

Presidenza del Consiglio dei Ministri



**COVID-19: LA DECISIONE CLINICA IN CONDIZIONI DI
CARENZA DI RISORSE E IL CRITERIO DEL “TRIAGE IN
EMERGENZA PANDEMICA”**

8 aprile 2020

INDICE

Presentazione	3
1. Premessa	5
2. La distribuzione delle risorse scarse: i criteri etici per l'accesso	6
3. Il criterio del "triage in emergenza pandemica"	7
4. Ulteriori riflessioni	10
Posizione di minoranza del Prof. Maurizio Mori: le Raccomandazioni Siaarti puntano nella direzione giusta	12

Presentazione

Nell'ambito della pandemia Covid-19 il sistema sanitario è stato sottoposto ad una pressione enorme. In questo parere il Comitato prende in esame il problema dell'accesso dei pazienti alle cure in condizioni di risorse sanitarie limitate.

Sulla base dei principi fondamentali della Costituzione (diritto alla tutela della salute, principio di uguaglianza, dovere di solidarietà) e del criterio universalistico ed egualitario su cui si basa il Servizio Sanitario Nazionale, il Comitato ritiene che nell'allocazione delle risorse si debbano rispettare i principi di giustizia, equità e solidarietà. In questo contesto, il CNB riconosce il criterio clinico come il più adeguato punto di riferimento, ritenendo ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, eticamente inaccettabile.

Il Comitato ritiene che il *triage in emergenza pandemica*, si debba basare su una premessa, la *preparedness* (predisposizione di strategie di azione nell'ambito della sanità pubblica, in vista di condizioni eccezionali, con una filiera trasparente nelle responsabilità), la *appropriatezza clinica* (valutazione medica dell'efficacia del trattamento rispetto al bisogno clinico di ogni singolo paziente, con riferimento alla urgenza e gravità del manifestarsi della patologia e alla possibilità prognostica di guarigione, considerando la proporzionalità del trattamento), l'*attualità* che inserisce la valutazione individuale del paziente fisicamente presente nel pronto soccorso nella prospettiva più ampia della "comunità dei pazienti", con una revisione periodica delle liste di attesa.

Il Comitato inoltre sottolinea che la allocazione delle risorse sanitarie in condizioni di scarsità delle stesse necessita della massima trasparenza nei confronti dell'opinione pubblica, perché le scelte di ciascuno siano veramente libere e informate. Il CNB segnala con preoccupazione la proliferazione di contenziosi giudiziari nei confronti dei professionisti della salute nel contesto dell'attuale emergenza pandemica e ritiene che vada presa in considerazione l'idea di limitare eventuali profili di responsabilità professionale degli operatori sanitari in relazione alle attività svolte per fronteggiare l'emergenza Covid-19.

Una attenzione specifica è dedicata alle *persone più vulnerabili*, che possono sentirsi a rischio di abbandono, in particolare le persone anziane, ricoverate nelle strutture dedicate, per le quali il Comitato auspica che siano assicurate cure appropriate, protezione e attenzione al fine di evitare contagi da parte del virus Sars-CoV-2.

Il documento è stato coordinato dai Proff.: Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Luca Savarino. Con il contributo e l'apporto di tutti i componenti del Comitato.

Nella seduta del 8 aprile 2020 il parere ha ottenuto, a grande maggioranza, il voto favorevole dei presenti, i Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Carlo Caltagirone, Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Francesco D'Agostino, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Mario De Curtis, Gianpaolo Donzelli, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Tamar Pitch, Lucio Romano, Luca Savarino, Lucetta Scaraffia, Monica Toraldo di Francia e Grazia Zuffa. Ha altresì successivamente aderito al parere la Prof.ssa Cinzia Caporale.

Il Prof. Maurizio Mori ha espresso voto contrario e ha voluto precisare le ragioni del proprio dissenso nella posizione di minoranza, pubblicata contestualmente al parere.

Pur non avendo diritto di voto hanno aderito: per il Presidente dell'ISS il delegato, Prof. Carlo Petrini; per il Presidente della FNOMCeO il delegato, Dott. Maurizio Benato.

Si è astenuta: per il Presidente del CSS la delegata, Prof.ssa Paola Di Giulio,

Assenti dalla seduta, hanno manifestato la loro adesione al parere i Proff.: Riccardo Di Segni, Silvio Garattini e Massimo Sargiacomo.

1. Premessa

Da diversi mesi il nostro Paese si trova a dover fronteggiare una minaccia senza precedenti per la salute e la vita dei cittadini, provocata dal rapido e crescente contagio del virus Sars-CoV-2. Una minaccia tanto più difficile da contrastare poiché è stata sottovalutata l'allerta sul rischio di pandemie globali lanciata da organismi internazionali, con conseguenti ritardi nella preparazione a fronteggiare le emergenze sanitarie¹. Il sistema sanitario² è stato sottoposto ad una pressione straordinaria e ha dovuto velocemente riorganizzarsi e ristrutturarsi, per cercare di individuare ed isolare i soggetti fonte di contagio e, nei casi più gravi, per poter curare gli ammalati da Covid-19 in reparti ospedalieri di terapia intensiva e subintensiva, spesso allestiti in pochissimo tempo. Nel contesto della salute pubblica, l'evento pandemico provocato dal Covid-19 ha assunto aspetti di particolare drammaticità.

