

## Lettera dal fronte

a cura di Viviana Fini

Caporetto, 3 novembre 1917

*Carissima madre, come state?*

*Qui la situazione è terribile, non si può vivere e ogni giorno le bombe sono boati che sgretolano un'intera parte del mondo. La guerra è spietata sotto ogni aspetto: molti miei compagni rimpiangono giorno e notte di essersi allontanati dalle proprie famiglie per abbandonarsi alla presunta morte. Io però non mi arrendo, spero ancora di farcela e di uscire vivo da questo inferno.*

*Voi non potete nemmeno immaginare quanto io soffra ogni ora per quello che vedo e sento.*

*Ogni mattina mi alzo prestissimo al suono delle fucilate, tra i defunti della trincea e le persone morenti che esalano gli ultimi respiri pregando il buon Dio nell'attesa di trovare la pace. Quando arriva il mio turno provo un dolore e una tristezza infinita, quasi come un fuoco che brucia ogni speranza. Quasi per miracolo, riesco a resistere per qualche tempo. Questi casi sono i più disperati: devi uccidere senza guardare in faccia alcuno, non importa chi ti troverai davanti perché dovrai ugualmente sparare, e farlo quasi con fierezza o passione; dovrai continuare, senza poterti opporre agli ordini, anche se avrai la polvere negli occhi e le lacrime nel cuore. E in quei momenti sai che stai commettendo del male, ma non puoi fermarti, anche se sei consapevole che chi sta al di là di quel confine è giovane come te e non è colpa sua se indossa una divisa di un altro colore o alza una bandiera diversa dalla tua.*

*C'è invece chi muore di fame e di stenti, anche perché il cibo è scarso e quel poco che possiamo mettere sotto i denti è rancido. I più deboli muoiono per colpa del freddo che ci tormenta dalla sera al mattino. Le coperte, infatti, sono poche e chi riesce a procurarsele è così avido da non volerle condividere con nessuno.*

*Alla fine di una settimana abbiamo conquistato o perso solo pochi metri, che ai miei occhi sembrano solo allagati dal caldo sangue innocente di chi ha lottato fino alla fine.*

*Sono stufo, mia carissima e preziosissima madre, di tutto quello che sta succedendo; qui si sta verificando l'impossibile: morti a destra, morti a sinistra, morti dietro ai miei lenti passi scoraggiati. Ognuno di noi sa che non può in alcun modo tornare indietro e recuperare ciò che è ormai perduto per sempre: la vita di un amico, di un fratello lontano che ora non può più abbracciare.*

*Basta, basta, basta! Non ne posso più, ho il cuore freddo come una pietra e le lacrime calde che parlano da sole: ho ucciso. Non credevo che sarei mai stato capace di spezzare la vita di un uomo così velocemente, senza permettere di dare ad entrambi un senso all'orrore della guerra.*

*Chi non prova a vivere ogni giorno come se fosse l'ultimo e detta solo leggi dalla propria scrivania, dicendo di combattere sempre e comunque, non sa che cosa noi abbiamo visto, udito, provato, e non potrà mai, dico mai, rendersene conto.*

*Solamente ora, ahimè, capisco che a noi qui non è rimasto più niente, solo i boati nelle orecchie, il freddo sulle gambe, il respiro dell'ingiustizia nella mente e il peso di vite umane che grava sul cuore, e guardando come incantato il mondo intorno a me, per la prima volta nella mia vita, ho paura.*

*Un saluto e un abbraccio,*

*Alessandro*

### **Fase 1 ..... La rincorsa .....**

La Provincia di Massa – Carrara nell'ultimo mese ha visto un aumento esponenziale di casi da coronavirus. La prima zona ad essere colpita circa quattro settimane fa è stata la Lunigiana, dove lavoro da 7 mesi e dove ho iniziato a costruire un servizio di Psicologia Ospedaliera. In seguito alla chiusura improvvisa e temporanea dei due Ospedali della zona<sup>1</sup> - in accordo con la collega che lavora nell'Ospedale Apuane, il più grande del territorio – ho deciso di centralizzare qui la mia presenza, visto che lo stesso Ospedale è stato trasformato in Ospedale COVID per la popolazione della Lunigiana e dei Comuni di Massa, Carrara e Montignoso. L'idea è stata quella di costituire

---

<sup>1</sup> Gli Ospedali della Lunigiana sono rimasti chiusi per due settimane. La chiusura è stata necessaria per sanificare gli ambienti contaminati da un paziente positivo e non identificato come tale e per consentire al personale venuto a contatto con il paziente positivo di realizzare la quarantena

una sorta di task force psicologica che potesse avere a mente le domande della popolazione di quest'area vasta: dei cittadini, dei pazienti, dei famigliari così come del personale sanitario.

