



Covid, le nuove linee guida degli anestesisti: «Salvare chi ha più chance, l'età da sola non basta»

[C corriere.it/cronache/21_gennaio_16/covid-nuove-linee-guida-anestesisti-caso-salvare-chi-ha-piu-chance-l-eta-sola-non-basta-fb81604e-574e-11eb-8f51-2cbbf1c2346f.shtml](https://www.corriere.it/cronache/21_gennaio_16/covid-nuove-linee-guida-anestesisti-caso-salvare-chi-ha-piu-chance-l-eta-sola-non-basta-fb81604e-574e-11eb-8f51-2cbbf1c2346f.shtml)

January 16, 2021



La preparazione di una terapia intensiva in tempi di Covid

Le linee guida per la cura dei pazienti Covid stilate da Siaarti (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) nella prima fase della pandemia, agli inizi di marzo 2020 ([leggi qui](#)), avevano provocato una accesa discussione: alla società che raggruppa gli anestesisti, i rianimatori e gli operatori delle terapie intensive erano state mosse accese critiche relativamente alla necessità di fissare dei criteri di priorità in situazioni di estrema difficoltà del sistema sanitario. Il tema era e resta delicatissimo e un gruppo di lavoro è nato nello scorso luglio per confrontarsi sul problema. Ne è derivato un corposo documento di 30 pagine della Siaarti in concorso con la [Simla](#) (Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni), intitolato «Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia di covid-19». Un studio corposo, ma anche un atto di indirizzo per medici e operatori sanitari che



presenta forti novità rispetto all'approccio precedente, stabilendo in particolare che l'età non può più essere il criterio determinante nello stabilire chi curare; va bensì valutato un insieme complesso di fattori strutturato in base a precisi parametri, alle normative vigenti e ai principi costituzionali in materia.

Leggi anche

- [Coronavirus, le regole per rianimatori e anestesisti durante la prima fase dell'emergenza](#)
- [Il medico: «Coronavirus, quando decidemmo chi poteva vivere»](#)

«Revisione critica»

Gli autori del documento premettono subito: «Il presente documento fa seguito al documento Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione – pubblicato dalla Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (Siaarti) il 6 marzo 2020 – ed è frutto di una riflessione allargata ad altre componenti (giuridiche, medico-legali), nonché di una revisione critica delle esperienze maturate sul campo durante la prima ondata della pandemia a livello italiano e internazionale, oltre che delle riflessioni deontologiche, etiche e bioetiche suscitate dalla pandemia». Una sorta di serio e responsabile ripensamento di alcuni punti fondamentali rispetto al primo documento, che però mette in chiaro anche alcuni aspetti più «politici». « Fermo restando che, in caso di sproporzione tra necessità e offerta di assistenza, è responsabilità dell'organizzazione sanitaria predisporre localmente tutte le strategie organizzative mirate a fornire a ogni persona malata il trattamento appropriato (aumento dei posti-letto sia ordinari sia intensivi, incremento/ridistribuzione delle risorse umane e tecnologiche, implementazione del sistema di trasferimento di pazienti tra strutture), i professionisti devono nel modo più efficace possibile segnalare ai livelli istituzionali competenti le carenze che determinano l'impossibilità di porre in essere tali strategie». E «una volta constatata l'impossibilità di adeguare la risposta sanitaria allo scenario prodotto dalla crisi, per trasparenza nei confronti sia dei professionisti sanitari sia dei cittadini, questa contingenza deve essere dichiarata in modo chiaro ed esplicito da tutti i livelli istituzionali». Come a dire: la politica faccia di tutto per non farci trovare nella condizione di scegliere.

