



The **NEW ENGLAND JOURNAL** of MEDICINE

Perspective

Dal New England Journal of Medicine | 23 marzo 2020

IL TRIAGE PIÙ ARDUO –ASSEGNARE I VENTILATORI IN UNA PANDEMIA

di Robert D. Truog, M.D., Christine Mitchell, R.N., and George Q. Daley, M.D., Ph.D.

La pandemia da Covid-19 ha portato a gravi carenze di molti beni e servizi essenziali, dai disinfettanti per le mani e mascherine ai letti di Terapia intensiva e ventilatori. Anche se il razionamento non è un fatto senza precedenti, mai prima d'ora il pubblico americano si era misurato con il pensiero di dover razionare beni e servizi medici su larga scala.

Fra tutti i presidi di cura che devono essere razionati, il più problematico è la ventilazione meccanica. Molti Paesi – ma non ancora gli Stati Uniti – hanno già provato cosa significa avere scarsità di ventilatori. Gli ospedali per acuti negli Stati Uniti dispongono di circa 62 mila ventilatori completi di ogni funzionalità e 98 mila ventilatori di base, con un'aggiunta di altri 8900 nell'Ufficio dell'assistente segretario per la preparazione e risposta delle scorte strategiche nazionali. I Centers for Disease Control and Prevention calcolano che dai 2.4 ai 21 milioni di americani dovranno essere ospedalizzati durante la pandemia, e l'esperienza italiana dimostra che dal 10 al 25% dei pazienti ospedalizzati deve essere sottoposto a ventilazione, in alcuni casi per diverse settimane.

In base a queste stime il numero di pazienti da ventilare potrebbe variare tra 1.4 e 31 per ogni ventilatore. La necessità di razionare i ventilatori dipenderà dalla velocità della pandemia e da quanti pazienti avranno bisogno di essere ventilati nello stesso momento, ma molti analisti avvertono che il rischio è alto.

Anche la scarsità di altri beni e servizi può portare a decessi, ma nella maggior parte dei casi i risultati peggiori sono frutto dell'effetto combinato di una moltitudine di carenze.

La ventilazione meccanica è qualcosa di diverso. Quando la respirazione dei pazienti peggiora al punto da rendere necessario l'impiego di un ventilatore, in genere c'è una finestra di tempo limitata in cui possono essere salvati. E quando l'apparecchiatura viene tolta a pazienti che sono completamente dipendenti dal ventilatore, di solito muoiono nell'arco di pochi minuti. A differenza delle decisioni su altre terapie di sostegno vitale, spesso la scelta di iniziare o terminare la ventilazione meccanica è davvero una questione di vita o di morte.

Molti paesi hanno sviluppato strategie di razionamento in caso di pandemia. Le New York Guidelines puntano a salvare più vite possibili, basandosi sulla probabilità che il paziente sopravviva a breve termine all'episodio acuto. La suddivisione è realizzata da un ufficiale di triage o da un comitato di triage composto da persone che non hanno responsabilità cliniche sulla cura del paziente. Il triage si svolge in tre fasi: applicazione di criteri di esclusione, come lo shock irreversibile; valutazione del rischio di mortalità con l'impiego della scala Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), per determinare la priorità nell'iniziare la ventilazione; ripetizione delle valutazioni nel corso del tempo, in modo che ai pazienti che non migliorano possa essere tolto il ventilatore, per renderlo disponibile a beneficio di altri pazienti.

In previsione della necessità di suddividere i ventilatori tra i pazienti che ne possono trarre maggiore vantaggio, i medici dovrebbero prendere l'iniziativa e confrontarsi con malati e famiglie riguardo all'ordine di non intubare nei gruppi di pazienti ad alto rischio prima che la loro salute peggiori. Una volta che i pazienti sono stati attaccati alla ventilazione meccanica, la decisione di levarla è particolarmente angosciante.

Meno di cinquant'anni fa i medici sostenevano che togliere la ventilazione era come un omicidio, proibito sotto il profilo legale ed etico. Oggi staccare il ventilatore è la causa diretta di morte più comune per i pazienti in Terapia intensiva, e spegnerlo su richiesta del paziente o di un suo rappresentante è considerato un dovere etico e legale.