In questo parere il Comitato intende prendere in esame un problema etico specifico: quello dell'accesso dei pazienti alle cure in condizioni di risorse sanitarie limitate. Un problema di grande complessità, che richiede di considerare e di temperare principi diversi, quali, tra gli altri, la protezione della vita e della salute, la libertà, la responsabilità, la giustizia, l'equità, la solidarietà, la trasparenza. Il Comitato considera questa riflessione prioritaria e necessaria, tenuto conto anche delle difficili scelte che sono chiamati a fare i medici nelle strutture sanitarie. Al tempo stesso, il Comitato si riserva di trattare a breve le molte altre problematiche etiche che l'emergenza Covid-19 solleva.

Nell'approntare tale riflessione, il CNB intende rimarcare come nella nostra Carta costituzionale siano presenti alcuni principi fondamentali che possono costituire un valido orientamento in ambito bioetico. In particolare l'art. 32 – ove si parla della salute come “fondamentale diritto dell'individuo” e “interesse della collettività” –, l'art. 2 – che riconosce e garantisce il principio personalista e il dovere di solidarietà – e l'art. 3 – che contempla il principio di eguaglianza – costituiscono dei punti di riferimento irrinunciabili per la relazione di cura, anche quando questa venga promossa in condizioni di criticità estrema, come quelle attuali.

¹ Cfr. il Report pubblicato nel settembre 2019 dal Global Preparedness Monitoring Board (GPMB) e intitolato *A World at Risk, Annual Report on Global Preparedness for Health Emergencies*: https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf. Il GPMB è un organismo promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalla Banca Mondiale.

² Passata l'emergenza vi sarà modo di ritornare sulla difficile prova a cui è stata sottoposta la nostra sanità, nello sforzo di assicurare a tutti prevenzione dalla malattia e cure adeguate. Sin d'ora possiamo però sottolineare alcune criticità, quali: i finanziamenti inadeguati al Servizio Sanitario Nazionale, come già evidenziato dal CNB nel parere *In difesa del Servizio Sanitario Nazionale*, (26 gennaio 2017) e nella mozione *Diseguaglianze nell'assistenza alla nascita: un'emergenza nazionale* (29 maggio 2015); un'erronea programmazione nella formazione e nel reclutamento di medici, soprattutto specialisti, connessa anche al blocco del turn-over del personale sanitario; un insufficiente finanziamento delle borse di studio per la frequenza di scuole di specializzazione medica; una struttura organizzativa con pesanti disomogeneità territoriali: nel tempo il nostro Servizio Sanitario Nazionale è andato trasformandosi, di fatto, in un insieme di Servizi Sanitari Regionali (oltre a quelli delle province autonome), comportando in tal modo un'inaccettabile disuguaglianza tra i cittadini, a seconda della regione in cui risiedono; il mancato aggiornamento e la mancata implementazione, sia a livello nazionale che regionale, del "Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale", predisposto dopo l'influenza aviaria del 2003 dal Ministero della Salute e non più aggiornato dopo il 2006; il ridimensionamento del ruolo della medicina di base e territoriale; la progressiva separazione tra politiche sanitarie e politiche socio-assistenziali, con la conseguente svalutazione di queste ultime.

Ai principi costituzionali il CNB ritiene doveroso aggiungere il riferimento alla Legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che prescrive che la cura vada assicurata secondo un criterio universalistico ed egualitario. È doveroso fare sempre tutto il possibile per garantire a tutti, nessuno escluso, la tutela della salute; ugualmente si deve fare tutto il possibile per non trovarsi in una situazione di grave carenza di risorse (professionali, di dispositivi sanitari, di posti letto). A tale scopo deve essere indirizzata, e poi concretamente realizzata, un'adeguata ed equa allocazione delle risorse sanitarie. La terribile emergenza scatenata dal virus Sars-CoV-2 ci pone tuttavia di fronte a una simile carenza e pone il drammatico problema di come gestire al meglio tali risorse per assicurare il diritto alla salute di cui parla la Costituzione.

1. La distribuzione delle risorse scarse: i criteri etici per l'accesso

La sorveglianza della salute pubblica e la medicina delle catastrofi sono i due ambiti di riferimento per la tematica oggetto del presente documento. Esse dispongono di una letteratura di settore particolarmente ricca e articolata. Nella drammaticità della situazione attuale emerge, in alcune zone del Paese particolarmente colpite, una condizione in cui le risorse disponibili non sono di fatto sufficienti a coprire i bisogni pressanti di cura della totalità dei malati. E ciò anche considerando che le persone che necessitano di assistenza medica non sono solo quelle contagiate dall'epidemia in corso, ma anche le altre colpite da patologie acute e croniche che improvvisamente vedono calare drasticamente personale e mezzi di cura fino ad allora disponibili e per loro essenziali.

