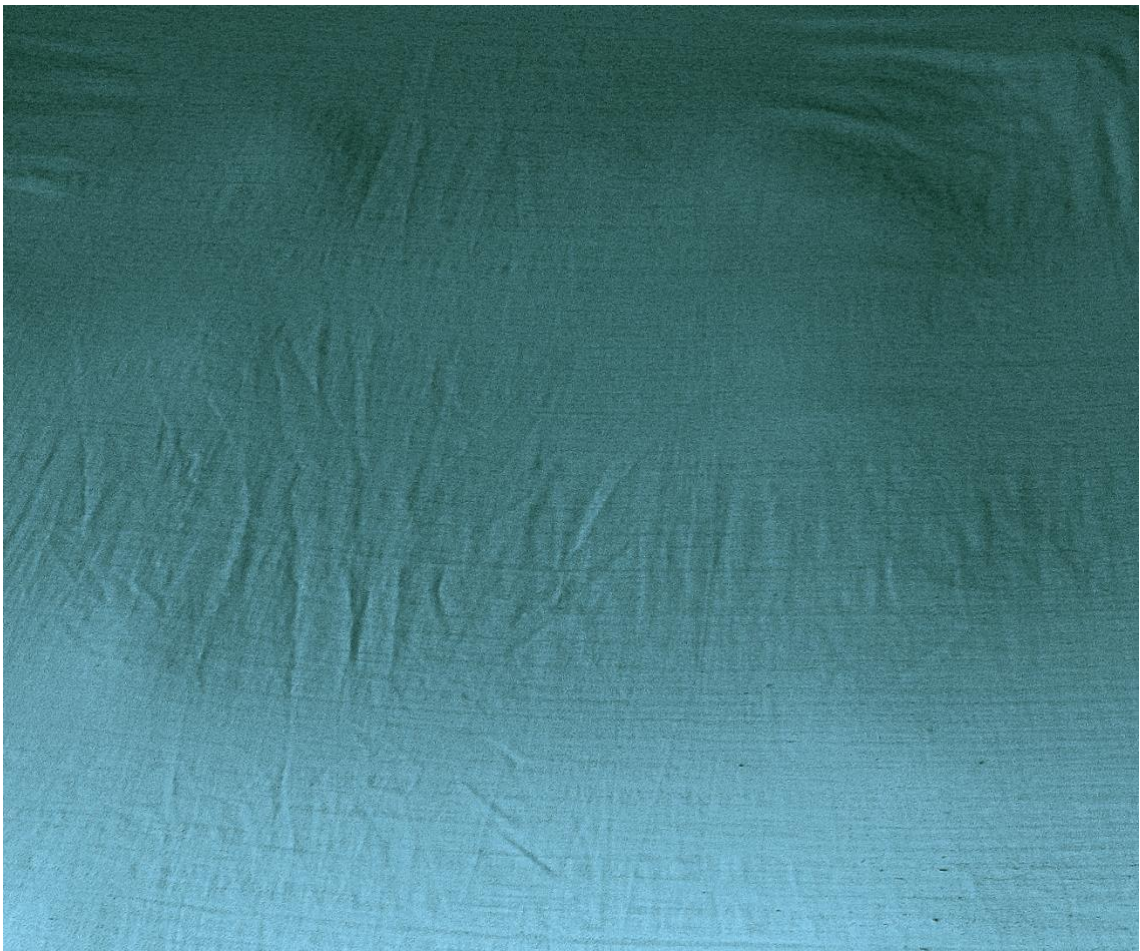


Carla Muschio

Operazione a cuore aperto



Ho sessantanove anni. Due decenni fa, dopo un elettrocardiogramma che precedeva un'operazione chirurgica, mi venne annunciato che avevo un "prolasso della valvola mitrale", ma così limitato da non richiedere interventi. Un amico medico mi rassicurò dicendo che il prolasso della valvola mitrale è molto comune nella popolazione oltre i cinquant'anni. Fin che il prolasso era piccolo, non c'era da preoccuparsi.

Quindici anni dopo, durante il pre-ricovero per un'altra operazione chirurgica, venni sottoposta di nuovo a un elettrocardiogramma. Il referto quella volta mi invitava a eseguire esami al cuore periodici, perché il prolasso era aumentato, pur non dandomi alcun sintomo. Da allora, con scadenza annuale, venivo controllata con un ecocardiogramma. Uno degli ecografi che mi esaminò, una donna, mi suggerì di affidarmi per l'ecografia successiva a un centro di cardiocirurgia, perché stava per venire il momento in cui sarebbe stato necessario intervenire chirurgicamente sulla mia valvola e questo andava fatto al "momento giusto", né prima né dopo.

Il momento giusto venne, inaspettatamente per me, due anni dopo, nella primavera di quest'anno. L'ecografa che eseguì l'esame, di nuovo una donna, mi chiese se non mi fossi accorta di niente.

