



theFuture ofScience andEthics

Rivista scientifica a cura del Comitato Etico
della Fondazione Umberto Veronesi

Volume 5 ■ 2020



**Fondazione
Umberto Veronesi**
– per il progresso
delle scienze

 theFuture
ofScience
andEthics



**Fondazione
Umberto Veronesi**
– per il progresso
delle scienze



theFuture of Science and Ethics

Rivista scientifica
del Comitato Etico
della Fondazione Umberto Veronesi
ISSN 2421-3039
ethics.journal@fondazioneveronesi.it
Via Solferino, 19
20121, Milano

Comitato di direzione

Direttore

Marco Annoni
(Consiglio Nazionale delle
Ricerche-CNR e
Fondazione Umberto Veronesi)

Condirettori

Cinzia Caporale
(Consiglio Nazionale delle
Ricerche-CNR)
Carlo Alberto Redi
(Università degli Studi di Pavia)
Silvia Veronesi
(Fondazione Umberto Veronesi)

Direttore responsabile

Donatella Barus
(Fondazione Umberto Veronesi)

Comitato Scientifico

Roberto Andorno (University of Zurich, CH); Vittorino Andreoli (Psichiatra e scrittore); Elisabetta Belloni (Segretario Generale Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale); Massimo Cacciari (Università Vita-Salute San Raffaele, Milano); Stefano Canestrari (Università di Bologna); Carlo Casonato (Università degli Studi di Trento); Roberto Cingolani (Leonardo); Gherardo Colombo (già Magistrato della Repubblica italiana, Presidente Casa Editrice Garzanti, Milano); Carla Collicelli (Consiglio Nazionale delle Ricerche-CNR), Giancarlo Comi (Direttore scientifico Istituto di Neurologia Sperimentale, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano); Gilberto Corbellini (Sapienza Università di Roma); Lorenzo d'Avack (Università degli Studi Roma Tre); Giacinto della Cananea (Università degli Studi di Roma Tor Vergata); Sergio Della Sala (The University of Edinburgh, UK); Andrea Fagioli (Università degli Studi di Siena);

Daniele Fanelli (London School of Economics and Political Science, UK); Gilda Ferrando (Università degli Studi di Genova); Giovanni Maria Flick (Presidente emerito della Corte costituzionale); Giuseppe Ferraro (Università degli Studi di Napoli Federico II); Nicole Foeger (Austrian Agency for Research Integrity-OeAWI, Vienna, e Presidente European Network for Research Integrity Offices – ENRIO); Tommaso Edoardo Frosini (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli); Filippo Giordano (Libera Università Maria Ss. Assunta-LUMSA, Roma); Giorgio Giovannetti (Rai – Radiotelevisione Italiana S.p.A.); Vittorio Andrea Guardamagna (Istituto Europeo di Oncologia-IEO); Antonio Gullo (Università degli Studi di Messina); Massimo Inguscio (Presidente Consiglio Nazionale delle Ricerche-CNR); Giuseppe Ippolito (Direttore scientifico IRCCS Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, Roma); Michèle Leduc (Direttore Institut francilien de recherche sur les atomes froids-IFRAF e Presidente Comité d'éthique du CNRS, Parigi); Luciano Maiani (Sapienza Università di Roma); Sebastiano Maffettone (LUISS Guido Carli, Roma); Elena Mancini (Consiglio Nazionale delle Ricerche-CNR); Vito Mancuso (Teologo e scrittore); Alberto Martinelli (Università degli Studi di Milano); Armando Massarenti (ilSole24Ore); Roberto Mordacci (Università Vita-Salute San Raffaele, Milano); Paola Muti (Emerito, McMaster University, Hamilton, Canada); Ilja Richard Pavone (Consiglio Nazionale delle Ricerche-CNR); Renzo Piano (Senatore a vita); Alberto Piazza (Emerito, Università degli Studi di Torino); Riccardo Pietrabissa (IUSS Pavia); Tullio Pozzan (Università degli Studi di Padova e Consiglio Nazionale

delle Ricerche-CNR); Francesco Profumo (Politecnico di Torino); Giovanni Rezza (Istituto Superiore di Sanità-ISS); Gianni Riotta (Princeton University, NJ, USA); Carla Ida Ripamonti (Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori-INT, Milano); Angela Santoni (Sapienza Università di Roma); Pasqualino Santori (Presidente Comitato di Bioetica per la Veterinaria e l'Agroalimentare CBV-A, Roma); Paola Severino Di Benedetto (Rettore LUISS Guido Carli, Roma); Marcelo Sánchez Sorondo (Cancelliere Pontificia Accademia delle Scienze); Elisabetta Sirgiovanni (Sapienza Università di Roma); Guido Tabellini (Università Commerciale Luigi Bocconi, Milano); Henk Ten Have (Duquesne University, Pittsburgh, PA, USA); Chiara Tonelli (Università degli Studi di Milano); Elena Tremoli (Università degli Studi di Milano e Direttore scientifico IRC-CNS Centro Cardiologico Monzino, Milano); Riccardo Viale (Università Milano Bicocca e Herbert Simon Society); Luigi Zecca (Consiglio Nazionale delle Ricerche-CNR)