Già da settimane stiamo assistendo ad una enorme riorganizzazione sanitaria, logistica e del personale, per cercare di rispondere a tutte le esigenze e non lasciare indietro nessuno. Ma la situazione resta critica e il sistema è sottoposto a un pesante stress: di qui la necessità di individuare criteri per l'accesso alle risorse che siano adeguati all'eccezionalità del momento. A tale proposito il Comitato esprime solidarietà e forte sostegno nei confronti dei medici e degli operatori sanitari e sociali che sono drammaticamente coinvolti in prima persona nel contrastare l'epidemia: essi sono quotidianamente posti di fronte al problema tragico della allocazione di risorse scarse rispetto a bisogni enormi e con la necessità di assumere delle decisioni in tempi brevi, a volte brevissimi. Intorno a questo problema si è aperto, ed è tuttora in corso, un ampio confronto internazionale che coinvolge società scientifiche, Comitati etici nazionali e internazionali ed esperti.³

³ Ad es. tra le società scientifiche ed istituti: SIAARTI, *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*, 6.3.2020; *Coronavirus - Statement del Comitato Etico per la pratica clinica dell'adulto dell'Azienda Ospedale-Università di Padova*, in http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=83219; Belgian Society of Intensive Care Medicine, *Ethical Principles Concerning Proportionality of Critical Care During the 2020 COVID-19 Pandemic in Belgium*, 2020; The Hastings Center, *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus Sars-CoV-2 (COVID-19)*; *Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19*, 16.3.2020. Tra i Comitati etici nazionali ed i dipartimenti di ministeri della salute, sul tema specifico della distribuzione delle risorse: *Informe del Comité de Bioética de España Sobre los Aspectos Bioéticos de la Priorización de Recursos Sanitarios en el Contexto de la Crisis del Coronavirus*, 25.3.2020; Nuffield Council on Bioethics, *Ethical Considerations in Responding to the COVID-19 Pandemic*, 17.03.2020; Department for Health, Ireland, *Ethical Framework for Decision-Making in a Pandemic*, 2020. Altri Comitati Nazionali di Bioetica si sono pronunciati in generale sul tema Covid-19 (Francia, Germania, Austria) e Comitati internazionali (Comitato Internazionale di Bioetica e Commissione Mondiale

La situazione di acuta emergenza che ha colpito la nostra sanità pubblica ha messo in luce quanto sia fondamentale assicurare requisiti e condizioni che consentano di rispettare la dignità umana e i principi etici fondamentali fatti propri dalle Carte dei diritti internazionali - a partire dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani - e nazionali - come la nostra Costituzione. Il Comitato ritiene pertanto che nell’allocazione delle risorse si debbano rispettare i principi di giustizia, equità e solidarietà, per offrire a tutte le persone eguali opportunità di raggiungere il massimo potenziale di salute consentito. E ritiene che sia doveroso mettere in atto tutte le strategie possibili, anche di carattere economico-organizzativo, per far sì che sia garantita l’universalità delle cure.

2. Il criterio del “trriage in emergenza pandemica”

Quando ci si trova in una situazione, come quella attuale, di grave carenza di risorse, il CNB valuta il criterio clinico come il più adeguato punto di riferimento per l’allocazione delle risorse medesime: ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l’età anagrafica, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l’appartenenza etnica, la disabilità⁴, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, è ritenuto dal Comitato eticamente inaccettabile. In particolare, il CNB continua a ritenere valido il metodo del triage, che però deve essere ripensato sulla base dell’eccezionalità del momento. A tale proposito, si potrebbe parlare di triage in emergenza pandemica, le cui linee fondamentali si basano su una premessa, la *preparedness*,⁵ e su due concetti chiave: appropriatezza clinica e attualità.

= *Preparedness*

Si tratta di predisporre strategie di azione nell’ambito della sanità pubblica, in vista di condizioni eccezionali rispetto ad emergenze causate da pandemie. In altre parole, si deve valutare come gestire in situazioni eccezionali l’inevitabile conflitto fra gli obiettivi collettivi di salute pubblica (assicurare il massimo beneficio per il maggior numero di pazienti) e il principio etico di assicurare la massima tutela al singolo paziente: un dilemma difficile da risolvere nella concretezza delle scelte, come mostra la vasta letteratura in proposito.

di Etica della Conoscenza Scientifica e Tecnologica dell’Unesco, Gruppo Europeo di Etica della Scienza e Nuove Tecnologie, Comitato di Bioetica del Consiglio d’Europa). Tra gli esperti si segnala: E. J. EMANUEL et al. *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19*, in “New England Journal of Medicine”, 23 March 2020.

⁴ Negli Stati Uniti alcune associazioni dei diritti delle persone con disabilità hanno denunciato l’adozione, da parte di alcuni Stati, di protocolli di razionamento delle cure salvavita discriminatori nei confronti delle persone con disabilità. A seguito di tali segnalazioni, il Direttore dell’Ufficio per i diritti civili del Department of Health and Human Services, Roger Severino, ha aperto un’inchiesta, per garantire che a nessuno Stato, anche durante l’emergenza da pandemia, fosse permesso di discriminare i pazienti sulla base di disabilità, età, etnia. Cfr. Office for Civil Rights (OCR) at the U.S Department of Health and Human Services, *BULLETIN: Civil Rights, HIPAA, and the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, 28.3.2020.

