



The **NEW ENGLAND JOURNAL** of **MEDICINE**

Perspective

Dal New England Journal of Medicine | 18 marzo 2020

AFFRONTARE COVID-19 IN ITALIA – ETICA, LOGISTICA E TERAPIE SULLA PRIMA LINEA DELL'EPIDEMIA

di Lisa Rosenbaum, M.D.

Alcune settimane fa il dottor D., primario di mezza età alla guida della Cardiologia di uno dei più grandi ospedali del Nord Italia, iniziò ad avere la febbre. Temendo di avere contratto Covid-19, chiese di fare il tampone, ma gli fu risposto che non c'erano abbastanza test disponibili per chi non aveva avuto un'esposizione dimostrata con una persona infetta.

Gli fu quindi suggerito di rimanere a casa finché la febbre non fosse passata. Passati sei giorni ritornò al lavoro, ma cinque giorni dopo tornò una febbre leggera, e presto iniziò ad avere la tosse. Di nuovo si mise in quarantena nel seminterrato della sua casa per non mettere a rischio la sua famiglia.

Con la metà dei mille letti del suo ospedale occupati da pazienti con Covid-19, il dottor D., che alla fine ha ricevuto l'esito positivo del tampone il 10 marzo, sa di essere fortunato.

Dai 60 ai 90 pazienti con sintomi indicativi di Covid-19 si sono presentati ogni giorno al Pronto soccorso del suo ospedale. Si è tentata la ventilazione non invasiva nel maggior numero possibile, ma la rapidità del peggioramento respiratorio nei pazienti più severi, compresi alcuni giovani, è stata impressionante e spesso imprevedibile.

«Non c'è alcuna bibbia predittiva che ti possa aiutare», mi ha detto il dottor D. Questa incertezza non ha fatto altro che accrescere l'agonia delle decisioni impossibili con cui i medici si stavano misurando. «Dobbiamo decidere chi può andare avanti», mi ha detto.

Il dottor D. è uno dei tre medici con cui ho parlato, che si stanno prendendo cura dei malati nel Nord Italia, maggiormente colpito dalle migliaia di infezioni confermate da Coronavirus nel Paese e, secondo i dati della metà di marzo, da più di mille morti.

Nonostante la natura catastrofica dell'epidemia lombarda sia stata ampiamente pubblicizzata, quando abbiamo parlato tutti e tre hanno chiesto l'anonimato, in base alle indicazioni che avevano ricevuto.

Il dottor L., componente del team medico in un altro ospedale, aveva ricevuto una comunicazione dall'ospedale che proibiva di fare interviste, per evitare di creare ulteriore allarme pubblico. Malgrado tutto - come lui ha rimarcato - minimizzando il fatto che la gravità della situazione avesse

conseguenze letali. «I cittadini non accetteranno le misure restrittive – ha detto – se non si dice loro la verità».

Questa verità è piuttosto triste. Sebbene il sistema sanitario italiano abbia un'ottima reputazione e disponga di 3.2 letti ospedalieri ogni mille persone (a confronto dei 2.8 degli Stati Uniti), è stato impossibile soddisfare le necessità di così tanti pazienti in condizioni critiche simultaneamente.

Gli interventi di chirurgia elettiva sono stati cancellati, le procedure semielettive rimandate, e le sale operatorie trasformate in Unità di terapia intensiva di fortuna. Con tutti i letti occupati, i corridoi e le zone amministrative sono fiancheggiati da pazienti, alcuni dei quali in ventilazione non invasiva.

Come curare questi pazienti? Oltre al supporto ventilatorio per le gravi polmoniti interstiziali che si sviluppano, la terapia è empirica, anche se si stanno provando lopinavir–ritonavir, cloroquina e talvolta steroidi ad alte dosi.

E come prendersi cura di pazienti che si presentano con malattie non collegate? Anche se gli ospedali stanno cercando di creare unità Covid-19 dedicate, è difficile proteggere gli altri pazienti dal rischio di esposizione. Il dottor D. mi ha detto, ad esempio, che in almeno cinque pazienti, che erano stati ricoverati nel suo ospedale per infarto miocardico, si presumeva che fossero stati infettati da Covid-19 durante l'ospedalizzazione.

Se proteggere i pazienti è difficile, lo stesso vale per gli operatori sanitari, compresi infermieri, pneumologi e chi ha il compito di pulire le stanze tra un paziente e l'altro. Mentre parlavamo, il dottor D. era uno dei sei medici della sua divisione ad avere una sospetta infezione da Covid-19. Dati i ritardi nei tamponi e la proporzione di persone contagiate che rimangono asintomatiche, è troppo presto per sapere il grado di infezione tra i caregiver. E sono proprio queste circostanze che rendono così difficile tenere sotto controllo i contagi.