Triage

Quindi si arriva al punto: «Anche in presenza di una straordinaria sproporzione tra necessità e offerta di assistenza, quale quella determinata dalla pandemia di Covid-19, «deve essere assicurato il primario e fondamentale diritto alla salute, quale ambito individuale della dignità umana, senza deroghe a principi etici e di giustizia e, quindi, nel rispetto del criterio universalistico ed egualitario dell'accesso alle cure». Già, ma come fare? Con quali criteri? Ecco la novità del documento: «Ad ogni livello di intensità di cura – si legge – nel caso di una saturazione delle risorse assistenziali tale da determinare l'impossibilità di garantire a tutte le persone malate il trattamento indicato, è necessario ricorrere al triage, piuttosto che



ad un criterio cronologico (ordine di arrivo) o casuale (sorteggio)». Ovvero si dovrà valutare, caso per caso, chi ha più possibilità di farcela, mentre «l'età — prima considerata in modo più determinante, ndr — deve essere considerata (solo) nel contesto della valutazione globale della persona malata e non sulla base di cut-off (cioè scelte drastiche, nette) predefiniti».

2.1 INDICE DELLE COMORBILITÀ DI CHARLSON* [J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83. doi: 10.1016/0021-9681(87)90171-8]	
COMORBILITÀ	PUNTI
ETÀ	
< 50	0
50 - 59	1
60 - 69	2
70 - 79	3
≥ 80	4
INFARTO DEL MIOCARDIO	1
INSUFFICIENZA CARDIACA CONGESTIZIA	1
MALATTIA VASCOLARE PERIFERICA	1
MALATTIA CEREBROVASCOLARE	1
DEMENTIA	1
BPCO	1
MALATTIA REUMATICA	1
ULCERA PEPTICA	1
MALATTIA EPATICA LIEVE	1
MALATTIA EPATICA MODERATA O GRAVE	3
DIABETE MELLITO SENZA COMPLICANZE	1
DIABETE MELLITO CON COMPLICANZE	2
EMIPLEGIA O PARAPLEGIA	2
MALATTIA RENALE CRONICA MODERATA O GRAVE	2
NEOPLASIA NON METASTATIZZATA	2
NEOPLASIA SOLIDA METASTATICA	6
LEUCEMIA	2
LINFOMA	2
AIDS (esclusa infezione asintomatica)	6
TOTALE	

La tabella

I punteggi

E nel documento ecco spuntare una base precisa per parametrare chi ha più possibilità di sopravvivere. Una sorta di modulo per aiutare i medici a decidere: «Il triage deve basarsi su parametri clinico-prognostici definiti e il più possibile oggettivi e condivisi — scrivo infatti gli esperti della Siaarti —, attraverso i seguenti parametri: numero e tipo di comorbilità, stato funzionale pregresso e fragilità rilevanti rispetto alla risposta alle cure; gravità del quadro clinico attuale; presumibile impatto dei trattamenti intensivi, anche in considerazione dell'età del/la paziente; volontà della persona malata riguardo alle cure intensive, che dovrebbe essere indagata prima possibile nella fase iniziale del triage». Ed è in questo contesto che vengono ricordati strumenti utili, già noti ai medici, come l'indice di «comorbilità di Charlson»: ovvero una tabella che assegna un punteggio ad ogni patologia pregressa, in modo da stabilire una gerarchia chiara, scientifica delle possibilità di ogni paziente (chi ha più punti è teoricamente meno eleggibile). Strumenti, dice il documento, «aventi valore di semplice generale orientamento». Perché, in ogni caso, «deve essere assicurato il primario e fondamentale diritto alla salute, quale ambito individuale della dignità umana, senza deroghe a principi etici e di giustizia e, quindi, nel rispetto del criterio universalistico ed egualitario dell'accesso alle cure».



La comunicazione con i parenti

Tutte le decisioni devono essere in ogni caso debitamente motivate, documentate nella cartella clinica e comunicate tempestivamente e in maniera comprensibile alla persona malata, quando in grado di recepire le informazioni, agli eventuali rappresentanti legali e ai familiari. «Anche in situazione di sovraccarico dei servizi sanitari, la comunicazione deve rimanere un momento prioritario, al quale devono essere garantiti spazi e tempi adeguati». Un aspetto - quello della comunicazione con le famiglie dei pazienti - che si è dimostrato drammaticamente importante, in questi mesi difficili.

16 gennaio 2021 (modifica il 16 gennaio 2021 | 11:33)

© RIPRODUZIONE RISERVATA