⁵ Il termine indica un programma operativo a lungo termine di preparazione alle emergenze. Si veda a questo proposito la definizione proposta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità in https://www.who.int/environmental_health_emergencies/preparedness/en/: “Emergency preparedness is a programme of long-term development activities whose goals are to strengthen the overall capacity and capability of a country to manage efficiently all types of emergency and to bring about an orderly transition from relief through recovery and back to sustainable development”.

Il CNB a tale riguardo sottolinea in particolare due aspetti:

- la necessità di prevedere una filiera trasparente nelle responsabilità e nei compiti, con chiarezza di tempi e metodi (ad es. individuare le autorità competenti a livello nazionale e locale a cui demandare la responsabilità ultima nel reperimento e nella allocazione delle risorse); la complessità delle operazioni necessarie richiede strumenti operativi adeguati, innanzitutto privi di ogni eccesso di burocrazia, per procurarsi le risorse necessarie nelle tempistiche dettate dall'emergenza in corso;

- va tenuto comunque presente che l'adozione dei criteri di priorità nel mettere a disposizione risorse può innescare dinamiche che rischiano di non essere facilmente reversibili. Decisioni importanti, che impattano pesantemente sulla vita e la morte delle persone, in comunità rese fragili da un'epidemia, non devono costituire precedenti da applicare in un futuro tornato alla normalità.

= Appropriatelyzza clinica e attualità

Appropriatelyzza clinica. Con appropriatezza clinica si intende la valutazione medica dell'efficacia del trattamento rispetto al bisogno clinico di ogni singolo paziente, con riferimento alla gravità del manifestarsi della patologia e alla possibilità prognostica di guarigione. Tale trattamento deve essere sempre proporzionato, ovvero tener conto del bilanciamento dei benefici e dei rischi rispetto al paziente, considerato dal punto di vista della dimensione clinica sia oggettiva che soggettiva (percezione del dolore e sofferenza, percezione della invasività dei trattamenti, ecc.).

Ogni paziente va visto nella globalità della sua situazione clinica, tenendo in considerazione tutti i necessari fattori di valutazione. Ferma restando la priorità del trattamento secondo il grado di urgenza, altri fattori sono ordinariamente oggetto di valutazione: gravità del quadro clinico in atto, comorbidità, quadro di terminalità a breve, ecc. L'età, a sua volta, è un parametro che viene preso in considerazione in ragione della correlazione con la valutazione clinica attuale e prognostica ma non è l'unico e nemmeno quello principale. La priorità andrebbe stabilita valutando, sulla base degli indicatori menzionati, i pazienti per cui ragionevolmente il trattamento può risultare maggiormente efficace, nel senso di garantire la maggiore possibilità di sopravvivenza. Non si deve cioè adottare un criterio in base al quale la persona malata verrebbe esclusa perché appartenente a una categoria stabilita aprioristicamente.

È importante, poi, che la decisione terapeutica concernente i diversi pazienti da trattare, secondo la gravità della loro patologia, sia per quanto possibile il frutto di un consulto tra più medici, per garantire il confronto tra diversi punti di vista ed una scelta la più corretta possibile, e, fatto altrettanto importante, per consentire di condividere la responsabilità ed il peso di una decisione che sarà sempre lacerante.

Si dovrà sempre comunque dare la possibilità, per chi non accederà alla struttura sanitaria o per il paziente che abbia rinunciato ai trattamenti salvavita invasivi, di essere curato con sistemi meno invasivi e di ricorrere alla terapia del dolore e alle cure palliative, ove necessario. La continuità delle cure rispetto al singolo paziente va dunque sempre garantita.

Attualità. È questo il criterio che più caratterizza il triage d'emergenza pandemica, da confrontarsi con le procedure adottate solitamente nel pronto

soccorso ospedaliero. Rispetto al triage usuale⁶, nel triage in emergenza pandemica si considerano diversamente i pazienti: in questo insieme sono inclusi, oltre a quelli che sono “fisicamente presenti”, coloro che sono stati valutati e osservati da un punto di vista clinico, delle cui condizioni critiche si è già consapevoli. Infatti, in una situazione di emergenza come quella pandemica che ha investito il nostro territorio, ad aver bisogno di trattamenti sanitari salvavita non sono solo i pazienti fisicamente presenti nei locali del pronto soccorso ma anche quelli ricoverati e non ancora sottoposti al sostegno vitale della ventilazione assistita – dai supporti meno invasivi al trasferimento in terapia intensiva – così come i pazienti, già valutati clinicamente a domicilio, che si sono aggravati improvvisamente. Rispetto al triage in tempi normali, il triage in emergenza pandemica inserisce la valutazione individuale del paziente nella prospettiva più ampia della “comunità dei pazienti”.⁷

Nel triage in emergenza pandemica la periodicità di revisione delle liste di attesa segue, per quanto possibile, i tempi della patologia. È ragionevole infatti pensare ad alcuni medici che, in condivisione, rivedano le priorità all’interno di una lista di attesa di pazienti, per i quali sarebbe appropriato ricevere i trattamenti di cui c’è purtroppo scarsa disponibilità e tenendo conto dell’assistenza domiciliare. Tali priorità vengono decise e/o riviste in base al criterio clinico e secondo le situazioni contingenti, senza escludere nessuno a priori, e al tempo stesso utilizzando tutte le risorse disponibili.