– Solo una fatica nel salire le scale, – risposi io. – Ma se le salgo senza fretta, va tutto bene. E un po' di affanno nel salire le scale, mi ha detto il mio medico di famiglia, sta con l'avanzare dell'età.

– Sì, ma oltre a questo, riesce a dormire sdraiata? Non le manca il fiato? Non le si gonfiano le caviglie? Non ha un senso di stanchezza permanente?

Quando negai tutti quei sintomi, che normalmente si accompagnano a una situazione come quella del mio cuore, l'ecografa si complimentò per il mio "equilibrio", che mi aveva fatta adattare alla situazione. Mi raccomandò di limitare l'assunzione di acqua a un massimo di un litro al giorno e di rivolgermi subito a un centro di cardiocirurgia. Fui fortunata nel prenotare: potevano ricevermi già l'indomani. Probabilmente un paziente aveva cancellato una visita all'ultimo momento.

Il cardiocirurgo che mi ricevette, dall'aria seria e sobria, esaminò il mio ecocardiogramma e confermò il giudizio della collega: lo stato della mia valvola mitrale richiedeva un intervento chirurgico. Mi avrebbe messa in nota tra i pazienti in attesa di intervento di quell'ospedale, un noto centro di eccellenza nel campo. Disse che sarei stata convocata dopo circa un mese. Rispondendo a

una mia domanda, spiegò che solo durante l'operazione si sarebbe potuto decidere se riparare la valvola esistente, oppure sostituirla con una "biologica" (di maiale) o ancora con una meccanica. Altro io non chiesi, né il chirurgo si dilungò in spiegazioni. Dopo avermi visitata e avermi prescritto un farmaco, mi congedò. Quando, mesi dopo, mi trovai in un letto di ospedale a operazione appena avvenuta, debole e sofferente, mi resi conto di non aver acquisito molte informazioni sull'operazione e una di queste era: cosa sarebbe accaduto se avessi deciso di non farmi operare? Lo domandai a un medico durante la riabilitazione e venni a sapere che, vivendo con una valvola mitrale che non teneva più, avrei avuto stanchezza, fame d'aria, gonfiori. Una vita molto limitata dalla malattia. Invece l'operazione poteva riportarmi a una vita attiva. Alla fine, quindi, la mia immediata accettazione dell'operazione chirurgica per risolvere la valvulopatia era stata giusta, ma per serietà e giustizia verso il mio corpo sarebbe stato meglio porre la questione prima dell'operazione e non dopo.

Vero è, peraltro, che non venni aiutata a raccogliere le informazioni riguardanti l'importante operazione che si prospettava. Oggi penso che un bel servizio per i pazienti della cardiocirurgia (ma anche di altri settori) sarebbe quello di mettere a loro disposizione degli informatori che raccontino nei dettagli ciò che li aspetta e che rispondano alle loro domande. Sto scrivendo questo testo anche a tale scopo, perché un futuro cardio-operato possa conoscere i particolari della sua degenza, particolari che pochi dettagliano. Va detto infatti che io un tentativo per informarmi lo feci. Un amico medico che aveva lavorato nello stesso ospedale mi disse che dovevo prevedere un impegno di tre settimane, di cui la prima metà dedicata all'operazione e la seconda alla riabilitazione, dopo di che sarei uscita dall'ospedale "come nuova". Un secondo medico consultato mi diede le stesse informazioni. Nessuno mi parlò del disagio profondo dei primi giorni dopo l'operazione. Vero è che non tutti tengono a sapere queste cose. Un'amica mi disse che lei, a trovarsi nella mia situazione, avrebbe preferito non sapere nei dettagli come si sarebbero svolte le cose, altrimenti sarebbe stata tentata di rinunciare. Lettore, se sei anche tu come la mia amica e stai per sottoposti a un'operazione a cuore aperto, interrompi qui la lettura di questo testo. Al massimo puoi passarlo a chi

ti accudirà durante la degenza, così saprà cosa aspetta lui e te durante e dopo questa operazione.

L'attesa dell'operazione, che era prevista di un mese, si protrasse invece per tre mesi. Durante quel tempo non intrapresi viaggi, non prenotai spettacoli, perché ogni giorno poteva essere quello buono in cui venire ricoverata. Con il restare sempre pronta a partire avevo già fatto un passo verso l'operazione. Perdetti delle occasioni (ad esempio, l'invito per un soggiorno in un borgo medioevale toscano), in compenso liberai il campo da quasi ogni altra preoccupazione se non quella per la salute del mio cuore.

L'ospedale mi diede un elenco di oggetti da mettere in valigia, che qui commenterò.