Sono componenti di diritto del Comitato Scientifico della rivista i componenti del Comitato Etico della Fondazione Umberto Veronesi: Carlo Alberto Redi, Presidente (Professore di Zoologia e Biologia della Sviluppo, Università degli Studi di Pavia); Giuseppe Testa, Vicepresidente (Professore di Biologia Molecolare, Università degli Studi di Milano); Guido Bosticco (Giornalista e Professore presso il Dipartimento degli Studi Umanistici, Università degli Studi di Pavia); Roberto Defez (Responsabile del laboratorio di biotecnologie microbiche, Istituto di Bioscienze e Biorisorse del CNR di Napoli); Domenico De Masi (Sociologo e Professore emerito di Sociologia del lavoro, Università La

Sapienza Roma); Giorgio Macellari (Chirurgo Senologo Docente di Bioetica, Scuola di Specializzazione in Chirurgia di Parma); Telmo Pievani (Professore di Filosofia delle Scienze Biologiche, Università degli Studi di Padova); Luigi Ripamonti (Medico e Responsabile Corriere Salute, Corriere della Sera); Giuseppe Remuzzi (Direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS); Alfonso Maria Rossi Brigante (Presidente Onorario della Corte dei Conti); Giuliano Amato, Presidente Onorario (Giudice Costituzionale, già Presidente del Consiglio dei ministri); Cinzia Caporale, Presidente Onorario (Coordinatore Centro Interdipartimentale per l'Etica e l'Integrità nella Ricerca del CNR)

Comitato editoriale

Caporedattore

Roberta Martina Zagarella
(Consiglio Nazionale delle Ricerche-CNR)

Redazione

Giorgia Adamo (Consiglio Nazionale delle Ricerche-CNR); Rosa Barotsi (Università Cattolica del Sacro Cuore); Federico Boem (Università degli Studi di Firenze); Andrea Grignolio Corsini (Consiglio Nazionale delle Ricerche-CNR); Paolo Maugeri (Campus IFOM-IEO); Chiara Mannelli (Columbia University, NY, USA e Università di Torino); Clio Nicastro (ICI Berlin Institute for Cultural Inquiry); Annamaria Parola (Fondazione Umberto Veronesi); Virginia Sanchini (Università degli Studi di Milano); Chiara Segré (Fondazione Umberto Veronesi).

Progetto grafico: Gloria Pedotti

Finito di pubblicare il 20.12.2020

SOMMARIO

ARTICOLI

- **OBIEZIONE DI COSCIENZA, COOPERAZIONE AL MALE E VACCINI ANTI-COVID**
di Demetrio Neri 11
- **ETICA E OBIEZIONE DI COSCIENZA**
di Giorgio Macellari 18
- **RIFLESSIONI SU COME LIMITARE IL “RISCHIO PENALE” DEI SANITARI AL TEMPO DEL COVID-19**
di Stefano Canestrari 26
- **LA SOLITUDINE DEL MORENTE AL TEMPO DEL COVID-19**
di Massimo Foglia 34
- **ULISSE E IL LOCKDOWN. RAZIONALITÀ LIMITATA ED ETICA DELLA SOSTENIBILITÀ**
di Gianpiero Magnani 46
- **ETHICS AND ANIMAL EXPERIMENTATION. THE RELEVANCE OF BEAUCHAMP AND DEGRAZIA’S PRINCIPLES**
di Francesco Allegri 54
- **PLAGIO: UNA CONDOTTA SENZA GIUSTIFICAZIONE**
di Roberto Cubelli e Sergio Della Sala 62
- **SOCIETÀ, POLITICA, SCIENZA: L’IMPORTANZA DELLA FIDUCIA**
di Carla Collicelli e Ludovica Durst 76

DOCUMENTI DI ETICA E BIOETICA

- **COVID-19: LA DECISIONE CLINICA IN CONDIZIONI DI CARENZA DI RISORSE E IL CRITERIO DEL “TRIAGE IN EMERGENZA PANDEMICA”**
Comitato Nazionale per la Bioetica 96
- *Commento di* Lorenzo d’Avack 106
- *Commento di* Giuseppe R. Gristina 108
- **GENE-DRIVE E RESPONSABILITÀ ECOLOGICA. PARERE DEL COMITATO ETICO A FAVORE DELLA SPERIMENTAZIONE CON POPOLAZIONI DI ZANZARE GENETICAMENTE MODIFICATE**
Comitato Etico Fondazione Umberto Veronesi 115

