un probabile nuovo tipo di trauma. Questa crisi presenta caratteristiche che richiedono una prospettiva nuova su “ciò che è questo trauma” e le sue implicazioni. La cornice di isolamento in cui vive il paziente COVID è uno dei più drammatici aspetti della attuale pandemia, in cui è messa a dura prova la stessa resilienza, in particolare da parte di una categoria di pazienti particolarmente fragili, gli anziani, per i quali è fondamentale individuare modalità d’aiuto adeguate a migliorarne la resilienza.

In un recente documento congiunto della Sezione di Cardiologia Geriatrica della Società Spagnola di Cardiologia e della Società Spagnola di Geriatria e Gerontologia¹, la malattia COVID-19 viene addirittura definita un’emergenza geriatrica in quanto le persone anziane sono particolarmente sensibili all’infezione da COVID-19 e allo sviluppo della malattia nella forma più grave. I più alti tassi di morbilità e mortalità nelle persone anziane vengono associati alle comorbilità, in particolare

malattie cardiovascolari, che indeboliscono la risposta immunitaria. Sono malati con quadri clinico-radiografici e laboratoristici standard, di cui si monitora la saturazione e l’evoluitività clinica, ma nei quali la differenza è data dall’età e dalla presenza di comorbidità. Nella quotidianità molte azioni sono motivate dalle emozioni; nell’età anziana il controllo cognitivo delle emozioni e la resilienza dipendono da diversi fattori tra cui le capacità percettive agli stimoli e la conseguente risposta in modo da compiere atti e gesti adeguati. Nella malattia per esempio, l’anziano deve potersi relazionare con il medico e l’infermiere in modo empatico, raccontando anche il proprio vissuto, il proprio lavoro, i propri interessi e soprattutto i propri ricordi. La malattia COVID-19 ha stravolto questo rapporto empatico e ha lasciato spazio al prorompere delle emozioni primarie: solitudine e depressione, paura, angoscia, dolore fisico. In questa tragedia del tempo della globalizzazione è esperienza di tutti noi sanitari il contatto visivo con persone anziane che la malattia ha reso clinicamente febbrili, disidratate, dispnoiche, ma di cui ricorderemo sempre la postura e soprattutto gli occhi e lo sguardo: stanco, assente, spaventato, incredulo, talora di sfida o rabbia. Sono pazienti soli, senza parenti che possano stare loro accanto, tranquillizzarli. L’attenzione allo sguardo testimonia questo tempo di assenza di contatto fisico, di spersonalizzazione della figura medica o infermieristica, chiusa in tute *total-body*, maschere, caschi, occhiali protettivi e doppi guanti di protezione, figure che hanno cercato di essere comunque accanto al paziente a loro volta proprio con lo sguardo, alla ricerca di ansie da placare o emozioni da filtrare.

Per ovviare al contesto in molte realtà sono state adottate nuove modalità di co-

municazione (*tablet*, cellulari) grazie alle quali il signor Domenico, il signor Franco, il signor Francesco, la signora Giovanna, la signora Costanza o la signora Angela sono riusciti a visualizzare i volti familiari di parenti e amici, ascoltare le loro voci, il loro sostegno spirituale, percepire il loro affetto e la loro vicinanza. La pandemia da COVID-19 ci sta fornendo molte lezioni dolorose, in particolare sulla vulnerabilità delle persone che vivono in condizioni di fragilità clinica cronica e la necessità di preparare un nuovo modo di gestione, coordinamento e monitoraggio. La comunicazione con lo sguardo cerca di alleviare l'asetticità del contesto operativo ma l'impatto psicologico sul paziente e sugli stessi sanitari è lacerante e devastante. Parole come "ansia", "paura" e "stress" sono costantemente menzionate ma è importante riconoscere le implicazioni *peri* e *post*-traumatiche specifiche di questa crisi.

Fa riflettere quanto recentemente ha sottolineato il regista Pupi Avati "Per la prima volta mi manca di più essere abbracciato che poter abbracciare... la nostalgia di essere figlio. Tutto quanto sta accadendo ci sbatte in faccia la pochezza che siamo, la nostra fragilità, fino al limite estremo, ed è un bene, perché lo abbiamo dimenticato. Siamo stati molto scadenti per come abbiamo vissuto, fino all'arrivo del virus. Ora siamo restituiti a una consapevolezza, a renderci conto di quanto sia prezioso tutto quello che abbiamo ricevuto e non sappiamo riconoscere".

Bibliografia

- 1) BONANAD C, GARCIA-BLAS R, TARAZONA-SANTABALBINA FJ, ET AL. Coronavirus: the geriatric emergency of 2020. *Joint document of the Geriatric Cardiology Section of the Spanish Society of Cardiology and the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology*. Rev Esp Cardiol 2020. <https://doi.org/doi:10.1016/j.recesp.2020.03.027>. [Epub ahead of print].

SIMRI
società italiana per le malattie
respiratorie infantili

XXIV Congresso Nazionale
SIMRI Digital Edition

16-17 ottobre 2020

center Per maggiori informazioni:
Albo Naz. AGENAS n. 720 comunicazione e congressi
Via G. Quagliariello, 27 • 80131 Napoli • tel 081.19578490 • info@centercongressi.com
www.centercongressi.com/simri2020