

Dottore, ci sarà risveglio?

Coma, stato vegetativo, recupero.
A servizio dei pazienti del Sant'Anna,
a Crotona. Il lavoro del dottor Elio Leto

di **Oreste Paliotti** / illustrazione di **Mariannita Zanzucchi**

«Dopo la laurea in medicina, avrei voluto specializzarmi in pediatria, ma problemi di salute e altre circostanze mi hanno orientato alla medicina interna. Mai avrei immaginato di lavorare oggi in questa struttura e con questa tipologia di pazienti...».

A parlarmi è il dottor Elio Leto, calabrese di Crotona. E la struttura a cui si riferisce, fiore all'occhiello di questa città sullo Jonio, è l'Istituto Sant'Anna: forse il più rinomato del Meridione per quanto riguarda la cura di pazienti in stato vegetativo. Ecco come lui c'è arrivato 15 anni fa. «Frequentavo l'Unità intensiva del Sant'Anna – spiega – come consulente esterno per problematiche di tipo internistico. Abituato a pazienti che esprimevano i loro disagi anche attraverso la mimica facciale, i primi tempi mi sentivo spiazzato davanti a quelli in stato comatoso, impossibilitati a interagire. Spiazzato ma al tempo stesso affascinato: mi ricordavano, infatti, i neonati del mio tirocinio in fatto di patologia neonatale. Anche lì era questione di intuito ed esperienza, di monitor ed esami di laboratorio».

Man mano che familiarizza con le tecniche che li mantengono in vita, il dottor Leto si appassiona a questi pazienti “difficili”,

che spesso spaventano – allontanandoli – i medici alle prime armi. Risultato: ciò che poteva costituire l'esperienza professionale di un periodo diventa la missione di una vita. Oggi è responsabile, al Sant'Anna, del servizio di broncoscopia che accoglie pazienti arrivati da neurochirurgia o rianimazione. A ogni progresso corrisponde un reparto: dall'Unità di risveglio (la prima struttura di accoglienza) il paziente passa in Unità per gravi cerebrolesi e da lì in Neuroriabilitazione standard. «Il percorso di recupero – precisa il dottore – è complesso. Anche il traumatizzato cranico che torna a casa con le proprie gambe presenta a volte, oltre a problemi fisici motori, disturbi cognitivi (amnesia, incapacità di fare un calcolo, di chiamare gli oggetti col loro nome) e comportamentali (soggetti docili diventano aggressivi dopo un trauma cranico, e viceversa soggetti esuberanti si calmano). In genere però, col tempo, questi pazienti migliorano quando si riappropriano dei propri spazi e oggetti».

E quando non avviene il recupero? «Vengono ricoverati in Unità lungo-degenza specializzata, oppure – qualora i familiari se la sentano – tornano





a casa. Il nostro progetto Oberon prevede, ogni 2-3 mesi, visite domiciliari a questi pazienti in stato vegetativo per controlli e medicazioni. Fermo restando che il carico esistenziale dei familiari è notevole, specie se manca l'ausilio di badanti».

Fanno del Sant'Anna una struttura all'avanguardia nel Meridione l'esperienza maturata nella cura, fra l'altro, delle piaghe da decubito, la produzione scientifica e la messa a punto di nuove metodiche terapeutiche: «Abbiamo un laboratorio di stimolazione multisensoriale che, sfruttando il riflesso psicogalvanico, ci fornisce segnali utili a migliorare le condizioni di degenza. Si basa sulla constatazione che il paziente che non risponde all'operatore riesce invece a dare risposte emotive ai propri familiari: nel primo caso sul monitor vi è tracciato piatto, nel secondo si hanno delle modificazioni. In simultanea c'è la registrazione encefalografica e della variabilità della frequenza cardiaca».

Il risveglio di un paziente è sempre graduale e spontaneo. «Per questo, ai familiari che mi chiedono se il loro congiunto si risveglierà, rispondo sempre: io non so prevedere cosa potrà succedere, lo sa Dio. Sono solo uno strumento nelle sue mani. Certo, è commovente veder ricomporsi questo contatto con l'esterno. Pazienza se permane un piccolo deficit motorio, però la cosa fondamentale a cui tengono i familiari è che il congiunto sia recuperato alla vita di relazione». A volte i miracoli avvengono. «Ultimamente è arrivato da noi un paziente mantenuto in vita dal ventilatore automatico e senza alcun segno di reazione: in seguito a crisi respiratoria e arresto cardiaco il suo cervello



aveva sofferto per mancanza di ossigeno. Un caso disperato. Ebbene, adesso respira spontaneamente, cerca di parlare, piange quando vede i familiari... Questa ripresa, avvenuta nell'arco di 3-4 mesi, non ha nulla di scientifico».

In ogni caso, occorre fare i conti con il coinvolgimento emotivo che comporta questo servizio. «Non riesco a restare indifferente davanti a certe tragedie – confida il dottore –. E non nascondo che, nel chiedermi il perché di tante sofferenze, talvolta la mia fede ha vacillato. Forse però questi

pazienti hanno una funzione sociale importante: nel migliore dei casi diventano per familiari e amici un centro di aggregazione, suscitano attorno a sé nuove capacità di donazione. Altre volte invece, a causa del carico psicologico che comportano, purtroppo la famiglia si disgrega. Ho visto coniugi abbandonare i propri partner che non avrebbero più recuperato, però sono casi sporadici. Per quanto posso, cerco di dare un supporto anche ai familiari, spesso per me fonte di stress più degli stessi pazienti». Il bilancio di questi 15 anni?

«Pur avendone la possibilità, non cambierei. Mi sento di fronte a degli obblighi, a dei doveri, se penso che in Italia non sono molti a saper gestire questo tipo di pazienti. Non lo dico per immodestia, però l'acquisizione delle competenze in questo campo te la fai dopo anni a contatto con loro. Nessun manuale te lo spiega». ■

”

Nei casi più fortunati, il paziente comincia a seguire con gli occhi la fonte dello stimolo, cioè l'operatore nei suoi movimenti; riprende a muoversi, anche se in maniera disordinata. Sono segnali positivi, che precludono al recupero.