Le condizioni di emergenza, poi, vanno oltre la cura della singola persona: in situazioni eccezionali molte strutture del sistema sanitario, non solo ospedaliere, vengono riorganizzate, sia nella articolazione dei diversi dipartimenti all’interno di un complesso sanitario, che nella ripartizione dei pazienti e delle specialità di cura fra le differenti strutture ospedaliere. Tale riorganizzazione riguarda le strutture già disponibili, come pure quelle eventualmente allestite in via provvisoria per affrontare l’emergenza. Di conseguenza il personale viene redistribuito e reclutato secondo le nuove, incombenti necessità.

Utilizzare il triage in emergenza pandemica anche a questo livello logistico significa programmare su ampia scala, tenendo sempre presente l’obiettivo di evitare la formazione di categorie di persone che poi risultino svantaggiate e discriminate. Risulta eticamente doveroso, sia nella gestione delle diverse patologie che in quella dei pazienti affetti dalla medesima malattia, escludere automatismi e scelte aprioristiche nell’accesso ai diversi percorsi di cura.

Va infatti ricordato che non sono solo i pazienti Covid-19 ad avere necessità della terapia intensiva o subintensiva. Ammalati con altre gravissime patologie ne hanno bisogno. Così come non possiamo dimenticare i pazienti cronici che in questi giorni si trovano in una sorta di doppio, pesante isolamento: per un verso devono prestare grande attenzione al rispetto delle norme restrittive stabilite, perché sono maggiormente esposti al virus; per un altro verso non possono sottoporsi ai consueti e periodici controlli medici, considerato che i contatti con i medici sono diminuiti, quando non sospesi.

⁶ In condizioni di normalità, con il triage gli operatori in un pronto soccorso hanno l’obiettivo di stabilire le priorità di accesso alle terapie; essi quindi compongono liste di attesa che riguardano solo i pazienti fisicamente presenti.

⁷ Qualcosa di analogo si verifica per i trapianti d’organo, dove si costruisce una lista di chi ha bisogno del trapianto, considerando sia l’ordine di arrivo sia, principalmente, criteri di appropriatezza clinica; di tale lista si rivedono, poi, periodicamente le priorità, sempre seguendo gli stessi criteri.

3. Ulteriori riflessioni

Infine, il CNB ritiene opportuno mettere in evidenza quanto segue.

1. I criteri della allocazione delle risorse sanitarie in condizioni di scarsità delle stesse necessitano della massima trasparenza. I criteri adottati nel sistema sanitario debbono essere noti con chiarezza all'opinione pubblica, perché le scelte di ciascuno in proposito siano veramente libere e informate. Nella condizione di emergenza, segnata dall'isolamento dei pazienti, le difficoltà che gravano, in termini di carenza di risorse, tempi contratti e sovraccarico emotivo, sulla relazione di cura impongono una particolare, vigile attenzione sul rispetto del criterio personalistico nelle scelte individuali e, in particolare, sulla possibilità di ricorrere agli strumenti delle disposizioni anticipate di trattamento e della pianificazione condivisa delle cure.

2. Il Comitato con questo documento, inoltre, intende rivolgersi ai medici e agli operatori sanitari e sociali, ribadendo gratitudine per il loro operato e forte sostegno per le difficoltà che incontrano nelle scelte quotidiane: il Comitato è consapevole che non debbano essere lasciati soli. Sottolinea quanto siano risultate limitate le risorse sanitarie disponibili durante l'emergenza, in termini tanto strutturali che organizzativi, incluso un organico spesso sottodimensionato, sia negli ospedali che nel territorio. I professionisti della salute si sono spesso trovati a dover lavorare per molte ore consecutive, con ritmi massacranti, a volte anche con dispositivi di protezione inadeguati, con un alto rischio di infettarsi e persino di morire: sono infatti numerosissimi i decessi degli operatori sanitari. Va inoltre tenuto conto dell'incertezza scientifica che caratterizza la novità dell'attuale emergenza pandemica: nel combattere il contagio da Covid-19 si opera in assenza di linee guida consolidate, di buone pratiche clinico-assistenziali riconosciute come tali dalla comunità scientifica, di evidenze terapeutiche. In considerazione di ciò il CNB segnala con preoccupazione la proliferazione di contenziosi giudiziari nei confronti dei professionisti della salute nel contesto dell'attuale emergenza pandemica. A tal proposito, ritiene che vada presa in considerazione l'idea di limitare eventuali profili di responsabilità professionale degli operatori sanitari in relazione alle attività svolte per fronteggiare l'emergenza Covid-19.

