

Nascere e morire in ospedale ai tempi di Covid-19



Sandra Morano *

Emergenza. Guerra. Trincea. Fronte

La sopravvivenza ai tempi della pandemia del coronavirus è oramai definita in termini bellici, **il lavoro di cura è diventato una difesa dagli attacchi di un nemico, la sofferenza mai come ora è stata “esposta”**, ripresa da foto e media , corpi inermi in posti letto ridotti o improvvisati. All'indomani della prima ondata di paura e di resistenza, mentre al Nord Europa ci si avvicina al picco di contagi, è possibile qualche riflessione. La strada è ancora lunga, e non è detto che alla fine ci sia un traguardo, o solo una delle tappe.

La morte

La prima riflessione, sull'onda della emozione, è su questa morte di civili in un assetto di guerra: le bare scortate dall'esercito, e prima ancora, un moderno lazzeretto di moderne agonie con respiratore. Uomini e donne soli, come più volte è stato detto da medici o infermieri, che per l'occasione suppliscono i familiari, gli umani più prossimi, addirittura investiti dagli stessi sacerdoti a dare l'ultimo saluto. Quando si muore si muore soli, è vero, e molto spesso è così. Ma è angosciante questa agonia in ICU(Reparti di Cure Intensive), **senza uno sguardo conosciuto**, senza dare o ricevere un ultimo saluto nel passaggio da un mondo all'altro, tenere la mano. L'assenza di umani accompagnamenti “di rito”, tradizioni pietose della nostra civiltà, è stata, per ogni vittima e per ogni famiglia colpita, forse la più

terribile delle condanne. Aldilà del numero, che per ora è impressionante, e che poi sarà relativizzato così come ora è assolutizzato, queste morti appaiono disumane.

La nascita

Questo non è neanche un buon momento per nascere. Ma la nascita ai tempi del Covid mette in risalto aspetti di “normale” paradossalità. Il primo è costituito dai crescenti livelli di ansia delle gravide, preoccupate anche per il proprio bambino, di fronte alla possibilità di contrarre una infezione molto pericolosa. E almeno per ora non evitabile con un vaccino. Il secondo è, all’opposto, una certa consuetudine a fronteggiare l’imprevisto. Il progetto di un figlio, e la gravidanza, sono nonostante tutto un azzardo: non sappiamo come sarà il bambino, non sappiamo che cosa succederà in gravidanza e al parto, nessuna previsione è attendibile. Questo attiene alla “antropologica” attitudine delle donne a convivere con l’incertezza, ed ha sicuramente a che fare con la sua resilienza. La sua capacità anche nelle condizioni più terribili (durante le migrazioni, in cattività, nella povertà di alcuni paesi, perfino sui barconi) di rimanere fertile, di partorire, di accudire come può i figli, le ha permesso da sempre di assicurare la vita sul pianeta.

Nel secolo scorso, agli inizi della ospedalizzazione del parto la donna veniva isolata da parenti e marito. La aspettava una sala asettica con operatori sconosciuti, da cui le veniva detto che cosa fare e soprattutto cosa non fare. Ci sono voluti molti decenni per “umanizzare” quel copione, riguadagnare un po’ della intimità familiare mentre stai dando la vita.

Oggi l’emergenza infettiva, che coinvolge e stravolge tutti i luoghi della cura, riporta improvvisamente tutte le donne che partoriscono molto indietro. Ospedali irriconoscibili, reparti stravolti, percorsi modificati. L’obiettivo è limitare al massimo il pericolo del contagio.

Una delle prime “concessioni” a saltare è la presenza di “estranei”: cioè la presenza di un familiare. In questi giorni terribili molti sanitari hanno raccontato di aver visto la disperazione negli occhi della persona che sta per morire.

Tornando alla donna che sta per partorire, che cosa passerà sopra la mascherina tra i suoi occhi e quelli di chi le è di fronte?

Ci si può ri-conoscere, si può incoraggiare, in quel luogo più somigliante ad una navicella spaziale?

Il momento della nascita è sì o no cruciale, bisognoso del sostegno di un familiare? Una volta, in casa, non ce ne era bisogno, era il luogo a parlare.