In Ospedale, l'entrata in emergenza è stata segnata organizzativamente dall'istituzione, da parte del Direttore sanitario, di Unità di Crisi, ovvero momenti di incontro con il personale impegnato sul campo (inizialmente solo: primario di pronto soccorso, della rianimazione, delle malattie infettive, della medicina, epidemiologia e direttore dei servizi infermieristici), finalizzati al monitoraggio della situazione e alla presa di decisioni condivise.

Con la collega abbiamo chiesto di partecipare: abbiamo convenuto tra noi la necessità di seguire il processo nel suo dipanarsi, sia per comprendere meglio cosa stesse accadendo, ma anche considerando l'Unità di Crisi un nostro potenziale cliente.

“Siamo in guerra” è il leitmotiv che accompagna le Unità di Crisi che si succedono quotidianamente, la mattina alle 10 e il pomeriggio alle 16.

“Siamo in guerra” è ciò che viene detto al personale quando si mostra riluttante a lavorare con dispositivi di sicurezza di cui non si fida: nei primi 20 giorni di emergenza i dispositivi di sicurezza scarseggiano, è difficile reperirli. Per questo motivo le mascherine fp2 e fp3 – quelle più sicure – vengono date solo al personale impegnato direttamente con i pazienti effettivamente positivi o in quei punti in cui il cittadino arriva senza mascherina – ad esempio in pronto soccorso o al check point in Ospedale. Nel resto dell'Ospedale – ci viene detto dall'epidemiologa – è sufficiente che tutti utilizzino la mascherina chirurgica e ci si lavi continuamente le mani. E così il personale sanitario che riesce ad accaparrarsi le mascherine fp2 e fp3 viene invidiato e temuto al tempo stesso: sono i sanitari più a rischio, ma anche quelli più certi di potersi difendere... La fantasia della guerra e la sottostante idea del valore eroico di ciò che si sta facendo, rende (quasi) accettabile il rischio.

“Siamo in guerra” è, dunque, anche il grido di battaglia al suono del quale la maggior parte dei sanitari riorganizza la propria motivazione entro questa emergenza. Un'emozione forte e agita, che prende la forma di un “fare” forsennato: tutto è molto veloce, i pazienti arrivano a frotte in pronto soccorso, sono tutti infetti ed è necessario organizzare spazi per poterli accogliere, separando gli infetti certi, da quelli in attesa di tampone. Si cerca di capire come utilizzare al meglio il personale: siamo all'inizio di questa vicenda e si sa ancora poco della malattia e del contagio e questo sollecita una forte angoscia in tutti.

Mi chiedo il senso di questo riferirsi continuo alla guerra.

Nel diritto internazionale, una dichiarazione di guerra comporta il riconoscimento di uno stato di ostilità tra le nazioni coinvolte e tale dichiarazione agisce in modo da regolare la condotta delle milizie dei paesi.

In questa guerra, il nemico è il virus. Un'entità invisibile agli occhi, non riconoscibile se non a fronte di segni certi (febbre, tosse secca, dispnea) e con la certificazione di un tampone. Un'entità invisibile altamente contagiosa, di cui si sa poco sul piano dell'evoluzione e della cura e che sembra – dunque - far venire meno due presupposti, che sono due punti di riferimento per la classe medica: il fatto che il male è di certo solo del paziente e il possesso di un sapere e di una cura in grado di sconfiggerlo. La confusione emozionale entro cui getta la paura del contagio sembra eliminare quella distanza alla quale i medici sono abituati; l'assenza di una assodata azione di cura, mette in discussione il loro potere di guarigione.

