

COVID-19 IL TRIAGE PIÙ DIFFICILE

Assegnare i ventilatori in corso di epidemia

In tutti i Paesi colpiti da epidemia da COVI-19 si è evidenziata l'insufficiente disponibilità di mezzi di protezione individuale, di letti di terapia intensiva e di ventilatori. Il fabbisogno di ventilatori dipende dall'andamento dell'epidemia e da quanti pazienti in contemporanea hanno necessità di essere ventilati. In Italia il 10-25% degli ospedalizzati ha richiesto ventilazione, in alcuni casi per numerose settimane.

In situazioni in cui vengono a mancare beni e servizi, il rischio di morte in gran parte dipende dagli effetti combinati di tali carenze; nel caso di pazienti la cui respirazione peggiora tanto da richiedere ventilazione, si restringe di molto il periodo entro cui il paziente può essere salvato. E ancora, se la macchina è sottratta ad un paziente completamente dipendente, la morte arriva in pochi minuti. Pertanto, a differenza di altre situazioni di supporto alla vita, quelle che fanno riferimento alla scelta di iniziare o di interrompere la ventilazione sono scelte di vita o di morte.

In vista o in corso di epidemie, tutti i Paesi adottano misure di razionalizzazione delle risorse. Per esempio, le Linee Guida di New York si basano sulla probabilità del paziente di sopravvivere nel breve termine in presenza di una condizione clinica acuta. Il triage, effettuato da un referente o da un Comitato composto da persone che non hanno responsabilità clinica sulle cure, applica criteri di esclusione e procede in 3 step; si valutano la presenza di shock irreversibile, il rischio di morte utilizzando SOFA score per decidere sull'avvio della ventilazione; si effettuano ripetute valutazioni temporali in modo da sospendere la ventilazione nel caso di mancato miglioramento, rendendo disponibile il ventilatore per un altro paziente.

In corso di pandemia, sospendere la ventilazione per destinarla ad un altro paziente non è giustificato, sia che lo richieda il paziente o i famigliari, sia per decisione del medico nel caso la giudicasse inutile; peraltro, anche quando le chances di sopravvivenza sono basse e non si è in una condizione di pandemia, la ventilazione dovrebbe essere mantenuta.

La pandemia da COVI-19 ha prodotto un'improvvisa e tragica scarsità di risorse nelle Terapie Intensive, costringendo i medici ad affrontare scelte mai prima fatte nella loro vita lavorativa e per le quali non sono preparati. Tale situazione può procurare un grave stato di stress, e non deve essere sottovalutata.

Una strategia per ovviare a tale condizione potrebbe essere quella di coinvolgere nel triage medici volontari, rispettati e riconosciuti leader da loro pari, oltre che a livello della comunità medica. Questo tipo di approccio permetterebbe al personale medico e infermieristico di mantenere il proprio ruolo tradizionale, oltre che di poter far ricorso in caso di scelte inappropriate da parte del Comitato. Inoltre, lo stesso Comitato dovrebbe avere il compito di comunicare con la famiglia, affinché ogni informazione sia univoca e chiara, e siano evitati confusione e malintesi.

La creazione di un Comitato per il triage, forte dell'esperienza maturata nel corso dell'attuale pandemia, può aiutare a mitigare l'enorme peso emotivo, spirituale, esistenziale cui è esposto l'operatore sanitario. Su questo argomento esistono tuttavia opinioni contrastanti ed è necessaria un'approfondita valutazione etica.

Dott. Maria Luisa Soranzo
10 aprile 2020

Riferimenti

Truog RD, Mitchell C, Daley GQ. The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689>