• CRESCENTI RISCHI DI UN’EDITORIA PREDATORIA: RACCOMANDAZIONI PER I RICERCATORI

Commissione per l’Etica e l’Integrità nella Ricerca del CNR 126

• *Premessa di* Enzo Di Nuoscio 127

• *Commento di* Gianluca De Bellis 128

• CONSERVAZIONE DELL’AGROBIODIVERSITÀ, SOSTENIBILITÀ PER GLI AGRICOLTORI E PROFILI BIOETICI

Comitato Bioetico per la Veterinaria e l’Agroalimentare 134

• *Premessa di* Emilia D’Antuono, Francesco Leopardi Dittaiuti, Domenico Pignone 135

• *Commento di* Giuseppe Bertoni e Roberto Defez 150

• *Commento di* Alessandro Fantini 154

RECENSIONI

Consulta scientifica del Cortile dei Gentili (C. Caporale e A. Pirni, a cura di) **PANDEMIA E RESILIENZA. PERSONA, COMUNITÀ E MODELLI DI SVILUPPO DOPO LA COVID-19** di Gianfranco Ravasi 160

Santosuosso **INTELLIGENZA ARTIFICIALE E DIRITTO. PERCHÉ LE TECNOLOGIE DI IA SONO UNA GRANDE OPPORTUNITÀ PER IL DIRITTO** di Tommaso Edoardo Frosini 162

Emilia D’Antuono (a cura di) **ETICA BIOETICA CITTADINANZA. PER STEFANO RODOTÀ COSTRUTTORE DI UMANITÀ** di Concetta Anna Dodaro 166

NORME EDITORIALI 168

CODICE ETICO 169

I COMPITI DEL COMITATO ETICO DELLA FONDAZIONE VERONESI 172

Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “trriage in emergenza pandemica”

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 a 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 contemperare 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.

Ai principi costituzionali il CNB ritiene doveroso aggiungere il riferimen-

to alla legge 833 (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.

2. 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

Covid-19:
la decisione clinica
in condizioni
di carenza di risorse
e il criterio del
“triage in emergenza
pandemica”

Documenti
di etica
e bioetica

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 internazionale, esperti.

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.

3. IL CRITERIO DEL “TRIAGE 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.

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.

Appropriatezza clinica e attualità

Appropriatezza 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.

Covid-19:
la decisione clinica
in condizioni
di carenza di risorse
e il criterio del
"trriage in emergenza
pandemica"

Documenti
di etica
e bioetica

4. 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 è limitato l'accesso solo al 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 degeniti. 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 ragione-

Covid-19:
la decisione clinica
in condizioni
di carenza di risorse
e il criterio del
"triage in emergenza
pandemica"

Documenti
di etica
e bioetica

voli 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 “maggiore 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 avviene 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 rassicurare gli animi osservando che, come sem-

pre, 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 L. 833/78 istitutiva del SSN impone che "la cura vada assicurata secondo un criterio universalistico ed egualitario". In breve, all'inizio si asserisce che nessuna scelta (triage) 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 *triage 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.

NOTE AL TESTO ED ESTENSORI

* *Il presente documento viene qui pubblicato senza la presentazione (ndr).*

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

Covid-19:
la decisione clinica
in condizioni
di carenza di risorse
e il criterio del
"triage in emergenza
pandemica"

Documenti
di etica
e bioetica

Romano, Luca Savarino, Lucetta Scaraffia, Monica Toraldo di Francia e Grazia Zuffa. Ha altresì successivamente aderito al parere la Prof. 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.

Il Prof. Carlo Petrini, componente delegato del presidente dell'ISS e il Dott. Maurizio Benato, componente delegato della FNOMCeO, pur non avendo diritto al voto, hanno voluto tuttavia esprimere la loro adesione al parere. La Dott. Paola Di Giulio, componente delegato del Presidente del CSS, pur non avendo diritto al voto, si è astenuta. Assenti dalla seduta, hanno manifestato la loro adesione al parere i Prof.: Riccardo Di Segni, Silvio Garattini, Massimo Sargiacomo.

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*, (2017) e nella mozione *Diseguglianze nell'assistenza alla nascita: un'emergenza nazionale* (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.

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'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 e 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 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".

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.

Covid-19: ..
la decisione clinica ..
in condizioni ..
di carenza di risorse ..
e il criterio del ..
"triage in emergenza ..
pandemica" ..

Documenti ..
di etica ..
e bioetica ..

Covid-19: una tragica “selezione” a carico degli operatori sanitari

Lorenzo d'Avack¹

1. Presidente Comitato Nazionale per la Bioetica
lorenzo.davack@tin.it

Il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica *Covid-19: La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del ‘triage’ in emergenza pandemica*, 8 aprile 2020 nasce in un momento drammatico per il nostro Paese, causato dalla pandemia Covid-19 che aveva evidenziato il collasso di ospedali e strutture sanitarie, impossibilitati di avvalersi, in specie al Nord dell'Italia, dove si era sviluppato il massimo dell'epidemia, di materiali (mascherine, camici, respiratori), di medici specialisti e posti letto in terapia intensiva.