- Due pigiami. Io li sostituii con camicie da notte, più comode, e ne portai non due ma quattro. Bene feci, altrimenti avrei costretto l'amica che faceva il bucato per me durante la degenza a venirmi a trovare tutti i giorni lavando immediatamente la biancheria che le consegnavo.
- Due paia di mutande. Ne portai sei e fu una buona idea.
- Materiale di pulizia, come si fa per un viaggio. Il sapone doveva essere liquido, in quanto più igienico di quello solido.
- Salviette umidificate. Ne venne usata solo una volta una.
- Pantofole chiuse e non ciabatte. La richiesta mi sorprese, ma per fortuna la assolvetti. Le pantofole si sarebbero rivelate necessarie per la fisioterapia e quasi nessuno le aveva.
- Due asciugamani. Ne portai quattro per avere il cambio.

Agli oggetti in elenco aggiunsi due libri, un quaderno, penna, matita, uno scialle (che si rivelò preziosissimo per difendersi dall'aria condizionata). Quando passai alla riabilitazione, mi dissero che dovevo indossare abbigliamento sportivo (magliette e pantaloni attillati) e me lo feci portare da casa.

Con me in ospedale portai anche un telefono cellulare, senza dimenticare il caricatore.

Un bel giorno ricevetti la convocazione per il pre-ricovero, in cui mi vennero fatti molti esami, e mi venne indicata la data del ricovero. Due giorni prima di questo andai all'ospedale per un tampone Covid, che diede esito negativo. Ed

ecco che un certo lunedì, di primo pomeriggio, mi avviai verso l'ospedale con la mia valigetta.

Una volta assolate le procedure burocratiche, mi ricevettero nel reparto (tenuto chiuso a chiave per evitare un eccessivo afflusso di estranei) e mi assegnarono un letto in una camera a due. La mia prima vicina di letto era una signora anziana già operata e smaniosa di tornare a casa, cosa che avvenne per lei l'indomani. Lei accendeva la televisione la mattina e la spegneva solo quando la sera si accingeva a dormire. Seguiva programmi frivoli a un volume alto, penso per via di un problema di udito. La cosa mi stupì e mi disturbò: io che non guardo mai la televisione avrei preferito restare in silenzio a leggere il mio libro. Venni a scoprire poi, in cinque settimane di degenza, che non solo le mie varie compagne di stanza, ma quasi tutti i pazienti degli ospedali guardano la televisione tutto il giorno. Chi segue programmi sportivi, chi trasmissioni di intrattenimento, chi film appartenenti a qualche serie. Anche percorrendo i corridoi, dalle televisioni di altre camere raramente ho udito telegiornali e mai ho udito dibattiti politici o trasmissioni culturali. Se la *audience* ospedaliera riflette gli interessi della popolazione generale, la situazione è catastrofica. Se tutto il tempo viene passato davanti alla televisione, che spazio hanno le altre attività quali leggere e pensare? Certo, fuori dall'ospedale le persone lavorano, hanno incombenze pratiche, quindi le ore che passano davanti alla televisione sono meno rispetto a quelle che passano all'ospedale, ma io rimasi sorpresa da tanto guardare e, per di più, tanto guardare programmi di nessun conto. Però si può imparare da tutto. Ascoltando il tono innaturale delle voci televisive e il linguaggio utilizzato nei programmi e nella pubblicità, in cui notai imprecisioni ed errori di pronuncia, mi resi conto che tale lessico e tali accenti venivano riprodotti nel linguaggio delle persone, che evidentemente facevano proprio quel modo artificiale e scorretto di parlare, alienandosi da un linguaggio più umano.

Quel lunedì pomeriggio incominciai a conoscere la realtà dell'ospedale, i suoi ritmi. L'ospedale dove ero ricoverata è molto ben organizzato e in esso tutto funziona come un orologio: ogni lavoratore sa cosa deve fare e quando farlo, e lo fa. Dopo qualche giorno di degenza il paziente ha colto e introiettato la sequenza della *routine* ospedaliera, scandita da prelievi (la prima cosa del

mattino, prima delle 6), pasti, un controllo della pressione, della temperatura e della saturazione dell'ossigeno mattina e sera. Gli extra sono gli esami.

Il primo giorno in cui mi svegliai in ospedale, il martedì, mi fecero una radiografia del torace e una valutazione della capacità polmonare (spirometria). Nel pomeriggio mi fu effettuata una coronarografia. Lo scopo era quello di verificare lo stato delle mie coronarie. Se fossero state occluse, durante la grande operazione dell'indomani si sarebbe dovuto intervenire anche su di esse. Per fortuna le mie coronarie risultarono essere in buono stato.