Oggi, dopo anni in cui si parla di percorsi nascita, di luoghi del parto e continuità delle cure, di raccomandazioni per il basso rischio ostetrico, ecc., la nascita ai tempi dell'epidemia impone una ulteriore "sicurezza" che azzeri il "superfluo": la vicinanza, la compassionate care. Cioè tutto quel corredo di intimità e dignità necessari, costati anni di lotte e conquiste di civiltà. La prima cosa che viene sacrificata è l'alfa mancante di quella stessa pietas che nei vecchi abbandonati ci indigna e ci rattrista.

#Nulla sarà più come prima#

Lo dicono in tanti, a partire dai principali protagonisti di questa terribile prova a cui siamo sottoposti come medici e come genere umano. I colleghi di Bergamo, in un interessante riflessione (1) parlano di un necessario cambio di paradigma : abbiamo bisogno di altre risorse (epidemiologi, di infettivologi, di pianificatori nelle emergenze) per eventi su cui siamo completamente impreparati; siamo stati abituati ad un modello di cura *patient centered*, mentre invece per fronteggiare la pandemia ci vuole un modello *community centered* (Western health care systems have been built around the concept of patient-centered care, but an epidemic requires a change of perspective toward a concept of community-centered care. What we are painfully learning is that we need experts in public health and epidemics, yet this has not been the focus of decision makers at the national, regional, and hospital levels).

Vorremmo rispondere che è vero, ma la definizione di *patient centered* non è la più appropriata per il nostro modello di salute. Avremmo voluto essere *patient centered*, ma eravamo solo *Hospital centered*, che è ben diverso.

Il frenetico muoversi di queste settimane in funzione di un problema di cui non si conosce la soluzione, mette in luce **la necessità di un ripensamento globale della sanità pubblica rispetto alle richieste di salute dell'oggi**. Abbiamo portato l'esempio della nascita non a caso. Altri fattori già da tempo, in tutto il mondo, di fatto reclamano una trasformazione dei sistemi di cura del paese. Tra i più urgenti, comuni a tutti, c'è per esempio la presenza in maggioranza di donne che curano, che sono già la *workforce* dei prossimi anni.

Portando con sé- insieme alle sfide ambientali, per le mutazioni drammatiche del rapporto tra ambiente e salute, tra sviluppo e rispetto della terra-, una diversa organizzazione del lavoro, che influenzerà anche la relazione con i luoghi di cura,

che ne verranno sperabilmente modificati. In questo panorama **il patrimonio del SSN e dei curanti, che ha permesso di fronteggiare questa pandemia, mai come ora ci appare un bene da salvaguardare.**

I suoi luoghi trascurati, i suoi curanti maltrattati, ci impongono sentimenti di riconoscenza che si spera producano radicali cambiamenti, passato il momento della commozione. Tutto questo **reclama fin da ora proposte per una agenda di trasformazione sanitaria di profondità pari alla crisi di management in atto.**

Riportando tutto a casa: cronache dal day after

Sarà il momento di rivalutare non solo le condizioni, le reti, il razionale degli ospedali, cioè **umani spazi di cura per chi si ammala.** Da più parti in questi giorni di morti annunciate-soprattutto in Italia, tra curanti non attrezzati a fornire cure primarie in sicurezza-, è mandatorio iniziare a riflettere sulla ri-costruzione del concetto di **continuità tra salute e malattia, tra cura e benessere, tra territorio e ospedale, tra vita e morte.** La grave pandemia suona come una nemesi storica ancora prima che come la sconfitta del liberismo in sanità.

Abbiamo già osservato (2) come il pericolo del contagio abbia spazzato via in poche ore peraltro intoccabili organizzazioni del lavoro che per decenni avevano condizionato pesantemente la vita delle donne, **ric conducendo “a casa” le ragioni della strategia di contenimento dell’infezione.**

Abbiamo visto che in Cina la casa è stato il primo luogo di cura che ha permesso di evitare l’aggravamento e limitare i ricoveri in ospedale: era piuttosto il sistema sanitario che elasticamente si muoveva da e tra differenti emergenze e necessità.