Forse è necessario evidenziare innanzitutto che la crisi non è solo legata al rapido sviluppo del virus, ma anche alle precedenti carenze politiche sanitarie. Nel nostro Paese questa vicenda pandemica evidenzia una questione generale di macro responsabilità, legata a una lunga carenza in passato di potenziamenti sanitari e di cui oggi si vedono le conseguenze. La sanità messa alla prova da una improvvisa epidemia ha dovuto constatare di non avere un servizio sanitario in grado di reggere alle necessità, quando queste diventano multiple e non facili da contenere. In verità sono molti i Paesi che si sono trovati impreparati e rare le eccezioni, dato che la politica e chi la gestisce non appare incline a pensare al bene del domani e ancor meno delle generazioni future.

Il Paese ha dovuto fare i conti con una epidemia potenzialmente mortale, che colpisce ampie fasce della popolazione e poiché la vita umana e il diritto alla cura sono beni primari, il Paese ha il dovere etico, sociale e giuridico di adottare tutte le disposizioni opportune per poterli garantire. E strettamente collegati alla protezione e dignità della vita, sono in gioco valori etici fondamentali: la libertà, la responsabilità, la giustizia, l'equità, la solidarietà.

In questa situazione, a fronte di colpevoli e tragiche carenze sanitarie

che, come detto, si sono maturate nel tempo, abbiamo vissuto e viviamo con maggiore drammaticità quello della “distribuzione delle risorse”, sapendo che viene messa in discussione la possibilità di curare tutti, e sapendo che queste difficoltà portano di frequente a disuguaglianze (tra chi accede alle cure e chi non accede, tra chi ha possibilità di vivere e chi non ne ha) e criteri di selezione da parte dei medici sia giustificati da necessità cliniche, sia prospettati come ragionamenti e scelte etiche.

È doveroso osservare come a fronte delle molte difficoltà che hanno dovuto affrontare in condizioni insostenibili di lavoro gli operatori sanitari, vi sia stato un assoluto silenzio da parte delle massime Istituzioni (Consiglio Superiore della Sanità, Istituto Superiore della Sanità) e dei numerosi comitati scientifici via via istituiti dal governo i quali avrebbero avuto il compito di tracciare pubblicamente e con coraggio a medici e cittadini le linee guida e le pratiche da seguire in questa situazione di emergenza. Appare sconcertante che chi ha preteso di occupare la scena mediatica dell'emergenza a reti sociali unificate, abbia poi a fronte di una situazione tanto tragica, quale era quella della mancanza di posti letto nelle strutture sanitarie, scelto il silenzio assoluto.

Nel momento di massima criticità sanitaria vi sono stati due soli documenti rilevanti nel nostro Paese. La Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (Siaarti) con le *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità disponibili* (6.03.2020) e il parere del Comitato nazionale per la Bioetica, sopra menzionato.

La Siaarti è la prima associazione di medici ad esplicitare pubblicamente nelle proprie *Raccomandazio-*

ni modi e tempi del ragionamento etico, clinico e organizzativo, per arrivare a delle scelte che potessero prescindere dal criterio ordinario “*first come, first served*” per l’ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. Il documento della Siaarti ha fatto molto scalpore e ha indicato ai medici un modello ‘utilitarista’ nelle scelte, proprio dei paesi anglosassoni (*quality adjusted life years*), che suggerisce di garantire il ricovero e i trattamenti di carattere intensivo ai pazienti con maggiori possibilità di ‘successo terapeutico’. Si tratta, dunque, secondo la Siaarti, di privilegiare “la maggior speranza di vita” dei pazienti e di riservare risorse (posti letto) a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un’ottica di massimizzazione di benefici per il maggiore numero di persone. Il documento Siaarti, muoveva, comunque, da uno scenario incontestabile in cui si stimava un aumento dei casi di insufficienza respiratoria acuta di tale entità da determinare un enorme squilibrio tra le esigenze cliniche reali della popolazione e la disponibilità effettiva di cure intensive.

Questo modello etico utilitarista con i suoi criteri nell’ambito dell’allocazione delle risorse sanitarie troverà in quei giorni più dissensi che condivisione nei comitati etici di diversi Paesi europei. Per quanto riguarda il nostro Paese questo modello non è in linea con la Costituzione, con diverse leggi dell’ordinamento, con il Codice deontologico dei medici (2014), artt. 2, 6, 8, 32, 39, con normative internazionali che portano a ritenere che, anche in situazioni straordinarie, quando sono in gioco la vita o la salute, tutti gli individui sono di pari valore e tutti possono vantare un diritto incontestabile alla salute. La vita di ciascuno, che sia giovane o vecchio, uomo o donna, ricco o povero, stimato o marginalizzato, ha la stessa dignità e lo stesso valore. Selezioni di tal genere sono eticamente discutibili, in quanto introducono una gerarchia tra vite degne e non degne e una violazione dei diritti umani fondamentali.