La coronarografia è un esame di un certo rilievo, quasi una piccola operazione chirurgica. Venni sottoposta a un'anestesia solo parziale, il che mi permise di seguire tutta l'operazione, addirittura conversando con la squadra degli operatori (quattro o cinque). Mi colpì il fatto che ogni fase dell'esame era annunciata con chiarezza prima di avvenire: ora inserirò un ago; adesso ci sarà l'anestesia; un catetere dal polso sta per raggiungere le coronarie... Espressi apprezzamento per questa prassi e un infermiere mi disse che viene utilizzata in quanto si è dimostrata la migliore per il benessere del paziente, che non viene colto di sorpresa dalle fasi dell'esame. Oltre ad annunciare ciò che stava per avvenire nell'esame, che per loro era evidentemente routine, gli operatori parlavano delle loro vicende (malumori nel reparto, una festa del giorno dopo) e conversavano anche con me. Il medico responsabile ultimo del mio esame era una donna di origine turca nata in Germania, che stava trascorrendo dei mesi in Italia per specializzarsi. Mi chiese della mia professione, che è quella di insegnante di lingue in pensione. Si passò a parlare di chi e come sa l'inglese e presto l'esame fu completato. Venni riportata in reparto. Non avevo sofferto quasi per nulla durante quell'esame.

Il giorno successivo, un mercoledì, era il gran giorno dell'operazione. Venni svegliata presto. Non bevevo e non mangiavo dalla mezzanotte. Mi fecero lavare e poi disinfettare la pelle con un liquido particolare. Indossai un camicione fornito dall'ospedale e mi misi ad aspettare di essere condotta in sala operatoria. Il mio sentimento dominante, fin dalla sera prima, era di apprensione, ma di intensità accettabile. Infatti avevo dormito nella notte.

Non dovetti aspettare a lungo. Ben presto due lettighieri vennero a prendermi per portarmi nell'anticamera della sala operatoria. Lì, all'*equipe* che mi accolse, dissi che avevo freddo, ma loro mi rassicurarono: il liquido che mi

avrebbero messo in vena mi avrebbe riscaldata, dopo di che, grazie all'anestesia, sarei rimasta a lungo immemore.

Così fu. Quando mi risvegliai erano passati due giorni e alcune ore da quel mattino. Ciò che era accaduto durante quel tempo mi venne raccontato da mio marito quando al risveglio incontrai i suoi occhi e il suo sorriso.

L'operazione era durata cinque ore. Per due volte i chirurghi avevano tentato di riparare la mia valvola mitrale. Non essendoci riusciti, la sostituirono con una valvola "biologica". Si occuparono anche della valvola tricuspide, che venne riparata. Dopo l'operazione ero stata portata nel reparto di rianimazione: un grande salone pieno di letti. Il chirurgo aveva ragguagliato mio marito sul successo dell'operazione e lui mi aveva potuta vedere brevemente, ancora priva di coscienza. A un certo punto era stato fatto un tentativo di svegliarmi, ma io non mi ero svegliata.

Mi svegliai l'indomani, nel pomeriggio. Per la precisione, non fu un vero risveglio ma un passaggio dal sonno profondo a un dormiveglia. In quel dormiveglia sognavo. Non ricordo il contenuto di quei sogni, ma mi sembra di ricordare che fossero i miei sogni "consueti", calmi e fantasiosi. Nelle ore successive la situazione cambiò.

Giunsi a un livello di coscienza più elevato, seppure ancora inferiore alla consapevolezza di sé che si ha normalmente da svegli, e a quel punto incominciai a provare disagio. Non dolore acuto, quello non lo provai mai durante tutta la mia degenza. Sentivo però una grande arsura e desideravo intensamente bere. La mia testa (avevo firmato per accettare quel trattamento sperimentale) era contenuta in un casco simile a quello degli astronauti, che mi dava ossigeno. Nel casco sentivo incessantemente dei rumori disturbanti, non so se reali o, cosa più probabile, allucinatori. Espresi il mio desiderio di bere e mi arrivò vicino alla bocca una cannuccia da cui aspirai un sorso d'acqua. Anche una cosa da poco come un sorso d'acqua fresca può dare una grande gioia a chi arde dal desiderio di averla, ma il mio disagio non passò. Se prima ero stata tormentata dalla sete, ora ero afflitta dalla nausea. Lo dissi e mi diedero un farmaco contro la nausea, che attenuò il problema, ma non lo risolse.

Giacevo ferma in quel letto del reparto di rianimazione, oscillando tra veglia, dormiveglia e sonno, non consapevole del tempo esterno. Non sapevo neanche se fosse notte o giorno. Avrei potuto capirlo da un display sulla parete

di fronte, che indicava a turno il giorno e l'ora, ma questo era appena al di là della capacità della mia vista. Lo vedevo sfocato e non riuscivo a leggerlo.

Nei momenti di veglia mi guardavo attorno. Alla mia destra c'era una madre con un bambino neonato, che veniva accudito in una cabina a vetri raggiungibile dai miei occhi, con delicatezza e, mi parve, tenerezza.