«L'infezione è ovunque in ospedale», mi diceva il dottor D. «Nonostante indossi equipaggiamento protettivo e fai il meglio che puoi, non puoi controllarla».

La sfida – suggeriva – più che avere a che fare col prendersi cura dei pazienti con malattie critiche collegate a Covid-19, nelle cui stanze i medici sono difesi da corredo protettivo, riguarda le molte altre attività giornaliere degli operatori sanitari: toccare computer, salire in ascensore, vedere i pazienti ambulatoriali, consumare il pranzo.

La quarantena obbligatoria dei lavoratori infetti, anche quelli con disturbi leggeri, risulta critica per il controllo dell'infezione. Ma non tutti i caregiver sono ugualmente vulnerabili da una malattia grave, e la carenza di forza lavoro deve essere gestita in qualche modo. Un giovane assistente, il dottor S., mi diceva che nel suo ospedale i giovani medici sono in prima linea, firmano per turni extra e lavorano fuori dalle loro specialità. Nondimeno, descrive lo slancio fra i suoi colleghi più anziani nel farsi avanti. «Puoi vedere la paura nei loro occhi – dice – ma vogliono essere d'aiuto».

Qualsiasi paura questi operatori sanitari potessero nutrire circa la loro stessa salute, ciò che trovavano molto più insopportabile era vedere la gente morire perché i vincoli alle risorse limitavano la disponibilità di supporti ventilatori.

Questo razionamento era così contrariante che esitavano a descrivere come queste decisioni venivano prese. Il dottor S. offriva uno scenario ipotetico riguardante due pazienti con insufficienza respiratoria, uno di 65 anni e l'altro di 85, con patologie coesistenti. Con un solo ventilatore disponibile, è il 65enne a venire intubato. Il dottor D. mi diceva che il suo ospedale stava anche valutando, in aggiunta al numero di comorbidità, la gravità dell'insufficienza respiratoria e la probabilità di sopravvivere a una intubazione prolungata, con l'intenzione di destinare le risorse limitate a quelli che possono sia ottenere il maggiore beneficio che avere la più alta probabilità di sopravvivere.

Ma benché gli approcci variassero perfino all'interno di un unico ospedale, ho avuto la percezione che all'età veniva dato spesso il peso maggiore. Ho sentito una storia, ad esempio, su un ottantenne che era in forma fino a quando non ha sviluppato l'insufficienza respiratoria correlata a Covid-19. E' morto perché non gli poteva essere offerta la ventilazione meccanica. Nonostante il sistema sanitario lombardo, che può contare su importanti risorse, abbia ampliato la possibilità di offrire assistenza in area critica il più possibile, non c'erano abbastanza ventilatori per tutti i pazienti che ne avevano bisogno. «Non c'è modo di trovare un'eccezione – mi diceva il dottor L. – Dobbiamo decidere chi deve morire e chi possiamo tenere in vita».

A contribuire alla scarsità di risorse è l'intubazione prolungata di cui necessitano molti di questi pazienti per guarire dalla polmonite – spesso dai 15 ai 20 giorni di ventilazione meccanica, con diverse ore passate in posizione prona e poi, tipicamente, un lento “svezzamento” dal ventilatore.

Nel mezzo del picco epidemico nel Nord Italia, per quanto i medici si sforzassero di far perdere ad alcuni pazienti la dipendenza dai ventilatori mentre altri sviluppavano un grave scompenso respiratorio, gli ospedali hanno dovuto abbassare la soglia di età – da 80 a 75 in un ospedale, per esempio.

Sebbene i medici con cui ho parlato non fossero chiaramente responsabili per la crisi delle disponibilità, tutti sembravano estremamente a disagio quando veniva chiesto loro di descrivere come queste scelte di razionamento venissero realizzate.

Le mie domande sono state accolte con silenzio – o l'esortazione a concentrarsi totalmente sulla necessità di prevenzione e distanziamento sociale. Quando ho incalzato il dottor S., ad esempio, per sapere se limiti basati sull'età venissero impiegati per assegnare i ventilatori, alla fine ha ammesso quanto si vergognasse a parlare di questo. «Non è una bella cosa da dire», mi ha detto. «Spaventerà un sacco di persone».

Il dottor S. non era certo l'unico. L'agonia di queste decisioni ha spinto diversi dei medici della regione a cercare un sostegno di tipo etico.

In risposta, la Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI) ha pubblicato delle raccomandazioni, sotto la direzione di Marco Vergano, un anestesista che guida la commissione etica di SIAARTI. Vergano, che ha lavorato sulle raccomandazioni mentre si prendeva cura di pazienti critici in Terapia intensiva, ha detto che la commissione sollecita “ragionevolezza clinica” e ciò che definisce un approccio “di lieve utilitarismo” davanti alla scarsità di risorse.