L’altro documento è il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica che si richiama a questi principi. Il parere 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. Un criterio che deve basarsi principalmente sulla *preparedness* (predisposizione di strategie di azione nell’ambito della sanità pubblica, in vista di condizioni eccezionali con una filiera trasparente nelle responsabilità), sulla 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), sull’*attualità* che inserisce la valutazione individuale del paziente fisicamente presenti nel pronto soccorso nella prospettiva più ampia della “comunità dei pazienti”, con una revisione periodica delle liste di attesa. Ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l’età, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, ecc., è da ritenersi eticamente inaccettabile. Il parere ritiene inoltre che il *triage in emergenza pandemica* necessiti della massima trasparenza nei confronti dell’opinione pubblica.

Il parere segnala infine con preoccupazione il rischio di contenziosi giudiziari nei confronti di operatori sanitari, medici, infermieri che hanno operato con modalità da medicina da guerra, con un peso fisico di turni e carico psicologico e ritiene che vada presa in considerazione l’idea di limitare eventuali profili di responsabilità professionale in relazione alle attività svolte per fronteggiare l’emergenza Covid-19. Un’attenzione specifica, infine, è dedicata alle *persone più vulnerabili*, che possono sentirsi particolarmente a rischio di abbandono, in particolare le persone anziane, per le quali il Comitato auspica che sia assicurato anche un sostegno di vicinanza, sul piano non solo clinico ma anche sociale e umano.

La pandemia non è finita e siamo nel corso della fase 2, piena di incertezze per la salute dei cittadini. Dobbiamo sperare che questa tragedia sanitaria sia contenuta a seguito di nuovi trattamenti sanitari e di un vaccino efficace e che gli operatori sanitari non siano ancora una volta abbandonati, lasciati soli, esposti alle più varie responsabilità professionali, senza indicazioni cliniche la cui conseguente responsabilità venga dall’alto e non dal basso.

Covid-19:
la decisione clinica
in condizioni
di carenza di risorse
e il criterio del
“triage in emergenza
pandemica”

Documenti
di etica
e bioetica

Pandemia da Covid-19 e triage: considerazioni in merito al documento del Comitato Nazionale per la Bioetica

Giuseppe R. Gristina*¹

1. Comitato Etico Società Italiana di Anestesia
Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI)
geigris@fastwebnet.it

1. BACKGROUND

Il 9.1.2020 un'epidemia di Coronavirus 2 (SARS-CoV2) è stata segnalata ufficialmente in Cina¹. L'11.3.2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiarava lo stato di pandemia².

In Italia il primo caso veniva notificato il 21.2.2020, ma nel trimestre febbraio-aprile 2020 le curve dei contagi e dei decessi salivano a dismisura (al 30 aprile 209.013 casi, mortalità 13.3%) e il Governo era costretto a emanare misure drastiche per contenere e gestire l'emergenza pandemica³.

L'incontrollata diffusione del contagio e la mancanza di un'adeguata risposta organizzativa in termini di sanità pubblica⁴, hanno fatto sì che soprattutto in alcune regioni del nord del Paese, un numero elevatissimo di malati sottoponesse a una pressione massiva gli ospedali, trasformandoli ben presto in focolai di diffusione del contagio e determinando rapidamente, soprattutto nei reparti di Terapia Intensiva (TI), una disproporzione tra domanda di assistenza e risorse disponibili (personale formato, posti-letto, tecnologia).

Così, i clinici, oltre a dover fronteggiare dal punto di vista organizzativo una catastrofe sanitaria mai fino a oggi sperimentata⁵, hanno dovuto anche decidere quali malati ammettere ai trattamenti intensivi e quali escludere^{6,7,8,9,10,11}. Simili scelte hanno duramente segnato le coscienze dei medici e degli infermieri di TI generando un profondo disagio morale. Un medico in merito ha dichiarato: “nessuno di noi è colpevole per quello che sta succedendo, ma tutti ne usciremo avendo perso la nostra innocenza”.

Il dilemma della limitazione delle risorse in corso di pandemia da un lato, e la necessità di individuare criteri di accesso alle cure intensive dall'altro, è stato affrontato in Europa e negli USA da varie Istituzioni e società scientifiche. In Italia, la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) ha redatto un documento intitolato “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”¹².

L'8.4.2020, il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha pubblicato il documento: “COVID-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del triage in emergenza pandemica”¹³ con lo scopo di “prendere in esame il problema etico specifico dell'accesso dei malati alle cure in condizioni di risorse sanitarie limitate”.

2. IL DOCUMENTO DEL CNB: UN'ANALISI DAL PUNTO DI VISTA CLINICO

Il documento del CNB esordisce sottolineando come preesistenti criticità del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN), unitamente alla sottovalutazione dell'allerta sul rischio di pandemie dichiarata già nel settembre 2019 da organismi internazionali, abbiano significativamente influito sulla qualità della risposta del SSN alla pandemia.

Questo documento è importante per tre ragioni. Si tratta del primo riconoscimento ufficiale da parte di una Istituzione pubblica della drammatica carenza di risorse assistenziali in cui si sono trovati molti ospedali nelle zone più colpite dalla pandemia.