A un certo punto mi sarà stato tolto il casco da cui ricevevo ossigeno, ma non ricordo quel momento. Nemmeno ricordo il momento, di molto precedente, in cui mi erano stati tolti dalla gola i tubi che avevo avuto durante l'operazione. Dei tubi rimase però un ricordo appunto nella gola, che doleva quando deglutivo. Dopo tre o quattro giorni in reparto, passò anche questo disagio.

Mi fu molto faticoso giacere nel reparto di rianimazione. Non potevo muovermi, non avevo energia. Tentai di sollevare un braccio dal letto di qualche centimetro e ci riuscii solo a fatica. Non ero sufficientemente vigile e tonica per dedicarmi a un'attività di pensiero articolata. Vagavo con la mente da un pensiero a un altro, mischiando immagini oniriche con dati della realtà. Mi pareva di essere in un tunnel senza via d'uscita, oppressa dal disagio.

Non ricordo il passaggio dalla rianimazione alla mia camera nel reparto di cardiocirurgia, ma a un certo punto mi ritrovai lì, incapace di alzarmi dal letto, coperta di sensori per il monitoraggio del mio stato, legata a una flebo, ma finalmente del tutto cosciente.

Per i primi due o tre giorni dopo l'operazione non mi alzai dal letto. Se l'avessi potuto fare, probabilmente non avrei saputo reggermi in piedi, tanto ero debole. Le cure che ricevevo erano intense: oltre a molte pastiglie e sostanze somministrate per endovena, mi davano ossigeno per aiutare la respirazione e mi facevano inalazioni per lenire naso e gola.

Se il primo giorno passò quasi in dormiveglia, successivamente ripresi il ritmo dei più: dormire di notte e restare vigili di giorno. Mi è difficile adesso ricordare le sensazioni di quelle prime giornate. Trovai il modo di leggere, ma capivo poco la trama del romanzo che leggevo e mi addormentavo continuamente nel mezzo di una pagina. Scambiavo messaggi con il cellulare, ma non avevo la forza di sostenere conversazioni. Il mio umore era, mi sembra, piuttosto cupo. Ero sorpresa dal disagio che provavo in tutto il corpo. Non era

dolore vivo, ma mi faceva soffrire lo stesso. Mi chiedevo se avessi fatto la scelta giusta accettando di essere operata.

Per permettermi di mangiare mi avvicinavano al letto un supporto su rotelle dove si appoggiava un vassoio. Persino mangiare era faticoso e avanzavo metà del cibo che mi era stato dato.

Due o tre giorni dopo l'operazione, vedendo che il mio cuore non riusciva a darsi un nuovo ritmo e batteva, appunto, con aritmie, i miei curanti decisero di installarmi un pacemaker. Si tratta di un oggetto grande come una scatola di fiammiferi da cucina, che un chirurgo installa sottopelle, vicino al cuore. Dal pacemaker un filo raggiunge il cuore stesso, per intervenire se il cuore non funziona a dovere.

Venni operata un certo pomeriggio, in anestesia locale, ma questa volta non conversai con la squadra degli operatori perché ero troppo presa dal dolore che l'operazione mi causava. Del resto, anche i chirurghi non si aspettavano di socializzare con me durante l'operazione. Tra loro c'era un maestro che illustrava l'operazione a un allievo. Da insegnante, apprezzai questa interazione.

– Qui devi girare il polso così, guarda, – disse il maestro a un certo punto.
– Ci vuole destrezza.

Io, amante dell'artigianato, fui contenta di osservare questo ammaestramento.

Il giorno dopo l'installazione del pacemaker venne al mio letto un medico con un computer. Una sonda appoggiata sul mio petto dava informazioni sullo stato del mio cuore e del pacemaker. Il medico si allarmò perché purtroppo c'era qualcosa che non andava. Mi rivelò sinceramente che se il problema non si fosse risolto avrei dovuto essere rioperata. Dopo aver fatto molti tentativi con il suo computer, il medico desistette ma, con ammirevole serietà e umiltà, disse:

– Prima di gettare le armi voglio confrontarmi con un collega.

La notte successiva dormii preoccupata: non avevo proprio voglia di un'altra operazione. Il medico ritornò la mattina successiva con una buona notizia: aveva risolto il problema e il mio cuore andava a un ritmo giusto.

Un bel giorno, forse il quarto dopo l'operazione, venne al mio letto un fisioterapista, che mi aiutò ad alzarmi. Con gioia scoprii che avevo la forza di stare in piedi e camminare. Lui mi dichiarò capace di alzarmi e da allora

mangiai al tavolo e andai in bagno da sola tutte le volte che lo desideravo. Fu un piacere lavarmi finalmente i denti, sciacquarmi il viso... Il mio petto, dove lo sterno era stato aperto così da poter operare sul cuore, era coperto di croste, protette da garze e cerotti. Mi dissero di badare a non bagnare questa ferita, che altrimenti avrebbe sanguinato e faticato a guarire. Niente docce, quindi. Era un'impresa tenersi puliti con questi limiti, rispetto ai quali una spugna fu di grande aiuto.

