Riflettendo sui criteri dei triages clinici al tempo dell'epidemia da COVID-19

In questo difficilissimo momento – in piena pandemia da COVID-19 – la restrizione delle risorse mediche, la cui disponibilità negli ultimi anni è stata progressivamente erosa in termini di strumentazione e personale, fa sentire il suo peso. E in alcune località si arriva a discutere anche di come e con quali criteri si dovrà scegliere un domani, qualora ciò divenisse inevitabile, se fornire terapia intensiva, con la necessità di mezzi e personale relativi, quando i malati saranno tanti e le risorse poche.

A questo ci spronano, ad esempio, le recenti linee guida statunitensi. Negli Stati Uniti, dove si sta affrontando la prima ondata della terribile e drammatica epidemia legata alla diffusione di Covid-19, si è già deciso chi avrà accesso alle cure intensive e chi no. Nel paese in cui coloro che non hanno un'assicurazione privata sono lasciati al loro destino, si è ora deciso chi scegliere di salvare dalle complicazioni del nuovo coronavirus. La prima potenza globale offre al mondo questa immagine di sé agghiacciante, passando in pochi giorni dalla negazione dell'emergenza globale, alla selezione della specie. Come racconta Elena Molinari su Avvenire, più di 10 Stati, infatti, hanno fornito ai medici criteri-guida per prendere la decisione più difficile, ovvero chi attaccare al respiratore e chi no, a chi dare un'aspettativa di vita e a chi negarla. Elenchi che si basano, nella maggior parte dei casi, su inquietanti discriminazioni. I criteri includono considerazioni intellettuali o discriminatorie nei confronti delle persone con disabilità. L'Alabama, senza alcuna esitazione o vergogna, dichiara che "le persone con disabilità mentali sono candidati improbabili per il supporto respiratorio", mentre il Maryland o la Pennsylvania sostengono

che coloro che soffrono di “gravi disturbi neurologici” hanno diritto solo dopo gli altri ad accedere al trattamento salvavita. In Tennessee le persone con SMA (Atrofia Muscolare Spinale) devono essere “escluse” dalla terapia intensiva. Ma l’elenco è lungo e spaventoso perché, in realtà, esclude le persone con disabilità dall’accesso al trattamento, considerandole meno importante delle altre. Vite minori. Vite sacrificabili in caso di emergenza e risorse scarse.

Ma criteri analoghi sono applicati anche in Stati in cui l’assistenza sanitaria è erogata secondo altri modelli. Ad esempio in Inghilterra vengono inclusi nell’elenco delle persone da rianimare solo in seconda battuta, cioè preferendo ad essi altri pazienti, i soggetti con disabilità cognitiva e i pazienti con autismo. Mentre il Comitato Nazionale di Etica francese solleva il problema, senza però dare indicazioni per la scelta della rianimazione in casi di penose scelte dovute a carenza di mezzi rianimatori. Il Comitato di Bioetica spagnolo invece è più garantista: “Si bien en un contexto de recursos escasos se puede justificar la adopción de un criterio de asignación basado en la capacidad de recuperación del paciente, en todo caso se debe prevenir la extensión de una mentalidad utilitarista o, peor aún, de prejuicios contrarios hacia las personas mayores o con discapacidad. El término “utilidad social” que aparece en alguna de las recomendaciones publicadas recientemente nos parece extremadamente ambiguo y éticamente discutible, porque todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana”. In Olanda, invece, i medici di famiglia chiedono ai loro pazienti anziani di firmare preventivamente un documento che illustri cosa vorrebbero in caso fossero colpiti da coronavirus: una lunga intubazione o l’astensione dalle cure.

Da noi, in Italia, la SIAARTI (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) ha pubblicato un documento intitolato “*Raccomandazioni di etica clinica per*

l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili" in cui si spiega che "come estensione del principio di proporzionalità delle cure, l'allocazione in un contesto di grave carenza (*shortage*) delle risorse sanitarie deve puntare a garantire i trattamenti di carattere intensivo ai pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico: si tratta dunque di privilegiare la "maggior speranza di vita". Il bisogno di cure intensive deve pertanto essere integrato con altri elementi di "idoneità clinica" alle cure intensive, comprendendo quindi: il tipo e la gravità della malattia, la presenza di comorbidità, la compromissione di altri organi e apparati e la loro reversibilità. Questo comporta di non dover necessariamente seguire un criterio di accesso alle cure intensive di tipo "first come, first served"". Tuttavia, aggiunge: "È implicito che l'applicazione di criteri di razionamento è giustificabile soltanto dopo che da parte di tutti i soggetti coinvolti (in particolare le "Unità di Crisi" e gli organi direttivi dei presidi ospedalieri) sono stati compiuti tutti gli sforzi possibili per aumentare la disponibilità di risorse erogabili (nella fattispecie, letti di terapia intensiva) e dopo che è stata valutata ogni possibilità di trasferimento dei pazienti verso centri con maggiore disponibilità di risorse".