In un'ottica strettamente giuridica di

interpretazione e ricostruzione degli eventi esso contribuisce a denunciare l'esistenza di una rete diffusa e complessa di cause che, pur non sollevando dalle proprie responsabilità i professionisti sanitari chiamati in quei giorni a compiere scelte tragiche di allocazione delle insufficienti risorse disponibili, ne contestualizza concretamente l'azione.

In chiave prospettica, il riconoscimento dei limiti organizzativi del SSN sottolinea l'urgenza di riconsiderare funzioni, attività e finalità di una sanità pubblica che non dovrebbe essere basata soltanto su "prestazioni" erogate da grandi poli sanitari, ma anche su una medicina di comunità e territoriale, con funzioni di sorveglianza e prevenzione, in grado di attuare, assieme alle politiche sanitarie, anche quelle socio-assistenziali con lo scopo di intercettare più ampi bisogni di salute. Quest'ultimo punto in particolare ha assunto enorme rilevanza se si pensa al prezzo pagato in termini di vite umane alla pandemia dagli anziani e dalle persone affette da patologie croniche. È in questo senso che deve leggersi il richiamo del documento del CNB alla necessità di "predisporre strategie di azione nell'ambito della sanità pubblica, in vista di condizioni eccezionali rispetto ad emergenze causate da pandemie" (preparedness) al fine di garantire la massima tutela a ogni paziente.

Il documento sottolinea tuttavia come proprio quest'ultimo obiettivo sia stato difficile o addirittura impossibile da raggiungere in molti casi perché "le risorse disponibili non sono state di fatto sufficienti a coprire i bisogni pressanti di cura della totalità dei malati". Per questo motivo, ma anche per dovere di trasparenza nei confronti di tutti i suoi interlocutori istituzionali, il CNB ha ritenuto necessario individuare "criteri etici per l'accesso alle risorse, adeguati all'eccezionalità del momento". Né poteva essere trascurato il richiamo che nell'ambito della medicina delle catastrofi è fatto ad un vero e proprio "duty to plan, to safeguard and to guide" indicati come i doveri etici spettanti a coloro che hanno ruoli decisionali nell'ambito del sistema sanitario¹⁴.

D'altronde, se in ogni dipartimento di emergenza già ordinariamente si definiscono le priorità di accesso ai trattamenti – il cosiddetto triage – scegliendo in base alla gravità e al numero dei malati che giungono,

tanto più è necessario individuare i malati da trattare per primi in circostanze straordinarie dettate da una limitazione delle risorse, a meno che non si voglia decidere attraverso un sorteggio, che è comunque anch'esso un criterio di esclusione.

Così, il documento, oltre alla preparedness, fa riferimento al criterio del "triage in emergenza pandemica" individuando nel criterio clinico il "più adeguato punto di riferimento per l'allocazione delle risorse".

È evidente che la scelta di qualsiasi criterio per stabilire l'accesso ai trattamenti non possa che ispirarsi ai "principi di giustizia, equità e solidarietà, per offrire a tutte le persone eguali opportunità di raggiungere il massimo potenziale di salute consentito". In questa prospettiva etica e giuridica e sotto la condizione di piena disponibilità di risorse assistenziali, i due principi di appropriatezza dei trattamenti e proporzionalità, sintetizzabili nel cosiddetto criterio di valutazione clinico (in cui rientrano, oltre al tipo e alla gravità della patologia in atto, l'età, le comorbilità, la fragilità, lo stato cognitivo, la qualità della vita), fanno sì che nell'ordinaria pratica clinica si possa ritagliare il miglior percorso diagnostico e terapeutico per ogni singolo malato. Tuttavia, se le risorse non sono più sufficienti per tutti i malati che in base al criterio clinico potrebbero potenzialmente usufruirne con pari beneficio, si porrà il dilemma di dover scegliere a chi (non) garantire i trattamenti. Proprio questa situazione ha concretamente richiesto nei mesi di marzo e aprile che fosse individuato qualche altro criterio da affiancare utilmente a quello clinico. In un inquadramento giuridico del 'bene salute' come diritto costituzionalmente garantito in egual misura a tutti i cittadini, è impossibile non concordare con il CNB riguardo al fatto che "ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età anagrafica, 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" sia da ritenere inaccettabile.

Tuttavia il documento del CNB afferma anche che "... 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 menziona-

Covid-19:
la decisione clinica
in condizioni
di carenza di risorse
e il criterio del
"triage in emergenza
pandemica"

Documenti
di etica
e bioetica

ti, i pazienti per cui il trattamento può risultare maggiormente efficace, nel senso di garantire la più elevata probabilità 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”.