Nonostante le linee guida non indichino che l'età debba essere l'unico fattore che determina la distribuzione di risorse, il gruppo di lavoro ha riconosciuto che possa essere necessario, in ultima analisi, porre un limite d'età per l'ammissione alla Terapia intensiva.

Spiegando il razionale delle raccomandazioni, Vergano ha descritto come sia difficile per le persone fragili e anziane sopravvivere alla prolungata intubazione, necessaria per riprendersi dalla polmonite correlata al Covid-19.

Per quanto straziante da ammettere, in circa una settimana di picco epidemico è divenuto chiaro che ventilare pazienti che era estremamente improbabile potessero sopravvivere significava negare il supporto ventilatorio a molti che potevano farcela.

Nondimeno, anche nelle circostanze più disperate, il razionamento è spesso meglio tollerato quando viene fatto silenziosamente. Certo, le linee guida etiche sono state ampiamente criticate. Il gruppo di lavoro è stato accusato di discriminazione nei confronti degli anziani, e i critici hanno insinuato che la gravità della situazione era stata esagerata, e che Covid-19 non era molto peggio dell'influenza.

Sebbene per i dilemmi etici, per definizione, non ci sia una risposta giusta, se e quando altri sistemi sanitari si troveranno ad affrontare simili decisioni di razionamento, la reazione negativa della società sarà inevitabile?

Al fine di creare una cornice etica per una distribuzione di risorse che rifletta le priorità della società, Lee Biddison, un intensivista del Johns Hopkins, ha condotto dei focus group in giro per il Maryland per discutere le preferenze dei membri della comunità. Il documento che ne è scaturito, pubblicato nel 2019 e intitolato “Troppi pazienti ... Una cornice per orientare l’allocazione in tutto lo stato di scarsi apparecchi per la ventilazione meccanica durante catastrofi” – evidenziando che “un’influenza pandemica simile a quella del 1918 richiederebbe una portata di Terapie intensive e ventilazione meccanica significativamente più ampia di quanto è disponibile” – enfatizza principi etici simili a quelli del gruppo di lavoro italiano.

I partecipanti sembravano dare maggior valore a salvare persone con le possibilità maggiori di una sopravvivenza a breve termine, seguite dal salvare quelli che, grazie a una relativa mancanza di condizioni coesistenti, hanno possibilità più alte di una sopravvivenza a lungo termine. Sebbene l’input dei partecipanti suggerisse che l’età non doveva essere il criterio primario, o l’unico, per l’assegnazione di risorse, la gente riconosceva anche che c’erano circostanze nelle quali “può essere appropriato considerare le fasi della vita nel prendere decisioni”.

A prescindere dalla cornice etica, se dovesse verificarsi questa scarsità di risorse, ci sono molti scenari che ancora sembrerebbero moralmente insostenibili, particolarmente alla luce di un’accresciuta incertezza prognostica.

Togliereste il ventilatore da un paziente che sta avendo un percorso difficile, per esempio, per darlo a un altro nel bel mezzo di uno scompenso iniziale? Intubereste di preferenza un 55enne in salute più di una giovane madre con cancro al seno la cui prognosi è ignota?

Nello sforzo di affrontare tali dilemmi, Biddison e colleghi hanno anche proposto tre principi in materia di procedure che sembravano imperativi quanto quelli etici.

Il primo e più importante è separare i medici che curano da quelli che prendono le decisioni al triage. Il “funzionario di triage”, sostenuto da un team con esperienza nell’assistenza infermieristica e nella terapia respiratoria, prende le decisioni circa l’assegnazione delle risorse e le comunica all’équipe medica, al paziente e alla famiglia.

Secondo, queste decisioni dovrebbero essere revisionate regolarmente da un comitato di vigilanza centralizzato a livello statale, per assicurare che non ci siano iniquità inopportune.

Terzo, l’algoritmo di triage dovrebbe essere regolarmente riesaminato in base all’evoluzione della conoscenza sulla malattia. Se noi decidessimo di non intubare pazienti con Covid-19 per più di dieci giorni, per esempio, ma poi imparassimo che questi pazienti hanno bisogno di 15 giorni per guarire, dovremmo cambiare i nostri algoritmi.

Unificare tutti questi principi, sia etici che pragmatici, è il riconoscimento che solo con trasparenza e inclusività si può ottenere pubblica fiducia e cooperazione. In tutto il mondo – dai medici cinesi cui è stato messo il bavaglio, alle false promesse di testare le disponibilità negli Stati Uniti, al rifiuto di dichiarare il razionamento di risorse in Italia – stiamo vedendo che negare è fatale.

Il punto in cui la prontezza si dissolve nel panico sarà sempre dipendente dal contesto. Ma la tragedia che sta vivendo l’Italia rafforza la saggezza di molti esperti di salute pubblica: il migliore risultato di questa pandemia sarebbe essere accusati di essersi troppo preparati.