Proprio da questo ultimo punto vogliamo partire per fare alcune osservazioni. Non siamo ingenui e sappiamo bene che ci sono momenti tragici della vita, come carestie, guerre, epidemie e attentati, in cui non si può pensare di salvare tutti, e questo è un cruccio generale. Tuttavia ci sono alcuni aspetti che riteniamo debbano essere tenuti saldi.

Non si può far vivere o morire o dare differente trattamento intensivo sulla base della presenza di disabilità mentale o disabilità fisica. Certamente, in caso di emergenza – ad es. nel caso estremo di avere un solo ventilatore per due pazienti -, il medico sarà tenuto a operare una scelta. Ritornando

all’esempio citato, la prima responsabilità del medico e dello staff dirigente sarà di verificare alcune cose: se è possibile reperire un altro ventilatore in tempi ragionevoli, se è possibile trasferire in sicurezza il paziente ad altro ospedale e se è possibile fornire uno dei due di un presidio ventilatorio diverso anche se meno efficace dal ventilatore standard. Questo primo approccio è fondamentale, perché sarebbe controproducente affidarsi ad un protocollo rigido oppure prendere decisioni senza aver cercato tutte le alternative. Nel caso di dover obbligatoriamente operare una scelta – cosa peraltro assai rara -, si dovrà agire preferendo fornire l’unico ventilatore disponibile a chi non ne risente svantaggio, o a chi è più ragionevole che ne riporterà un vantaggio in termini di sopravvivenza. In tutti gli altri casi, non si può valutare *a priori* che una vita umana sia più degna di essere vissuta di un’altra. Si potrà dire che è istintivamente più facile preferire un giovane ad un vecchio o un sano ad un malato cronico, ma l’istinto in questi casi è fuorviante. Dovrà essere il medico e lo staff dirigenziale a prendere la decisione ultima sulla base del colloquio col paziente o con i suoi tutori e del suo reale stato clinico. Anche in questo caso l’alleanza terapeutica sarà la strategia vincente. Ma la base della scelta che si può e si deve protocollare è unicamente quella che si riferisce a due punti inevitabili: evitare svantaggi al paziente (ovvero prolungare sofferenze non evitabili) e dare vantaggi (preferire chi è più verosimile che possa sopravvivere). Per essere chiari, con il primo punto (evitare sofferenze non evitabili) si intende che, se per qualche motivo l’intubazione e il sostegno ventilatorio dovessero aggravare lo stato di sofferenza del paziente, essi sarebbero da proscrivere. La cosa massimamente contraria all’esercizio della medicina è affidare tutta la gestione di un paziente o di un ospedale a dei protocolli rigidi; è vero che uno può sentirsi più garantito, ma è anche vero che si rischia di perdere di vista la peculiarità del singolo paziente, e – infine – di rendere “pigro” il curante che, di fronte a scelte già confezionate, può trovare semplice saltare

il primo passaggio, quello fondamentale, cioè cercare le alternative per salvare la vita del paziente, di ciascun paziente.

La scelta dunque dovrà passare non per freddi e rigidi protocolli scelti aprioristicamente, ma essere elaborata al letto di ciascun malato, ognuno diverso e unico, dove si dovranno realizzare scelte condivise. La drammaticità della situazione non può giustificare soluzioni semplificatorie, che possano far pensare, o aprire la strada, a comportamenti di selezione a priori tra categorie di malati. La vicenda del coronavirus non deve davvero essere utilizzata per dare una parvenza di eticità, anche per il futuro, a prospettive di questo genere. Del resto, i medici in prima linea hanno continuato a ripetere, in questi giorni, che le valutazioni di futilità o comunque di proporzionalità circa l'utilizzo delle risorse sanitarie disponibili sono riferite, caso per caso, all'insieme delle condizioni di salute di una data persona, e non ad un solo fattore (per esempio l'età) discriminante.

Scienza & Vita, condividendo queste brevi riflessioni, intende ancora una volta contribuire ad un più approfondito dibattito pubblico su un tema così delicato e complesso, nell'auspicio che si possano sviluppare ampie convergenze etiche ed operative, incentrate sul riconoscimento e la tutela della dignità di ciascuna persona umana.