Abbiamo negli occhi l’impotenza di operatori impossibilitati perfino ad una carezza a persone sconosciute nell’estremo saluto. E non sappiamo quanto durerà la limitazione ad avere l’accesso al “superfluo” per le donne che di qui in avanti partoriranno. Ma sarà interessante studiare su questa popolazione non solo l’epidemiologia, gli *hard outcome* (tasso di contagio, comparsa di immunità, ecc) ma anche i *soft outcome*: la relazione col neonato, la salute psicofisica materna in puerperio, ed eventuali modificazioni in ambito epigenetico. **Un vasto movimento di donne, madri, esperte/i, associazioni, ecc, sta confrontando, in Italia, in Europa e nel mondo, le condizioni della nascita ai tempi del Covid e i rispettivi protocolli(****).**

Stanno intanto fiorendo gli appelli a permettere una nascita rispettosa, secondo le raccomandazioni OMS(*) e di altre agenzie che lottano per i diritti umani, in particolare riguardo alle partorienti. Si potrebbe dire, guardando alle condizioni della nascita oggi, che una distopica quadratura del cerchio è riuscita perfettamente: in una navicella spaziale, una madre bardata e mascherata, e una ostetrica altrettanto vestita, rappresentano il più normale degli umani fenomeni planetari.

Nel luogo più a rischio contagio, nelle condizioni meno appropriate (paura, solitudine). Queste immagini sono solo l'exasperazione straordinaria di un protocollo sanitario che già condizionava pesantemente la fisiologia della nascita, e che solo con grandi battaglie in vari decenni si era riusciti a mitigare. Con il sostegno ai *Birth Centres*, intra ed extra ospedalieri, con la attuazione di leggi Nazionali e Regionali riguardo alla possibilità di effettuare il parto a domicilio. La pandemia, nonostante la ben nota resilienza delle donne, **non può rendere meno umana l'esperienza del venire al mondo**. Ci saranno, soprattutto se la follia dei potenti continuerà a guerreggiare col pianeta, altre pandemie, altre emergenze, quando questa in atto finirà. Non facciamoci trovare impreparati, costruendo da ora culture e luoghi normali per la nascita **Sta alle donne**, e tra di esse, a quelle che lavorano intorno alla cura, pensare e proporre luoghi che danno sicurezze profonde, alternative, ma non meno efficaci rispetto alle attuali disposizioni. **Sta a tutti, esperti, decisori, clinici**, pensare al futuro della vita sulla terra ascoltando la voce e l'esperienza delle donne che danno la vita. Le donne non sono incoscienti, perché sono le prime e le uniche a provare sul proprio corpo quanto la vita e la morte siano strettamente intrecciate. E dopo il momento del parto passano l'intera esistenza a proteggere quelle vite di cui più di ogni altro conoscono il valore. Nulla sarà più come prima, e da questa crisi finalmente la casa-o ciò che più si sente casa-, un **luogo appropriato per nascere e morire**, tornerà ad essere quel posto sicuro in cui oggi tutti, donne e uomini, confidiamo per salvarci.

**Sandra Morano, ginecologa dell'Università di Genova.
Responsabile dell'Area formazione femminile dell'ANAAO.
Coordinatrice dell'Accademia "Le mediche" della Scuola Alta Formazione Donne
di Governo.*

Riferimenti

(1)At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation Mirco Nacoti, MD, Andrea Ciocca, MEng, Angelo Giupponi, MD, Pietro Brambillasca, MD, Federico Lussana, MD, Michele Pisano, MD, Giuseppe Goisis, PhD, Daniele Bonacina, MD, Francesco Fazzi, MD, Richard Naspro, MD, Luca Longhi, MD, Maurizio Cereda, MD, Carlo Montaguti, MD Vol. No. | March 21, 2020 DOI: 10.1056/CAT.20.0080 (2) http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=82262 Faccia a faccia con l'incertezza: il valore delle cure, il governo dell'imprevisto, le trasformazioni

31 marzo 2020 (modifica il 31 marzo 2020 | 07:54)
© RIPRODUZIONE RISERVATA