Questa confusione tra chi è malato e chi potenzialmente lo può diventare rende difficile, per il personale sanitario, vedere sotto il virus, il paziente che lo ospita. Il paziente scompare: diventa un elemento anonimo all'interno dei possibili tre setting in cui si è riorganizzato l'Ospedale: COVID,

NO COVID, UTI (terapia intensiva). Con lui scompare l'attenzione alla sua storia, i suoi legami, i suoi vissuti, le sue necessità. L'effetto più evidente di questa scotomizzazione del soggetto è il fatto che i sanitari dimenticano, in moltissimi casi, di comunicare ai famigliari lo stato di salute del loro congiunto. In molti casi i famigliari perdono notizie dei loro parenti una volta che gli stessi sono entrati in Ospedale.

Tutto ciò mi fa sentire disperata.

## **Fase 2. .... Dal Covid al paziente malato ...**

Ci sono stati momenti, all'inizio di questa vicenda, in cui mi sono chiesta a che mi potevano servire le mie competenze: rintracciare i vissuti, le collusioni, le domande entro questo reale invadente e spudorato mi risultava molto complicato. E mi sentivo arrabbiata.

Riuscire a fermarsi per chiedersi il senso di questa emozione è stato difficile: ci mancherebbe non esserlo, in una situazione del genere!

Ma quando senti qualcosa, quello è un vissuto, non un fatto ... e questo è vero sempre, anche nelle situazioni più drammatiche. Ricordarmi che c'è la psicoanalisi oltre al coronavirus! mi ha aiutata a capire che mi sentivo impotente, come si sentono impotenti medici e infermieri. I pazienti che entrano per coronavirus non è detto che ce la faranno. E questo è vero sempre, quando un paziente arriva in ospedale... ma con il coronavirus c'è un aspetto che produce un dolore immenso: i pazienti entrano in ospedale e da quel momento in poi non potranno vedere mai più i loro famigliari. Se muoiono, lo faranno da soli, senza il conforto di una voce amica. E anche una volta morti, i loro cari non li potranno vedere: saranno messi dentro dei sacchi e portati al cimitero, se i morti non sono così tanti da richiedere di essere portati altrove... Questo aspetto fa impazzire di dolore, non solo i famigliari e i pazienti, ma anche il personale sanitario. Mi fa impazzire di dolore.

Decidere di farsene carico, come psicologia ospedaliera, è stata una decisione dura ma importante. Ci è sembrato che nessuno dei sanitari comunicasse con i parenti perché comunicare con loro significava sentire che questa sanità obbligata a occuparsi dei pazienti covid non è solo eroica. È anche una sanità spietata, costretta a dividere le persone in un momento importante come quello della morte.

Tenere insieme queste due emozioni è veramente dura. Abbiamo dunque capito che dovevamo iniziare noi psicologhe a dare questo servizio. E così è stato. In una prima settimana lo abbiamo gestito completamente da sole: prendevamo le telefonate dei famigliari in cerca di informazioni sui loro congiunti, durante il giorno facevamo un briefing con i medici e poi richiamavamo per restituire quello che ci avevano detto.

Le telefonate sono state tantissime, anche 120 in una giornata. Il servizio è garantito tutti i giorni, compreso il fine settimana. Inizialmente a telefonare sono state soprattutto persone della Lunigiana, perché il contagio è iniziato lì e lì ha provocato moltissime vittime. I cittadini della Lunigiana sono più composti di quelli della costa: ci raccontavano la loro angoscia, riuscendo a mettere parole per dare senso a quell'immenso dolore che stavano attraversando.

Poi sono iniziate ad arrivare le telefonate delle persone della costa, nella forma di una aggressione distruttiva che a fatica voleva capire qualcosa. E mi è tornata alla mente la rivolta delle banlieue a Parigi di qualche anno fa, quando ad essere distrutti erano proprio i simboli della presa in carico dello Stato: scuole, ospedali, servizi pubblici. I massesi, in modo agito, ci hanno detto quello che i lunigianesi ci stavano dicendo in modo composto: "ci tocca affidarci a voi – e per fortuna che esistete – ma non si fa così! Esistiamo e abbiamo bisogno di sentirci in relazione con voi. E abbiamo bisogno di sentire che possiamo fare qualcosa".

