

Marco Vergano

E' anestesista rianimatore all'Ospedale San Giovanni Bosco di Torino e Coordinatore del Gruppo di Studio di Bioetica della **SIAARTI**(Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva) che ha pubblicato le 15 raccomandazioni per i medici in prima linea per l'emergenza coronavirus.

Un documento tecnico "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"
(<http://www.siaarti.it/News/comunicato%20raccomandazioni%20di%20etica%20clinica%20siaarti.aspx>)

Si tratta di un documento che SIAARTI ha diffuso e pubblicato integralmente e senza alcuna restrizione, pur essendo indirizzato a colleghi ed esperti: è un testo finalizzato a fornire un supporto agli anestesisti-rianimatori attualmente impegnati a gestire in prima linea una maxi-emergenza che non ha precedenti per caratteristiche e proporzioni.

Un documento che ha avuto una forza dirompente nel dibattito bioetico attuale.

Tempo fa, anche la celebre conduttrice americana Oprah Winfrey ha postato un video del dott. Vergano, per far capire al mondo intero l'emergenza sanitaria che il paese sta vivendo.

IL MEDICO: L'ETICA, L'UOMO

(Intervista rilasciata il 22 aprile 2020)

In questo periodo, quanto il ruolo di medico si è andato a sovrapporre alla persona?

Faccio fatica a distinguere le due cose. Questi sono i giorni in cui sto uscendo dalla fase più acuta.

Stiamo riaprendo l'ospedale ai pazienti non Covid. Nel mio caso per più di un mese non c'è stata distinzione tra la vita dentro l'ospedale e quella fuori. Siamo arrivati ad aprire quattro terapie intensive e solo adesso torniamo a tre, ma prima di tornare a una ci vorranno mesi, si parla addirittura del 2021.

Questo ci ha costretto a lavorare sempre e, anche il giorno in cui sei a casa, sei comunque sempre connesso con l'ospedale.

Dopo la pubblicazione delle raccomandazioni SIAARTI, c'è una sorta di fronte aperto, possiamo definirlo così?

Sì. Sono stati spesi fiumi di inchiostro, ne hanno parlato il New York Times, il Lancet e molti altri. Questo ci ha imposto di uscire dopo alcuni giorni con una versione ufficiale in inglese perché il rischio di traduzioni non corrette era alto. C'è stato uno sdoppiamento di reazioni: da una parte il mondo accademico, dall'altra la stampa generalista che ha avuto reazioni piuttosto violente in alcuni casi.

Siete stati accusati di essere incostituzionali...

Siamo stati accusati di essere discriminatori, ageisti e incostituzionali ma è successo ovunque nel mondo, quando qualcuno di noi ha detto: rendiamoci conto che abbiamo pochi posti rispetto a quella che potrebbe diventare la richiesta. Negli USA stimavano tra 1,5 pazienti per letto di terapia intensiva fino a 31 pazienti, quindi scelte di allocazione in alcuni casi con criteri drammatici. Le decisioni implementate hanno permesso poi di non compiere scelte così dure in molti posti, però a New York così come in Piemonte, per molte settimane non c'è stato un posto per tutti in terapia intensiva e neanche in terapia sub intensiva. E' inutile negarlo.

E' inutile negare che abbiamo dovuto mettere dei pazienti ventilati in maniera non invasiva, raccattando tutto quello che si poteva: ventilatori da ventilazione domiciliare che erano nati per un altro scopo e messi in reparti di degenza che erano nati per fare altro. Il reparto di urologia è diventato una sub intensiva, a Bergamo e a Brescia hanno ventilato pazienti negli studi medici per cercare di fare posto a tutti. Da un lato ci sono stati sforzi mostruosi per alimentare le disponibilità; consideriamo che il Piemonte partiva con 290 letti di rianimazione a febbraio e ha superato ampiamente i 500, di cui 470 sono stati i pazienti Covid. Immane lo sforzo di trasferire i pazienti, la pressione è stata molta, ma comunque minore rispetto alla Lombardia. Così com'è stato per New York che ha avuto giorni di tragedia.

Il Presidente nazionale di Bioetica ha detto che i nostri criteri erano inaccettabili, alcuni ci hanno preso come tiro al bersaglio. Dopo poco quelle voci si sono in buona parte quietate; primo perché il negazionismo dei primi giorni è scomparso- perché quando la gente ha visto i camion partire con le salme ha capito che era una situazione di emergenza e non uno scenario ipotetico- secondo perché si sono resi conto che non esiste un vero criterio alternativo che non sia discriminatorio rispetto a qualcun altro. A quelli che dicono: "è inaccettabile proporre dei criteri di appropriatezza" quando hai più richieste che risorse, vorrei dire che se non mettiamo nessun criterio, il criterio diventa tirare a sorte. Come dicono gli anglosassoni: Lottery.

Se io ho una sala di emergenza con pazienti che stanno deteriorando dal punto di vista dell'ossigenazione e hanno bisogno di essere intubati di lì a poco e sono 6 e io ho 2 ventilatori disponibili, posso fare un triage sulla base di criteri di probabilità di sopravvivenza e criteri di appropriatezza clinica e di proporzionalità etica, oppure posso dire: tiriamo una moneta e scegliamo a caso i due.