Sembrerebbe quindi comprendere che ciò che rende inaccettabile il criterio dell'età non è tanto il parametro in sé, come nel caso degli altri citati nel documento, quanto la definizione di una soglia al di sopra della quale i pazienti sono automaticamente esclusi dai trattamenti. Fermo restando il dettato dell'art. 3 del codice deontologico che fa espresso divieto al medico di attuare qualsiasi tipo di discriminazione nei confronti del malato, sembra opportuno sottolineare che le stesse Raccomandazioni SIAARTI, che pure richiamano la necessità di considerare l'età come criterio per l'accesso in TI, non hanno stabilito alcuna soglia. Il criterio dell'età non è dunque da intendere come espressione di una selezione sociale, sulla base di una minore dignità del più anziano o in base a un suo minor valore economico: al contrario, rappresenta l'elemento che, da un lato contribuisce a definire il criterio clinico concorrendo in concreto a declinare sinteticamente appropriatezza e proporzionalità dei trattamenti in ogni singolo malato, dall'altro, nella speciale contingenza della disproporzione critica tra domanda e offerta di assistenza, promuove quella giustizia distributiva che è un principio universalmente riconosciuto in ambito etico-clinico.

D'altra parte un solido corpo di prove scientifiche mostra che pazienti con età maggiore di 80 anni, quando ricoverati in TI, presentano un decorso gravato da un maggior numero di complicanze e da una mortalità più alta di quella della restante popolazione di pazienti, correlata all'età, alle comorbidità, alla fragilità, allo stato cognitivo, alla qualità della vita prima e dopo la dimissione dalla TI¹⁵
16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28

In sintesi, non si tratta di compiere scelte di valore, ma di riservare le scarse risorse disponibili a chi ha più probabilità di sopravvivenza e a chi si ritiene che ne riceverà maggiori benefici (anni di vita salvata) per il maggior numero di persone. Un criterio dell'età, inteso in questo senso, che non presupponga una diversa dignità fra le persone, risulta anche coerente con i principi di beneficia-

rità, non maleficenza e giustizia e che, d'altronde, si applica già quotidianamente in numerose situazioni cliniche come nel caso dei trapianti di organo.

3. ETÀ ANAGRAFICA ED ETÀ BIOLOGICA: L'APPROCCIO SCIENTIFICO

In generale, il tasso di mortalità aumenta in modo esponenziale al trascorrere del tempo secondo la legge di Gompertz per la quale “la diminuzione della resistenza di un uomo alla morte è tale che alla fine di uguali intervalli di tempo infinitamente piccoli, egli perde uguali porzioni della forza di resistenza alla morte che gli rimane e che aveva all'inizio di quegli intervalli”²⁹.

Makeham, successivamente, agguise alla componente della mortalità dovuta al solo invecchiamento, una componente per causa accidentale³⁰. In sintesi, al crescere dell'età diminuisce la capacità fisiologica di impedire la propria decadenza fisica di per sé, ma anche in ragione del fatto che gli esseri umani accumulano deficit funzionali che, agendo come fattori di stress biologici, li rendono sempre più fragili e vulnerabili alla morte.

La fragilità, misurabile attraverso il “Frailty Index” (FI), è definita come uno stato clinico di maggiore vulnerabilità multidimensionale causato dal declino dei sistemi fisiologici e delle loro riserve funzionali associato o meno all'età^{31,32}. È accertato che il tasso medio annuale di accumulo di deficit funzionali a cominciare dall'età di 20 anni è pari a circa il 4.5%, raddoppia in media ogni 15.4 anni e triplica tra i 50 e gli 80 anni. Le fluttuazioni individuali dei tassi di accumulo dei deficit sono a loro volta da ascrivere ai differenti tempi di recupero che si riducono al crescere dell'età e all'intensità dell'agente in grado di indurre il deficit^{33,34}.

Per comprendere come età e deficit funzionali agiscano nel determinismo della mortalità è possibile utilizzare un modello in cui: 1) lo stato di salute individuale può essere approssimato a una rete di nodi interconnessi (variabili biologiche e cliniche) ciascuno dei quali può trovarsi in due stati: danneggiato/non danneggiato; 2) l'evoluzione dello stato della rete è governata da perturbazioni ambientali casuali ad azione continua che possono cambiare lo stato di ciascun nodo;

3) la transizione di un singolo nodo allo stato “danneggiato” è sia spontanea che influenzata dallo stato dei nodi connessi: se danneggiati a loro volta, essi accelerano la transizione del primo. Attraverso la rete il danno dei singoli nodi facilita il danno dei nodi collegati; 4) l’asimmetria della distribuzione dei nodi riflette il fatto che mentre la maggior parte di essi ha solo un piccolo numero di connessioni (per es. un’articolazione), alcuni sono invece correlati a molte variabili (per es. funzione cardiocircolatoria); 5) i nodi con il numero più alto di connessioni definiscono lo stato generale della rete e condizionano la mortalità meglio di un sottinsieme di nodi più piccolo^{35,36,37}.

Questo modello riflette le proprietà dell’organismo: la sua struttura di rete, la sua asimmetria, il ruolo dell’ambiente, e l’effetto cumulativo del danno.

Gli anziani tendono quindi a morire prima degli individui più giovani sia a parità di punteggio FI, sia in condizione di punteggio FI più basso.