La possibilità di rimuovere la ventilazione contro la volontà del paziente o del suo rappresentante, invece, è prevista solo negli stati e negli ospedali che consentono al medico di staccare i supporti vitali quando sono ritenuti inutili.

Né l'una né l'altra condizione possono giustificare la decisione di togliere i ventilatori durante una pandemia, per metterli a disposizione di altri pazienti: si tratta infatti di una scelta che non viene fatta su richiesta del paziente o del suo rappresentante, e non si può dire che il trattamento sia inutile. Anche se le possibilità di sopravvivere sono esigue, se non ci si trovasse in una pandemia la ventilazione meccanica verrebbe proseguita.

Questa modalità di razionamento può non essere insolita in Paesi che tragicamente si scontrano con carenze croniche di supporti essenziali per la Terapia intensiva, ma è qualcosa senza precedenti per la maggior parte dei medici che lavorano in Paesi dotati di risorse adeguate. Le cronache dall'Italia descrivono i medici "che piangono nei corridoi dell'ospedale, schiacciati dalle scelte che sono costretti a fare".

Non va sottostimata l'angoscia provata dai medici, quando viene loro chiesto di togliere i ventilatori per motivi che non hanno nulla a che vedere con il benessere dei loro pazienti. Per alcuni può portare a un logorio snervante e invalidante.

Una strategia per evitare questo tragico risultato è affidarsi a un comitato di triage, in grado di proteggere i medici dal potenziale danno. Un simile comitato dovrebbe essere composto da volontari che sono clinici autorevoli e leader fra i loro colleghi e nella comunità medica.

Il vantaggio di questo approccio è che permette a medici e infermieri che si prendono cura dei pazienti di mantenere i loro ruoli tradizionali di rappresentanti fiduciari, con l'opportunità di appellare la decisione iniziale del comitato, quando risulta appropriata.

Lavorando insieme per assicurare decisioni coerenti e imparziali nei diversi gruppi di pazienti, i membri del comitato dispongono anche della necessaria flessibilità per considerare elementi che possono essere unici in una data situazione.

Al mutare delle circostanze, e all'aumentare o diminuire della disponibilità di ventilatori, il comitato può inoltre modulare i propri criteri di distribuzione per assicurare gli esiti migliori.

Quando un ospedale deve assumersi il ruolo inevitabile e tragico di prendere decisioni che possono danneggiare alcuni pazienti, l'intervento del comitato sposta il peso di queste scelte dal singolo individuo per distribuirne il carico su tutti i membri del comitato, che ha la responsabilità più ampia di salvare più vite possibile.

Oltre a sollevare i medici di reparto dalla responsabilità delle decisioni di triage, il comitato dovrebbe anche assumersi il compito di comunicare le decisioni alla famiglia. Ad animare i clinici può essere il tentativo di confortare la famiglia, spiegando che non si procede alla ventilazione meccanica perché sarebbe infruttuosa, e rassicurando che è stato fatto tutto il possibile. Ma per quanto a fin di bene, queste spiegazioni approssimative alla fine possono indebolire la fiducia dei cittadini. Affidare al comitato la comunicazione di queste decisioni garantirebbe un messaggio chiaro e preciso, e aiuterebbe ad evitare confusione o fraintendimenti.

Analogamente ai medici, infermieri o terapisti della respirazione che si prendono cura del paziente non dovrebbe essere chiesto di effettuare il distacco della ventilazione meccanica. Dovrebbero piuttosto essere supportati da un team con esperienza nelle cure palliative e nel sostegno emotivo di pazienti e famiglie, disponibile a svolgere questo compito. Il dolore e la sofferenza nel fine vita possono essere tenuti sotto controllo, e questi pazienti meritano il meglio che le cure palliative possono offrire.

Nelle settimane a venire ai medici negli Stati Uniti potrà essere chiesto di prendere decisioni con cui non si sono mai misurati prima, e alle quali molti di loro non sono preparati.

Alcune persone potranno stigmatizzare i comitati di triage come "giurie di morte", in realtà sarebbero esattamente l'opposto – il loro obiettivo è salvare più vite possibile in tempi di crisi senza precedenti. La creazione e l'impiego di comitati di triage, al corrente dell'esperienza dell'attuale pandemia e di preve raccomandazioni scritte, può aiutare a mitigare l'enorme carico di tipo emozionale, spirituale ed esistenziale cui gli operatori sanitari possono essere esposti.