Reintrodurre la morte come evento della vita ci ha aiutato a comprendere che c'erano azioni importanti da fare. La prima è stata quella di consentire a pazienti e famigliari di potersi ancora vedere. Abbiamo fatto in modo che ai pazienti usciti di casa senza telefono venisse portato, abbiamo chiesto alla città di comprarci dei tablet, in modo che quei pazienti che non hanno o non sanno utilizzare il telefono o quelli che hanno la Cpap (una sorta di casco dentro il quale viene erogato ossigeno), ma anche quelli che sono intubati e non sono coscienti e che i famigliari vogliono poter vedere, potessero essere messi in contatto.

Abbiamo "costretto" i sanitari che lavorano a stretto contatto con i pazienti covid ad "occuparsi" di loro: tutte le volte che un famigliare ci comunicava qualcosa inerente il paziente, compresi i saluti e le dichiarazioni di affetto, le abbiamo riportate nella cartella informatizzata e il giorno seguente abbiamo chiesto un feedback in merito. Abbiamo proposto in Unità di Crisi le riflessioni da noi fatte su questa grande scotomizzazione del soggetto, chiedendo agli apicali presenti di cominciare a vedere che il malato di covid non è un portatore di virus, ma una persona. E che il personale sta molto male perché in questa vicenda, ancor più di ciò che accade nella normalità, ci si dimentica che il nostro cliente è il malato e la sua famiglia. Abbiamo chiesto agli apicali di occuparsi, con il proprio personale, di questo aspetto, ritenendolo un elemento fondamentale anche per la sanità mentale dei sanitari stessi.

Ci rendiamo conto che reintrodurre la morte come elemento della vita (e quindi come un momento di cui occuparsi) e la soggettività di tutti come risorsa più che come pericolo, ha consentito di abbassare i toni: sia nei famigliari, con i quali si è stabilita una vera e propria relazione, sia tra i pazienti, sia nel personale. In questo momento mi sembra che tutti gli attori in gioco si possano sentire sanità, tutti possono contribuire facendo la propria parte. E ciò aiuta a sentirsi meno impotenti.

Le storie e le domande dei famigliari ci hanno fatto capire altre questioni importanti, di cui era necessario iniziare ad occuparci. Per questo abbiamo fatto una sorta di call interna per quei medici interessati a far parte del "team comunicazione". Abbiamo ricevuto molte adesioni, con nostra grande sorpresa. In questo momento la mattina noi psicologhe accogliamo la domanda dei famigliari, poi facciamo un briefing con il gruppo dei medici che ci aiuta nella comunicazione e nel pomeriggio sono loro stessi a richiamare i famigliari. Questo incontro tra noi e loro è molto interessante: sia perché i medici sono più competenti di noi a dare informazioni cliniche sui pazienti e fanno capire anche a noi molte cose, sia perché, messi in questa posizione, loro si stanno e ci stanno facendo domande sulla relazione che pensiamo siano di fondamentale importanza... direi che stiamo facendo una sorta di training sulla soggettivazione della sanità...

Ma non basta....

### ***Fase 3. ... L'Ospedale non può fare tutto da solo ... ovvero anche: non ci si ammala di solo COVID...***

All'inizio di questa vicenda l'azienda sanitaria toscana ha considerato tutto il personale ambulatoriale come potenzialmente in esubero, dal momento che sono state sospese le visite non urgenti e differibili. Tale personale è stato costretto a prendere congedi parentali, ferie anticipate, smart working (nella maggior parte hanno avuto accesso a questa possibilità gli amministrativi). Se questo inizialmente ha rasserenato gli animi (visto che i dispositivi di sicurezza sono stati convogliati tutti in Ospedale), con il tempo questa decisione ha lasciato spazio alla lamentela e alla recriminazione, che hanno preso la forma della rivendicazione sindacale. Cosa si rivendica, però, non è chiaro: da un lato il fatto di essere costretti a stare in ferie, dall'altro però nessuno chiede di tornare a lavorare<sup>2</sup>...