Da quando mi alzai iniziò un processo di ripresa che non si fermò mai e dura anche oggi. Mi tornò l'appetito. Dedicai molte ore alla lettura, affrontando più di un libro contemporaneamente, per varietà.

La sera verso l'ora di cena ciascun paziente poteva ricevere per un'ora la visita di una e una sola persona. Credo che a causare questo limite non fosse tanto il pericolo del contagio da Covid quanto la preoccupazione di proteggere pazienti estremamente fragili da possibili infezioni portate dai visitatori. Attendevo questa visita come il grande evento della giornata. L'incontro a due permetteva di comunicare bene e profondamente. Oltre a mio marito, adesso che stavo meglio vedevo anche amici e sentivo persone al telefono. Insomma, mi stavo riavvicinando alla vita degli altri, pur potendo partecipare poco ad essa.

Una decina di giorni dopo l'operazione mi vennero tolti i punti e si realizzò ciò che speravo da tempo come un passo verso la guarigione: il trasferimento in un centro per la convalescenza. Erano passate due settimane dal ricovero. L'ospedale mi dimetteva a ragion veduta, perché i parametri che venivano costantemente osservati in me stavano volgendo al meglio. Restavano però dei problemi: uno pneumotorace (una bolla d'aria nei polmoni) non ancora risolto e del liquido attorno al cuore non ancora riassorbito, oltre a una generale fragilità.

Prima di descrivere le mie tre settimane di degenza nel reparto di riabilitazione cardiocirurgica di un altro ospedale, desidero parlare dei moltissimi infermieri che ho incontrato in ambedue gli ospedali. Oggi gli infermieri sono dei laureati, ben formati e capaci di capire con competenza la situazione dei pazienti. Anche gli inservienti sembrano essere ben preparati: hanno un mansionario dettagliato che rispettano, fornendo servizi accurati.

Mi pare di ricordare che qualche decennio fa il rapporto tra paziente e infermiere fosse più formale: l'infermiere dava del lei al paziente ed era ricambiato nello stesso modo. In passato, ho sentito infermieri risentirsi quando il paziente dava loro del tu, come se questo fosse il segno di una mancanza di rispetto. Oggi, in ambedue gli ospedali dove sono stata, la situazione è molto cambiata e mi pare cambiata in meglio.

Ora tra medici e pazienti, come in passato, ci si dà del lei in ambedue le direzioni. Gli infermieri, invece, quasi tutti e quasi a tutti i pazienti, danno del tu. Credo di poter leggere questo comportamento come la ratifica di una vicinanza. L'infermiere svolge mansioni qualificate come somministrare un farmaco o trovare una vena, ma anche operazioni intime come portare la padella a un paziente che deve fare i suoi bisogni o lavare un paziente allettato. Il paziente non ha mai più ricevuto prestazioni simili da quando era bambino (se non in altri ricoveri ospedalieri). Con il darti del tu mentre ti mette un pannolone, l'infermiere ti dice: sarai anche un avvocato famoso, ma qui sei inerme come un bambino e io mi occupo di te nella tua fragilità, per aiutarti. Ecco perché ti tratto così familiarmente.

Anche i pazienti tendono a dare del tu agli infermieri. Non io, perché sono anziana e sono abituata a dare del lei quasi a tutti, non seguo nemmeno la pratica contemporanea di dare del tu ai lavoratori di negozi e locali. Devo dire che nessun infermiere mi è parso disturbato sentendosi dare del lei da me, né ha cambiato tono nei miei confronti. Trovo bello il comportamento dell'infermiere contemporaneo, che non si attiene alla rigida formalità di un tempo. C'è chi canta mentre lavora, chi dice battute, chi prende in giro, chi fa due chiacchiere con il paziente, chi racconta qualcosa di personale. Sono tutti segni di cura dell'altro ed espressione di sé.

Gli infermieri che ho incontrato sono stati tutti gentili e solleciti. Ho vissuto un solo episodio in cui l'infermiere si è comportato con rigidità. Non potevo alzarmi dal letto per via di una flebo e avevo bisogno di urinare. Mi portarono una padella ma non riuscii a scaricarmi. Mi fecero indossare un pannolone, ma anche così il liquido non usciva. La ragione sarà stata psicologica, ma intanto io soffrivo. Chiesi all'infermiere di staccare la flebo per un attimo e accompagnarmi in bagno, ma lui non acconsentì. Solo la collega che

lo sostituì al cambio del turno accettò di staccare temporaneamente la flebo e così potei andare in bagno e tornare a letto leggera e tranquilla.