3. A questo va aggiunta una riflessione dedicata alle persone più vulnerabili rispetto al resto della popolazione, che possono sentirsi particolarmente a rischio di abbandono. Va sottolineato che la contagiosità di una epidemia porta inevitabilmente con sé il rischio della solitudine, per necessità sanitarie: le persone fragili - anziani, persone con disabilità, persone già malate - per evitare il pericolo di contagio possono essere allontanate dalle persone care e dagli ambienti familiari e, in caso di ricovero ospedaliero, trasferite in reparti ovviamente destinati all'isolamento, in cui l'accesso è limitato al solo personale specializzato: condizioni in cui anche ricevere una semplice telefonata può diventare un problema. Tra le tante persone vulnerabili, un'attenzione particolare va dedicata agli anziani. Va rimarcato il loro eguale diritto a ricevere cure adeguate e, quando in questo periodo sono ricoverati in strutture dedicate (es. RSA), ottenere dispositivi di protezione appropriati per il Covid-19, con indagini tempestive e numerose per isolare i pazienti affetti dal virus dagli altri degenti. Le sofferenze che si accompagnano alla morte causata dalla insufficienza respiratoria devono

essere evitate attraverso l'adozione di protocolli adeguati, che includono ovviamente la terapia del dolore e la palliazione, quando necessarie.

Né si può dimenticare la prova terribile a cui sono sottoposti gli ammalati terminali, senza la possibilità di poter salutare per l'ultima volta i propri cari. Oltre a negare l'accompagnamento alla morte del malato, l'epidemia rende impossibile a chi è rimasto di poter condividere il proprio dolore, attraverso il rito del funerale. Anche queste ferite dolorose, oltre a molte altre, lasceranno il segno nel vissuto delle persone e delle comunità.

Il Comitato auspica che sia assicurato anche un sostegno di vicinanza e accompagnamento alle persone particolarmente vulnerabili, sul piano non solo clinico ma anche sociale e umano.

Posizione di minoranza del Prof. Maurizio Mori: le Raccomandazioni Siaarti puntano nella direzione giusta

Il Parere del CNB sul Covid-19 è inadeguato perché a parole afferma di affrontare il problema del triage o della scelta dei pazienti da sottoporre a trattamenti intensivi, ma in realtà neanche riesce a individuare i termini del problema circa la scelta e finisce per lasciare l'ultima parola al giudizio clinico individuale, senza dare indicazioni precise. Mosso più dall'intento di dare rassicurazioni, è come se il Parere negasse la realtà eccezionale verificatasi circa l'esigenza di fare scelte o triage. Cerco ora di spiegare perché e come mai le Raccomandazioni Siaarti (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) puntino nella direzione giusta.

* * *

L'Italia è stato il primo Paese occidentale che ha subito l'improvvisa, potente e mortifera onda d'urto della pandemia Covid-19. Il 21 febbraio 2020 si ebbe la prima diagnosi ufficiale di Covid-19 e il giorno dopo esplosero i focolai a Codogno e a Vò Euganeo, che allora sembravano episodi isolati e destinati a rimanere tali. Larga parte dell'opinione pubblica giudicava eccessivo l'allarmismo e giravano voci che la Covid-19 altro non fosse che "un'influenza appena più seria". A parte le poche "zone rosse", fino a domenica 8 marzo compresa nel Paese la vita è continuata quasi normalmente.

In Lombardia, però, la situazione sanitaria è precipitata immediatamente e sin dai primi di marzo le richieste di ricovero sono cresciute esponenzialmente: il 6 marzo un gruppo di rianimatori subito pubblicava le Raccomandazioni Siaarti "per l'ammissione a trattamenti intensivi e la loro sospensione, in condizioni eccezionali". Non ci sono ancora dati ufficiali, ma nel quadrilatero Lodi-Bergamo-Brescia-Cremona, una stima fatta da operatori sul campo afferma che dal 5 al 25 marzo, il periodo più critico, per ogni singolo letto di rianimazione disponibile c'erano circa almeno 10 pretendenti, cifra che trova conferma nel fatto che in poche settimane i morti sono stati circa 20.000, grosso modo il doppio rispetto alla cifra ufficiale.

In questa situazione di eccezionale emergenza le Raccomandazioni Siaarti hanno svolto un prezioso servizio, fornendo indicazioni concrete ai rianimatori che si sono trovati a dover fare triage avendo pochissimo tempo per decidere. Le Raccomandazioni hanno suscitato un vivace dibattito pubblico, perché per esempio la n. 3 è stata accusata di essere discriminatoria, in quanto menziona la possibilità che in talune circostanze si renda "necessario porre **un limite di età** all'ingresso in Terapia Intensiva". Altri hanno invece rifiutato l'idea stessa che si debba giungere a fare triage, non essendo tale pratica prevista dalla deontologia medica e dalla Costituzione; altri ancora hanno ribadito che la eventuale scelta spetta solo alla "scienza e coscienza" del singolo medico.