---

<sup>2</sup> Sono inserita in una chat wap di medici ambulatoriali e seguo, dunque, da vicino quello che dicono

Sempre all'inizio di questa vicenda i pazienti che seguo – tutti malati cronici – si sono angosciati profondamente del fatto che le visite di controllo erano state sospese. In molti dei loro casi, il controllo può non essere visto come urgente, se a deciderlo è un amministrativo del CUP. Lo diventa nel momento in cui si comprende l'evoluzione clinica della malattia. Ad esempio, una paziente che seguo, che in questo momento è stabile, ha necessità di fare controlli al pancreas ogni 6 mesi per rendersi conto di quando il tumore evolverà e per tentare, solo in quel momento, un'operazione che di per sé è molto rischiosa. Il CUP ha deciso che i suoi controlli non sono urgenti.

Mi sono resa conto di quanto fosse importante continuare a seguire, in modalità virtuale, questi pazienti, che oltre alla paura del coronavirus, hanno paura perché sentono di essere spariti dall'agenda politica della sanità. È come se l'emergenza emozionale legata al coronavirus avesse prodotto un fatto molto molto critico: la scomparsa degli altri pazienti dallo scenario di cura. Così come la scomparsa del medico di base e della sua importante funzione di rappresentante della sanità nella vita quotidiana delle persone.

Questo mi è stato evidente ascoltando i medici ambulatoriali nella chat, i pazienti cronici che continuo a seguire, ma anche la configurazione iniziale delle Unità di Crisi in Ospedale, dove c'erano solo i primari delle specialità impegnate nella lotta al coronavirus. Così come accorgermi che alcuni dei famigliari che mi chiamavano per avere informazioni sui congiunti ricoverati, ad un certo punto me li sono ritrovata negli elenchi dei malati COVID in fin di vita.

Questo è un altro aspetto per me devastante: quei famigliari che poi sono diventati pazienti, mi raccontavano della febbre che continuava a salire, dei medici che sentivano solo telefonicamente, del fatto che l'unica terapia che stavano facendo era la tachipirina, che il 118 declinava la telefonata perché i sintomi presentati non erano adeguati al ricovero.

Abbiamo provato a capire cosa significassero questi fatti, sul piano del vissuto collusivo: scoppiata l'emergenza COVID, il protagonismo è stato dell'Ospedale. È vero che in un primo momento non c'erano in dispositivi di sicurezza per tutti, ma è come se i servizi territoriali si fossero messi in una posizione dipendente e acritica. E fossero stati lì, in preda alla propria impotenza.

Fortunatamente in questi 7 mesi di lavoro in Lunigiana ho avuto modo di conoscere e apprezzare il lavoro della Direttrice della Casa della Salute: fin da subito le avevo prospettato la mia intenzione, nel costruire un servizio di psicologia ospedaliera, di lavorare sulla continuità ospedale-territorio.

Grazie a questa relazione costruita nel tempo è stato più facile parlare con lei e proporle una riflessione su quello che si stava osservando dall'Ospedale. Le abbiamo proposto di pensare il territorio come parte fondamentale dell'intervento, per non lasciare soli noi in Ospedale. E lei si è fatta carico di portare questa istanza alla Direzione Generale. Ciò ha fatto nascere l'idea di istituire una task force territoriale di medici e infermieri COVID, in grado di andare a casa dei malati e di monitorare la loro situazione, cominciando a somministrare le terapie anche in domiciliare, senza aspettare che si aggravino al punto tale da non poter fare più nulla in Ospedale.

Abbiamo anche proposto di istituire dei "pronto soccorso specialistici telefonici": diversi medici specialisti che, lavorando in remoto, possano parlare con i pazienti e decidere, in modo clinico, cosa è un'urgenza... Questo fa sentire meno abbandonati i pazienti, fa uscire dall'impotenza i medici e probabilmente può scongiurare, almeno in parte, che si aggravino patologie croniche non monitorate.