Ecco invece un episodio di infermiere, anzi, infermiera del turno di notte più perspicace di un medico. La chiamai nella notte perché avevo dolore (era poco dopo l'operazione). Lei chiese al medico di prescrivermi un antidolorifico, ma lui non acconsentì. Non potevo far altro che pazientare. La notte successiva era di turno ancora lei. Senza che io chiedessi niente, lei si ricordò del mio dolore e mi disse:

– Stasera è cambiato il medico di turno. Gli ho chiesto di prescriverle una Tachipirina e lui l'ha fatto. Siamo a posto.

Assumendo io quella Tachipirina, che poi venne riproposta per alcuni giorni, il mio dolore si sopì e dormii tranquilla tutta la notte, grazie alla perspicacia e intraprendenza di un'infermiera.

In ambedue gli ospedali dove sono stata curata i pazienti sono ospitati in camere a due. Mi sembra una buona soluzione: non c'è la confusione degli stanzoni ospedalieri di altri tempi né la solitudine della camera singola. In due ci si può aiutare a vicenda, farsi compagnia e anche osservarsi a vicenda e, se si vede un problema, chiedere aiuto al personale. Se nasce un rapporto cordiale tra i due pazienti ospitati nella stessa camera, se ne avvantaggiano entrambi. La convivenza diventa invece un tormento se uno dei due invade lo spazio dell'altro con continue conversazioni non gradite o richieste pesanti, quali tenere la stanza sempre al buio o la televisione a volume alto tutto il giorno. Inoltre, anche con il compagno di camera migliore, la camera a due causa una mancanza di privacy. Come può un paziente confinato a letto telefonare sia alla moglie che all'amante, se si sente ascoltato dal compagno di camera?

Nell'ospedale dove si è svolta la mia riabilitazione l'attività più importante, che scandiva la giornata, era la fisioterapia. Ciascun paziente doveva fare mezz'ora di moto accelerato ogni mattina e mezz'ora di ginnastica al pomeriggio. Il moto accelerato si svolgeva o su un *tapis roulant* o su una *cyclette*. In ambedue le macchine, il fisioterapista fissava per ciascun paziente un certo grado di impegno (durezza della pedalata o velocità del nastro) da rispettare. Se il paziente accusava eccessiva fatica, la durezza veniva ridotta. Pare che l'affrontare una prova fisica leggermente superiore alle proprie forze

sia cardiotonico e infatti tale attività viene prescritta a ogni paziente alle dimissioni come una “medicina” tra le più importanti.

Per la ginnastica del pomeriggio si era divisi in gruppi di cinque o sei persone, guidati da un fisioterapista che fungeva da “maestro” indicando le attività da svolgere. Fu interessante per me osservare le dinamiche psicologiche attive in questi gruppi, molto simili a quelle di una scuola. I pazienti nel gruppo sono simili per abilità, ma tra loro ce n'è uno più bravo degli altri e uno che arranca, essendo il più debole. Tutti sono molto determinati a svolgere al meglio le attività, anche perché viene detto loro che solo al raggiungimento di un certo livello di abilità fisica si potrà essere dimessi e tutti, essendo in ospedale da settimane, vogliono tornare a casa il prima possibile.

Il “primo della classe” è molto fiero di esserlo e ostenta la propria bravura. Nelle pause tra gli esercizi, in cui si dovrebbe riposare qualche secondo, lui prosegue, non sa stare fermo. A volte, dall'alto della sua bravura, si sostituisce al maestro per fare osservazioni ai compagni: devi muovere le braccia così, non devi fare quel movimento... Lui si allena anche al di fuori della mezz'ora di “lezione”, ripetendo da sé gli esercizi che ha appreso.

L'ultimo della classe prova imbarazzo per la sua scarsa prestanza, non pensando che la sua posizione di “ultimo” dipende semplicemente dalla collocazione che gli hanno dato. Infatti nel gruppo di livello inferiore sarebbe lui il primo della classe. L'ultimo si sente spinto a tendere le forze per dare prestazioni simili a quelle degli altri, ma a volte proprio non ce la fa e si riposa per qualche minuto. Il maestro fisioterapista si comporta purtroppo come tanti docenti di scuola: invece di dedicarsi a far migliorare i fragili, visto che i bravi se la cavano già da soli, lui crede che sia un bene farli sentire inadeguati. Egli pensa così di spingerli ad impegnarsi, non considerando che per alcuni di loro non si tratta di mancanza di impegno ma di reale incapacità.

In passato mi è capitato di partecipare a un programma di riabilitazione fisica in un altro ospedale, dove il paziente era trattato da adulto, dato che tale era. I fisioterapisti dell'ospedale dove si è svolta questa mia riabilitazione, invece, seguivano tutti (dato che si afferma sempre un canone di gruppo) uno stile infantilizzante. Chiamavano le persone amore, tesoro... Li incitavano con gridolini: dai, forza, su! Ancora dieci minuti. Resisti! Oppure esprimevano riprovazione, nel tono di voce e con le parole che si usano con i bambini.

