

# Il tremendo dilemma su chi salvare

**VLADIMIRO ZAGREBELSKY**

**I**l numero degli infettati dal virus Covid-19 cresce rapidamente; crescono i ricoveri ospedalieri. Cresce in conseguenza anche il numero di pazienti le cui condizioni richiedono terapia intensiva. In primavera in diverse zone del Paese le disponibilità di letti attrezzati per la terapia intensiva e di personale medico e infermieristico specializzati risultò a tratti scarsa, insufficiente rispetto alle necessità. Si attivarono tutte le risorse possibili, si trasferirono malati in altri ospedali e regioni (e persino in Germania), ma egualmente i medici si trovarono obbligati a scegliere tra chi ammettere alla terapia intensiva e chi rifiutare.

SEGUE / PAGINA 11

# IL DUBBIO ATROCE SU CHI SALVARE

VLADIMIRO ZAGREBELSKY

dalla prima pagina

Avviandolo a cure palliative e forse ad impossibile guarigione. Fu un fenomeno non solo italiano, ma comune a molti Paesi, anche tra quelli europei a noi vicini. Si trattò per i medici di fare «scelte tragiche», quelle che in ogni caso comportano gravi offese a valori importanti: in questo caso, la vita o la salute delle persone. Vi furono pazienti che subirono conseguenze. Ma non bisogna lasciare in ombra il logorio e il patimento professionale e morale di chi quelle scelte fu costretto a fare. Non possiamo escludere che durante questa seconda ondata di

epidemia quella situazione si ripeta. La recente esperienza ha sollecitato tra gli specialisti la discussione sui criteri clinici che portano all'adozione dei mezzi propri della terapia intensiva ed anche, nella scarsità di mezzi, alla scelta tra numerosi pazienti che richiederebbero tal tipo di terapia. Sotto la pressione dei numeri il primo effetto è l'aumento del rigore nella applicazione dei criteri clinici di ammissione ai reparti di terapia intensiva. Sono noti protocolli che indicano i criteri e le regole per applicarli (ad esempio in Francia, in Svizzera ed anche in Italia). Studi sono in corso in Italia sol-

lecitati dalle autorità sanitarie. Numerosi sono gli indici clinici da tenere in conto e la tendenza è nel senso di evitare gli automatismi o le strette gerarchie tra tali indici. Si richiedono invece valutazioni complessive e personalizzate in funzione del giudizio determinante, quello della speranza di vita dei pazienti. È infatti la maggior speranza di vita che ragionevolmente indica chi tra i pazienti che richiedono terapie intensive deve avere la precedenza. In quest'ordine di idee l'età dei pazienti è da tenere in conto, se non altro perché influisce sulle probabilità di sopravvivenza alla terapia intensiva. Ma con l'e-

tà si considerano le eventuali altre morbilità che si sommano al Covid e lo stato generale del paziente. Non ci sono automatismi.

Anche solo pensare che quelle scelte siano necessarie è causa di profondo turbamento. Si comprende l'atteggiamento di chi volge altrove lo sguardo e evita di guardare a fondo la realtà. Un modo per farlo è quello di chiedere che i poteri pubblici, governo, regioni, provvedano rapidamente ad aumentare i letti idonei alla terapia intensiva (ma ora il discorso riguarda anche il Pronto Soccorso). Va però detto chiaramente che è una risposta ingannevole. Si sta provvedendo ad aumentare i letti di terapia intensiva, ma l'incremento di risorse non dipende solo da disponibilità economica: se i letti si possono acquistare, la preparazione dei medici e degli infermieri specialisti richiede tempo, anni. Nel frattempo, la situazione è quella che è. Si può migliorarla, come si sta facendo, ma entro limiti che nell'immedia-

to potrebbero rivelarsi insufficienti. E intanto i malati affollano gli ospedali e nessun medico può limitarsi a chiedere a governo e regioni di dargli in mezzi per adeguatamente curare tutti. Naturalmente v'è materia per protestare per l'impreparazione del sistema sanitario. Se la prima ondata poteva essere ritenuta imprevedibile (veramente vi erano avvisaglie), questa seconda era prevista. Era certa, incerta essendo solo la sua gravità. Questo è motivo di critica politica a chi doveva meglio operare in un contesto di emergenza nota. Va però aggiunta qualche considerazione che ha a che vedere con la politica sanitaria. Una vicenda francese aiuta a comprendere. Nel 2009, in piena epidemia di influenza H1N1 (l'influenza suina), la ministra della sanità Roselyne Bachelot acquistò milioni di vaccini, per essere pronta a vaccinare i francesi. L'evoluzione dell'epidemia fu diversa dal temuto e i vaccini si dimostrarono inutili. Ne seguì una polemica

aggressiva con la ministra accusata di incapacità ed anche forse di loschi traffici con le aziende produttrici. Però quando è esplosa l'epidemia di Covid-19, la Francia si scopri priva di mascherine e mezzi di protezione del personale sanitario.

Una mancanza frutto di imprevidenza. Mal'impredenza si evita rischiando di eccedere in una costosa politica previdente. È il caso dell'ospedale di Fiera Milano, all'epoca risultato inutile, ma non ora. Se però la politica sanitaria del Paese è quella dei tagli e si teorizza, come valore positivo, la corrispondenza alle ordinarie necessità del numero dei letti ospedalieri, degli strumenti e del personale, quando sopravviene una emergenza il sistema va in crisi. E ciò che vediamo. La rigidità del sistema (di ospedali e di medicina di territorio) nega l'immediata elasticità funzionale che sarebbe necessaria. E intanto ai medici si chiede, non solo di curare, ma anche di far scelte dolorose. —