Abbiamo riportato questa vicenda all'interno dell'Unità di Crisi. Inizialmente c'è stata quasi una reazione difensiva: è stato come chiedere all'Ospedale di rinunciare a un pezzo di quell'eroismo che fa sentire al contempo onnipotenti e impotenti. Glielo abbiamo proprio spiegato così. Questo ha consentito di vedere che all'interno dell'Unità di Crisi mancavano molte specialità e di accorgersi che si stava facendo come se ci si ammalasse solo di coronavirus. Da quel momento

nelle Unità di Crisi sono entrati i chirurghi, i cardiologi, i nefrologi, la responsabile del laboratorio analisi, il farmacista.

Proporre un pensiero all'Unità di Crisi sulle emozioni agite non è sempre facile. All'inizio, chiedevamo la parola e nessuno ci si filava (nonostante ognuna di quelle persone ci stimi e ci faccia domande). Allora abbiamo deciso di fare un'azione interpretativa. Un giorno abbiamo sbarrato la porta e abbiamo detto che ci sentivamo costrette ad un'azione di forza per far sì che – in questa vicenda – si potesse fare i conti con le emozioni ... non quelle degli altri, ma le nostre, di quelli che stavano lì, comprese noi. È stato un momento molto emozionante. Mi sono sentita nel posto giusto al momento giusto e divertita dal vedere le facce di tutti di fronte a quel gesto che ha rotto la ritualità.

#### **Fase 4. ... Il desiderio al tempo del coronavirus ...**

Stamani sono rimasta a casa per poter seguire, via skype, i pazienti dello studio privato. Il primo paziente ha raccontato tre sogni, illuminanti.

Ha aperto la seduta dicendo che quello che ci eravamo detti la volta scorsa lo aveva molto inquietato. In sintesi, il rimando che gli avevo fatto, aveva a che fare con le risorse, che non scompaiono, anche se sembra difficile pensarlo, in un momento come questo.

I tre sogni sono questi.

Nel primo c'è George Clooney, a casa con la moglie. In realtà però desidererebbe continuare la sua vita segreta (il paziente mi dice: "si sa che George Clooney è gay.... Con il coronavirus non può viverci ciò che veramente desidera").

Nel secondo sogno Kurt Cobain, che canta sul palco di San Remo.

Nel terzo sogna la mamma di un suo caro amico che si è trasferito in Portogallo: finalmente, ora che il figlio ha trovato il suo posto nel mondo, può occuparsi di se stessa... cioè si separerà e si concederà di vivere l'amore per il suo nuovo compagno.

Sento una potenza che arriva da questi sogni, la potenza del desiderio. Nel primo sogno c'è un davanti e un dietro. Il dietro ha a che fare con il desiderio sessuale, che è desiderio per definizione. Un desiderio sconveniente, quello legato alla vita, che sembra indicibile in questo scenario di morte e di limiti imposti. Nel secondo sogno Kurt Cobain, che nella vita si è suicidato (dunque ha agito al punto estremo il sentimento di impotenza) canta sul palco di San Remo, comunicando al grande pubblico quello che prova (e, almeno in sogno, non si suicida!).

Nel terzo sogno la mamma che si concede di mettere davanti il desiderio tenuto di dietro fino a quel momento, mi sembra chiudere un processo importante che il paziente ha fatto in questa settimana e che per me è stata una rivelazione veramente utile: in questo scenario di morte, la morte più problematica è il congelamento, la scotomizzazione del desiderio. Finché non si muore davvero, la vita esiste, non al futuro, ma al presente. Recuperare la dimensione desiderante dentro i limiti imposti da questa vicenda stratosferica ed estenuante credo sia il messaggio più importante. Quello che mi voglio dare e quello che voglio tenere a mente nel lavoro.

Chiudo questa lunga lettera dal fronte dicendo che se una guerra la sto facendo è quella contro la scotomizzazione del soggetto e del desiderio. Desiderio è dare cittadinanza alle emozioni. Dare spazio alle emozioni, anche quelle dolorose, è dare spazio alla vita in questo scenario fatto di morte, isolamento e sospensione.

Penso che questa sia la funzione che voglio portare dentro la sanità, perché solo se la sanità riuscirà in questo momento a fare questo passaggio, la comunità potrà non sentirsi disgregata e disperata. La comunità e, dunque, la nostra democrazia.