Quello suscitato dalle Raccomandazioni Siaarti è, comunque, il più importante dibattito bioetico nato dal basso dopo i casi Welby e Englaro, dibattito che, per via del ruolo leader esercitato dal nostro Paese nel mondo circa il contrasto alla Covid-19, si sta estendendo a livello internazionale. In questa situazione, il Parere del CNB avrebbe dovuto inserirsi nella riflessione in corso e avrebbe dovuto prendere posizione sulle Raccomandazioni Siaarti, criticandole, correggendole o accettandole. Invece, il Parere le ha menzionate in una nota e all'interno di un testo elaborato ex-novo che neanche prende in considerazione il principale punto teorico sotteso alle Raccomandazioni stesse, quello in cui si afferma che in

condizioni eccezionali “potrebbero essere necessari **criteri di accesso** alle cure intensive (e **di dimissione**) non soltanto strettamente di **appropriatezza clinica** e di **proporzionalità delle cure**, ma ispirati anche a un criterio il più possibile condiviso di **giustizia distributiva** e di **appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate**”.

Negando questo punto fondamentale, il Parere del CNB afferma che l'unico criterio adeguato per l'allocazione delle risorse è “il criterio clinico” e che “ogni altro criterio di selezione [...] è [...] eticamente inaccettabile”. Per chiarire la natura del problema in esame e il tipo di disaccordo, è opportuno esaminare un esempio concreto. Immaginiamo che Tizio (70 anni) e Caio (60 anni) necessitino di accedere alle Terapie Intensive e che, in situazioni normali con due letti disponibili, entrambi siano giudicati clinicamente idonei alle cure, avendo tutt'e due ragionevoli opportunità di ripristino della salute. Supponiamo ora che, improvvisamente, la situazione cambi e che resti un unico letto disponibile, così che è necessario scegliere se ammettere Tizio o Caio. Poiché dal punto di vista clinico entrambi erano già stati giudicati idonei, si deve riconoscere che la scelta è fatta sulla scorta di un criterio extra-clinico, in quanto la valutazione clinica non cambia col mutare delle opportunità di cura. Ecco perché nella nuova situazione eccezionale creatasi, la scelta se ammettere Tizio o Caio dipende da un criterio “etico-sociale”, che i rianimatori Siaarti individuano nella giustizia distributiva concernente l'allocazione delle risorse scarse: in condizioni di scarsità diventa più stringente il dovere di evitare sprechi di sorta, per cui, a parità di giudizio clinico, la giustizia distributiva suggerisce di puntare a “**privilegiare la «maggior speranza di vita»**”.

Le considerazioni fatte mostrano che l'analisi teorica sottesa alle Raccomandazioni Siaarti è corretta, e che l'età è fattore extra-clinico. Invece di riconoscere questo, il Parere del CNB semplicemente ignora il punto e neppure lo prende in considerazione, forse per il timore che il riconoscimento di criteri extra-clinici possa aprire la strada a possibili discriminazioni. Tanto forte è l'esigenza di esorcizzare tale possibilità che il Parere del CNB viene a includere l'età nel “criterio clinico” in forza della sua frequente associazione a varie malattie. In questo senso afferma che l'età è “un parametro che viene preso in considerazione in ragione della correlazione con la valutazione clinica attuale e prognostica ma non è l'unico e nemmeno quello principale”. Con considerazioni analoghe e attraverso giri di parole non sempre facili da capire, il Parere del CNB in pratica allarga a dismisura il criterio clinico per includervi anche altri fattori giudicati rilevanti, per concludere che “la priorità [di cura] andrebbe stabilita valutando, sulla base degli indicatori menzionati, i pazienti per cui ragionevolmente il trattamento può risultare maggiormente efficace, nel senso di garantire la maggiore possibilità di sopravvivenza”.

La nozione di “possibilità di sopravvivenza” è piuttosto vaga e generica, ma in senso ampio può essere equiparata alla più precisa “maggior speranza di vita” della Siaarti: se così fosse, comune sarebbe il fine ultimo della scelta (o triage) e la divergenza tra il Parere del CNB e la raccomandazione Siaarti parrebbe limitata alla diversa prospettiva di analisi e al riconoscimento o meno del criterio extra-clinico nella scelta.

Questa differenza, tuttavia, non è irrilevante perché ha ulteriori conseguenze pratiche. Sulla scorta della corretta prospettiva di analisi della scelta, la Siaarti è riuscita a formulare quindici Raccomandazioni abbastanza precise e puntuali che forniscono indicazioni pratiche per l'azione da implementare in pochi minuti o anche meno, e grazie a queste linee guida è possibile controllare la conformità

delle condotte corrispondenti. Invece, sulla scorta del solo criterio clinico applicato sempre alla singola persona malata nelle circostanze attuali, il Parere del CNB non riesce a dare alcuna direttiva generale, ma viene a dire che “non si deve [...] adottare un criterio, in base al quale la persona malata verrebbe esclusa perché appartenente a una categoria stabilita aprioristicamente”, e che “risulta eticamente doveroso, sia nella gestione delle diverse patologie che in quella dei pazienti affetti dalla medesima malattia, escludere automatismi e scelte aprioristiche nell’accesso ai diversi percorsi di cura”. Ciò significa in concreto che la scelta circa l’accesso alle terapie intensive nelle situazioni eccezionali non è troppo diversa dalle scelte di proporzionalità delle cure che avvengono nelle condizioni normali. A parole il Parere del CNB promette di dare un criterio per il triage in situazione di emergenza pandemica, ma in realtà non dà alcuna indicazione specifica se non che quando non si riesce a garantire l’universalità delle cure è il medico che deve scegliere in scienza e coscienza, mixando gli indicatori clinici a propria discrezione