Di fatto, chi ha criticato non ha mai fornito una vera alternativa, poi è uscito un documento importante del Comitato Internazionale per la Bioetica che ha scritto un parere sui criteri di allocazione e sulle condizioni triage in una pandemia e di fatto, rispetto alle dichiarazioni iniziali, è stato molto morbido, pur con un cappello lunghissimo sul dovere di rispettare i criteri di accesso universale ed egualitarismo della nostra Costituzione e del Codice Deontologico. Ha poi ammesso che esiste la possibilità di fare un triage pandemico.

Un criterio di scelta – correggimi se sbaglio- è sempre esistito per i medici, la Pandemia l'ha, se così si può dire, amplificato...

Certo. L'emergenza ha cambiato la scala delle necessità di scelta per alcune settimane e per alcune zone.

Le cose poi cambiano da una settimana all'altra e questo è il motivo per cui avevo scritto subito nelle raccomandazioni che i criteri sono flessibili. Io e altri eravamo contrari a mettere criteri rigidi di età e di fragilità. Il fatto di porre delle priorità è alla base della medicina moderna, anche quando le risorse sono più disponibili. Pensiamoci, non esisterebbero le liste d'attesa per i trapianti. Qui si rispetta una priorità di lista ma i criteri clinici sono molto importanti e le probabilità che il trapianto abbia successo in una persona, sono fattori che condizionano molto.

Si pensi anche alle priorità di accesso in un pronto soccorso: se ti sloghi la caviglia avrai dei tempi d'attesa che non sono quelli di una persona che arriva con infarto in corso. E' giusto che sia così, altrimenti morirebbero molte persone inutilmente. E' tutto distinto in base a priorità che però qualcuno all'inizio ha fatto finta di non vedere. Non avrebbe nessun senso che io avessi la stessa lista d'attesa per una risonanza per un mal di schiena rispetto a una persona che ha un danno midollare in emergenza. Alcune cose che abbiamo scritto sul fatto che una persona anziana, fragile, non ha indicazione a essere intubata se sviluppa una forma severa di Covid, è una cosa che si fa in primis per quella persona, ma lo farei anche se avessi 20

letti vuoti in rianimazione. Al contrario si prolungherebbe solo un'agonia e non uscirebbe da quella situazione.

Su 1700 ricoverati in rianimazione da fine febbraio, la mortalità dei pazienti intubati è superiore al 50%. La gente ha la percezione che se ha un letto in terapia intensiva, un tubo e un ventilatore, ha a disposizione il "salvavita" ma i pazienti anziani con corovidità non hanno neanche il 5% di probabilità di sopravvivere, anche se intubati. Il fatto di porre dei criteri è una cosa che fai in primis per quei pazienti, non tanto perché non hai a disposizione una determinata risorsa. Noi fatichiamo a tirare fuori cinquantenni sani, sportivi senza nulla in anamnesi e che adesso sono intubati da sei settimane.

Il dottor Vergano precisa che il decorso è molto variabile. 9 su 10 che contraggono il Covid fanno un'influenza pesante a casa, mentre su quell'1 su 10 che ha bisogno dell'ospedale, a qualcuno basta l'ossigeno, a qualcuno non basta neanche il tubo.

Chi aiuta voi che aiutate?

Noi abbiamo una bravissima psicologa che ha sempre lavorato in équipe con i famigliari dei pazienti. Da subito ha iniziato a fare gruppi di decompressione e di supporto. Abbiamo tirato dentro più di 40 infermieri da altri reparti, tutti quelli che avevano una precedente esperienza di terapia intensiva e così il gruppo è diventato enorme. Abbiamo avuto specializzandi all'ultimo anno, abbiamo richiamato colleghi anestesisti che erano andati altrove e tuttora il personale scarseggia.

Credo poi che la maggior parte del supporto servirà nei prossimi mesi. E' una cosa che richiede elaborazione perché siamo stati sottoposti a una pressione altissima per diverse settimane e che potrebbe non essere finita. Nessuno sa quando saremo veramente fuori dal tritacarne però adesso si comincia a fare un po' di elaborazione di supporto dello stress post traumatico degli operatori. Pur nelle condizioni di isolamento, pazienti e famigliari, pazienti e operatori erano tutti in condizioni mai sperimentate prima, durissime per tutti.

Se c'è, quale immagine di questi giorni ti accompagna?

Immagini ne ho tante. Alcune videochiamate con famigliari e pazienti e poi momenti belli, quando li lascio soli con lo smartphone perché si dicevano cose affettuose e si mandavano i baci. Sì, è questa l'immagine, perché rappresenta l'isolamento ma anche la forza dei legami che, anche se diventano videolegami, sono molto forti nonostante tutto.

Il tema, divenuto drammaticamente attuale in tempo di epidemia, è noto come il **dilemma della giustizia distributiva**. Ora è realtà evidente e crudele, che cimenta l'etica professionale, soprattutto degli addetti all'aiuto, alla cura, alla protezione della popolazione.

J. Elster *Giustizia locale- come le Istituzioni assegnano i beni scarsi e gli oneri necessari* Feltrinelli, Milano 1995.

MDB