

Tra salute e salvezza

Covid - Il triage in caso di crisi e l'impatto del confinamento sull'anziano al centro di importanti riflessioni

/ 09.11.2020
di Maria Grazia Buletti

Il 29 ottobre, durante la conferenza stampa del Consiglio federale, alla domanda di un giornalista su come si fossero mosse le autorità per evitare il sovraccarico degli ospedali, Alain Berset, capo del Dipartimento federale dell'interno ha risposto che i Cantoni si sono mossi solo oggi, all'arrivo della seconda ondata. Lasciando la politica a chi di competenza, parliamo della situazione sanitaria ticinese con le rassicurazioni del professor Paolo Merlani, primario di medicina intensiva, direttore sanitario e direttore medico del Servizio di medicina Intensiva EOC: «Sebbene questo virus ci abbia sempre riservato qualche sorpresa, e la predizione è un'arte difficile da applicare, possiamo dire che per ora la situazione è più tranquilla rispetto a marzo». Tuttavia, egli non ne nasconde il possibile peggioramento e il fatto che stavolta potrebbe durare anche diversi mesi: «E i numeri potrebbero diventare anche più importanti della prima ondata».

Complice una dilagante stanchezza delle persone dovuta al protrarsi della pandemia e alle relative ricadute psico-socio-economiche, quel che più preoccupa la popolazione è il dubbio che sia insufficiente la capacità del nostro sistema sanitario per fare adeguatamente fronte alle necessità di curare tutti i pazienti indistintamente, insieme ai timori di veder rifiutare agli anziani le cure adeguate. «Quando non si sa come andrà a finire, soprattutto noi che ci occupiamo di medicina intensiva, dobbiamo saperci preparare al peggio». Così è stato ed è, dice Merlani: «L'organizzazione messa in atto a marzo per fronteggiare l'epidemia è rimasta attiva: abbiamo aumentato la capacità di posti in terapia intensiva così come il personale medico e sanitario specializzato».

Egli ricorda che la difficoltà minore risiede nell'approvvigionamento di farmaci, respiratori, materiale: «Il problema principale è formare il personale specialistico». La formazione corrente di questi specialisti necessita di fondi e di tempo («5 anni per formare medici specialisti e circa 2 per gli infermieri specializzati»), che è tanto tempo: «Nessuno al mondo è riuscito, in questi mesi, a moltiplicare il numero di specialisti. Dal canto nostro, anche qui abbiamo fatto il massimo possibile, attivando una specie di scuola veloce per quegli infermieri che già a marzo avevano partecipato all'esperienza di Locarno: presto avremo circa 30 infermieri formati apposta per la crisi Covid, ma ricordiamoci che quei 30 serviranno a trattare non più di circa 8 pazienti».

Questa soluzione veloce ne va a coadiuvare altre prese durante i mesi di tregua dalla pandemia: «Con la Società di medicina intensiva abbiamo attivato una rete che potrebbe dirigere i pazienti dove ci sono posti disponibili, in tutta la Svizzera. Sistema utile in caso di pandemia disomogenea come la prima, ma forse meno efficace in un'ondata più omogenea come questa, vedremo. Inoltre, abbiamo predisposto tutta la riserva di materiale di protezione e farmaci (ridotta al limite la prima

volta) per affrontare questa seconda ondata».

In questi pochi mesi, dal punto di vista sanitario, è dunque stato fatto tutto il possibile per scongiurare i timori e sedare le polemiche delle ultime settimane suscitate dal documento elaborato in primavera dall'Accademia svizzera delle scienze mediche sul comportamento da tenere in caso di «scarsità di risorse». Egli rassicura anche su questo controverso punto: «È un documento, elaborato la scorsa primavera, su come affrontare nel Cantone in modo uniforme, trasparente e tracciabile la crescente pressione sul sistema sanitario».

Dal canto suo, il professor Roberto Malacrida, membro della Commissione nazionale di etica in materia di medicina umana, puntualizza come queste linee guida rispecchino questioni etiche e sanitarie sempre esistite, oggi emergenti perché durante una crisi si pone il problema dell'eventuale scarsità di risorse: «Anche in tempi normali esiste la pratica di individuare e soppesare la proporzionalità nel continuare a erogare terapie molto invasive senza fare del male al paziente (ma il suo bene). Se dobbiamo considerare l'eventualità di risorse insufficienti, a maggior ragione dobbiamo essere consapevoli di non fare medicina "inutile": va evitata quella che, parafrasando il filosofo Umberto Galimberti, è solo tecnocratica e fine a se stessa, dove la tecnica non è più solo un mezzo, ma diventa il fine stesso».

Questo aspetto può diventare più acuto durante la crisi: «Con un'ulteriore complicanza etica: quando non ci sono risorse sufficienti, bisogna scegliere chi curare; però non ci si basa sull'età anagrafica della persona, bensì sulla valutazione di chi, approfittando dei letti in cure intensive, guadagna di più rispetto a chi ne trarrebbe solamente sofferenza». Un dilemma sempre esistito nella medicina intensiva, che dipende pure molto dal rapporto di fiducia reciproca che si instaura fra famiglia, se il paziente non è in grado di discernere, e medici (e anche dalla fiducia riposta dalla società nelle sue strutture sanitarie)».

L'età anagrafica non è dunque un criterio di esclusione dalle cure: «Anche se è onesto sottolineare che l'età avanzata indirettamente fa parte dei criteri di gravità clinica a causa delle relative comorbidità che vanno però valutate individualmente: gli ultraottantenni hanno comunque una polipatologia più grave di chi è più giovane (ipertensione, diabete, problemi cardiocircolatori e patologie senili molto più frequenti)». La percezione delle linee guida relative al triage da parte del personale medico attivo nei reparti di cure intense, insieme all'impatto psicologico delle misure di restrizione delle libertà personali e la loro proporzionalità (con particolare attenzione alla fascia degli anziani sani e di quelli residenti nelle case di cura) è tema di due studi in corso da parte della Fondazione Sasso Corbaro.

Sull'impatto del confinamento degli anziani nelle case di riposo Malacrida dice: «Lo scrittore Edoardo Albinati insegna nelle carceri e ha osservato come i carcerati che vi restano a lungo vivono solo la dimensione della misera cella e dei corridoi stretti. Per questo, faticano a vedere lontano. Ho pensato che anche un anziano che vive in una camera, isolato per molte settimane, si trova nella stessa situazione e potrebbe sviluppare una sindrome simile». Il dilemma si gioca tra rispettare le giustificate direttive delle autorità ed essere così bravi da riuscire a individuare le eccezioni intelligenti per venire in aiuto a chi più ne ha bisogno. «Pensiamo anche ai famigliari a cui dare la possibilità di accompagnare il proprio caro soprattutto durante il suo fine-vita, affinché gli siano di conforto e a loro volta non soffrano di un ricordo ancora più doloroso. A livello di regole e confinamento emerge nuovamente che il dato anagrafico "non deve essere l'elemento di discriminazione"». Perché si può morire anche di solitudine.