Le Raccomandazioni Siaarti sono migliorabili ma puntano nella direzione giusta. Riconoscendo la presenza di fattori extra-clinici nella scelta, aprono da una parte nuovi orizzonti che dovranno essere approfonditi e ulteriormente precisati. Sappiamo tutti che il triage, o scelta di chi ammettere alle cure, è realtà terribile, ripugnante e che tutti vorremmo evitare. Ma compito dell’etica e della bioetica è affrontare anche tali problemi difficili e individuare le possibili soluzioni razionalmente giustificate, a costo di urtare inveterate opinioni ricevute. Forse per timore che il riconoscimento di fattori extra-clinici nella scelta potesse aprire la porta a possibili discriminazioni, il Parere del CNB è venuto a negare al riguardo e preferito assicurare gli animi osservando che, come sempre, anche nelle situazioni eccezionali vale solo il criterio clinico e che tutto rimane più o meno come prima.

Una disamina dell’articolazione del Parere del CNB ci consente di cogliere meglio questo punto. In partenza, il Parere si limita a rilevare che “da diversi mesi il nostro Paese si trova a dover fronteggiare una minaccia senza precedenti per la salute e la vita dei cittadini”, quasi che si trattasse di una realtà ormai consueta e normale. Subito ribadisce che i principi contenuti negli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione “costituiscono dei punti di riferimento irrinunciabili per la relazione di cura, anche quando questa venga promossa in condizioni di criticità estrema come quelle attuali”, e che la Legge n. 833 del 1978 istitutiva del SSN impone che “la cura vada assicurata secondo un criterio universalistico ed egualitario”. In breve, all’inizio si asserisce che nessuna scelta (trriage) è mai consentita per nessuna ragione.

A dispetto di questa dichiarazione ideale e astratta, il Parere riconosce però anche che “la terribile emergenza scatenata dal virus Sars-CoV-2 ci pone tuttavia di fronte” alla necessità di fare delle scelte, ossia del triage. Questa, tuttavia, è eticamente lecita solo se fatta sulla scorta del “criterio clinico”, nel rispetto dei “principi di giustizia, equità e solidarietà” che offrono “a tutte le persone eguali opportunità di raggiungere il massimo potenziale di salute consentito” e dopo aver fatto tutto il possibile “per far sì che sia garantita l’universalità delle cure”. Sia pure con riluttanza, il Parere del CNB ammette il triage, ma a condizioni particolari e speciali. Quest’aspetto diventa più chiaro se si considera che, dopo averlo ammesso, subito sottolinea che il triage “però deve essere ripensato sulla base dell’eccezionalità del momento” per cui “si potrebbe parlare di *trriage in emergenza pandemica*” caratterizzato da condizioni particolari, quali appunto la preparedness, il riferimento al criterio clinico e all’attualità aperta alla più ampia

comunità dei pazienti. In breve: triage sì, ma, come abbiamo visto, qualificato da speciali caratteristiche.

In chiusura, poi, il Parere del CNB formula auspici circa la trasparenza dei criteri adottati, la vicinanza dovuta ai medici, le incertezze circa le conoscenze scientifiche, nonché la tutela delle persone più vulnerabili, osservazioni ulteriori che portano a pensare che di triage si tratti, ma non in senso proprio bensì in un senso speciale non ben individuato.

Ho ricordato i tre passaggi in cui si articola il Parere del CNB perché essi corrispondono grosso modo all'analisi fatta da Alessandro Manzoni, al termine del cap. 31 de *I promessi sposi*, dell'atteggiamento dei milanesi verso la peste del 1630: "In principio dunque, non peste, assolutamente no, per nessun conto: proibito anche di proferire il vocabolo. Poi, febbri pestilenziali: l'idea s'ammette per isbieco in un aggettivo. Poi, non vera peste, vale a dire peste sì, ma in un certo senso; non peste proprio, ma una cosa alla quale non si sa trovare un altro nome". Ove sostituissimo nel testo il termine "peste" con "triage" o "scelta", riscontreremmo oggi atteggiamento analogo: "In principio dunque, non scelta, non triage, assolutamente no, per nessun conto: proibito anche di proferire il vocabolo [la Costituzione lo vieta]. Poi, triage in emergenza pandemica: l'idea s'ammette per isbieco in un aggettivo o in una qualificazione. Poi, non vera scelta, vale a dire scelta sì, ma in un certo senso; non scelta o non triage proprio, ma una cosa alla quale non si sa trovare un altro nome".

Le Raccomandazioni Siaarti con realismo, tempestività e trasparenza, sono riuscite a offrire indicazioni abbastanza precise per affrontare i tragici problemi di scelta in situazioni eccezionali: forse sono meno rassicuranti, ma è da quelle che dobbiamo partire.