Immagino che il trattare i pazienti da adulti o da bambini abbiano, ciascuno, vantaggi e svantaggi. Io preferisco il primo atteggiamento.

Il rapporto tra fisioterapista e paziente diventava alla pari, senza vezzeggiativi e gridolini, nelle conversazioni tra fisioterapisti e pazienti su argomenti di loro comune interesse, che spesso erano il calcio o altri sport o programmi televisivi.

In una sala del reparto di riabilitazione si svolgevano circa un giorno sì e uno no degli incontri a cui erano invitati tutti i pazienti. Il conferenziere comunicava il tema dell'incontro, faceva la sua relazione e poi lasciava spazio per domande e interventi. Gli argomenti trattati nelle conferenze a cui ho assistito sono stati: il ritorno a casa dopo le dimissioni dall'ospedale; le differenze tra la vita di un paziente cardiooperato e la sua esistenza precedente, la *routine* di vita consigliata per un cardiopatico; la dieta del cardiopatico.

Il lettore può domandarsi perché il paziente operato al cuore con successo viene ancora chiamato cardiopatico. A detta dei relatori di questi incontri, anche dopo che il cuore è stato sistemato il paziente non torna sano e deve essere in cura, seguito da un cardiologo, per il resto della sua vita.

Riporterò qui gli appunti che ho preso durante una conferenza sull'alimentazione del cardiopatico.

Bevande: sono concessi due caffè normali, non decaffeinati, al giorno; the: non più di una tazza al giorno, perché va limitata l'assunzione di liquidi; ginseng e altre bevande eccitanti: da evitare; acqua: non superare i due litri al giorno. Mezzo litro si trova nel cibo che si assume, l'altro litro e mezzo si può bere. Si può bere un bicchiere di vino ai pasti, ma non superalcolici.

Sale e zucchero: solo in quantità limitata. Lo zucchero è presente anche nella pasta, nel pane, nel riso, quindi il consumo di questi cibi va limitato. Il riso integrale è preferibile al riso bianco e il riso Basmati è preferibile rispetto alle altre varietà di riso.

Vanno assunte molte proteine vegetali, quelle contenute nei legumi (ad esempio, fagioli, lenticchie...). Quanto alla carne rossa, la si può mangiare solo una volta alla settimana. Le uova (comprendendo quelle contenute nei cibi, ad esempio nei dolci) vanno ridotte a due alla settimana. Anche i salumi si possono mangiare non più di due volte a settimana. Il pesce invece può essere

mangiato senza limiti, a differenza di molluschi e crostacei, da evitare per via del colesterolo.

I grassi di ogni tipo vanno sempre limitati.

Frutta e verdura possono essere mangiate in abbondanza.

Dopo questa conferenza i pazienti discussero tra loro le indicazioni ricevute, lamentandosi per i sacrifici richiesti dalla “dieta del cardiopatico” ma non mettendo in discussione la sua correttezza. Questo aspetto mi colpì, mostrandomi quanto sia difficile non dare retta a un’autorità, quale pareva essere il conferenziere di quel giorno. Del resto, si può confutare un’argomentazione solo se si possiedono elementi che ne rivelano la fallacia. Ma io per fortuna li ho!

La dieta proposta nella conferenza è quella giusta per il paziente sovrappeso e per quello che ha un alto tasso di colesterolo: questi in effetti costituiscono una maggioranza tra i cardiooperati. È invece sbagliata e, anzi, pericolosa per il paziente magro, con un livello di colesterolo giusto, con le coronarie a posto, perché lo farebbe deperire. Peccato che il conferenziere si sia dimenticato di trattare questo secondo caso, perché i magri che gli hanno dato retta ne soffriranno.

Dopo tre settimane di degenza nel reparto di riabilitazione venne per me il gran giorno delle dimissioni. Alla vigilia di questo, la sera, percepii l’insorgere di un problema che a volte mi si presenta: un attacco di cistite. Mi caddero le braccia perché la cistite poteva allontanare la riconquista della libertà. Per un attimo fui tentata di non dire nulla, ma se l’avessi fatto probabilmente la mattina successiva, quella in cui dovevo essere dimessa, sarei stata davvero male, incapace di allontanarmi dal bagno. Preferii rivolgermi al medico del turno notturno, una donna. Lei mi fornì un antibiotico che risolse il problema durante la nottata, così l’indomani, con gioia ed emozione, potei tornare a casa mia.

Carla Muschio
Operazione a cuore aperto
Testo e immagine di Carla Muschio

Edizioni Lubok
Data di pubblicazione: 12 novembre 2023
www.carlamuschio.com

Download gratuito per uso non commerciale

Pubblicabile su altri siti previa autorizzazione