Pertanto, al fine di effettuare il triage in una condizione di eccezionale carenza di risorse assistenziali, è possibile considerare l’età anagrafica, a parità di condizioni cliniche, come un indicatore sintetico dello stato di salute della persona malata e della sua capacità di resistere sia al naturale processo di decadimento fisico, sia agli intercorrenti fattori di stress biologico che ne aumentano la vulnerabilità.

4. CONCLUSIONI

Non c’è dubbio che la pandemia da CoViD-19 abbia imposto l’esigenza di un nuovo sguardo anche a proposito del dilemma etico di un SSN chiamato dall’emergenza a scegliere chi curare quando la domanda di assistenza supera la quantità complessiva di risorse disponibili. Tuttavia, come affermato da Stefano Rodotà nella prefazione al libro “Scelte tragiche” di Calabresi e Bobbit³⁸ i dilemmi etici non si risolvono con l’abbondanza; essi nascono paradossalmente dal sistema universalista, che essendo per sé stesso un sistema di diritti, crea immediatamente una tensione tra quelli del singolo ad esser curato e quelli della comunità ad esser tutelata.

Il diritto individuale entra così continuamente in conflitto con quello della comunità; lo fu quando furono

prodotte le prime apparecchiature per la dialisi, lo è tuttora per i trapianti, lo è stato, non più tardi di alcuni anni orsono, per i farmaci contro l’epatite C, lo sarà a breve per il vaccino contro il virus SARS-CoV-2³⁹. In ogni momento, a prescindere dalla loro entità, le risorse disponibili sono finite e, in ogni momento, saranno ripartite secondo criteri, impliciti o espliciti, che soddisferanno in modo differente bisogni diversi, ma non tutti.

È quindi apprezzabile il documento del CNB, poiché esplicitare questi criteri li rende valutabili anche in termini etici, permettendo ai cittadini di compiere scelte consapevoli e responsabili.

Tuttavia, il criterio di scelta clinico non risponde al dilemma posto dalla pandemia da CoViD-19 ai clinici: avendo a disposizione risorse per un solo malato, come scelgo quale malato trattare tra due o più malati a parità di condizioni cliniche?

Se non si fosse considerato il parametro dell’età nel modo in cui lo interpreta, in un’ottica utilitarista e con tutt’altre finalità, il parere di minoranza, cioè come fattore extra-clinico, ma come indicatore sintetico della condizione clinica di una persona malata per la quale si deve prendere comunque e urgentemente una decisione capitale, si sarebbe fornito ai clinici uno strumento di valutazione che, nella tragica concitazione dei giorni di marzo e aprile, avrebbe garantito scelte esplicite, condivise, scientificamente fondate e perciò stesso meno gravose.

NOTE E BIBLIOGRAFIA

* GRG è coautore delle “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” editate il 6 marzo 2020 dalla Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI).

1. Istituto Superiore di Sanità. Epicentro. L’Epidemiologia per la Sanità Pubblica – Focolaio internazionale di infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2. <https://bit.ly/3bJ1HeD> (ultimo accesso 12 settembre 2020).

2. World Health Organization. Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19

Covid-19:
la decisione clinica
in condizioni
di carenza di risorse
e il criterio del
“triage in emergenza
pandemica”

Documenti
di etica
e bioetica

– 11 March 2020. <https://bit.ly/3aJz-8gl> (ultimo accesso 1 settembre 2020).

3. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00028) GU Serie Generale n.61 del 09-03-2020.

4. Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, Brambillasca P, Lussana F, Pisano M, et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. Downloaded from *catalyst.nejm.org* on April 1, 2020 <https://bit.ly/341ZKHm> (ultimo accesso 15 settembre 2020).

5. FROMCeO Lombardia. Nuova lettera indirizzata ai vertici della sanità lombarda – I presidenti degli ordini provinciali della Regione Lombardia (FROMCeO) 06.04.2020 <https://bit.ly/2XjuCBL> (ultimo accesso 15 settembre 2020).

6. Imarisio M. Coronavirus, il medico di Bergamo: «Negli ospedali siamo come in guerra. A tutti dico: state a casa». *Corriere della Sera*. 09.03.2020. <https://bit.ly/2UyNg77> (ultimo accesso 18 settembre 2020).

7. Dominioni I. Mario Riccio: «Ogni giorno devo decidere chi deve essere intubato e chi no, chi deve vivere o morire» *Linkiesta*. 27.03.2020. <https://bit.ly/3bNOhfv> (ultimo accesso 18 settembre 2020).

8. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. March 18, 2020 DOI: 10.1056/NEJMp2005492 <https://bit.ly/3bKvFyy> (ultimo accesso 22 settembre 2020).

9. Truog RD, Mitchell C, Daley GQ. The toughest triage: allocating ventilators in a pandemic. *N Engl J Med*. Published online March 23, 2020. doi:10.1056/NEJMp2005689

10. Ferraresi M. A coronavirus cautionary tale from Italy: don't do what we did. *Boston Globe*. March 13, 2020 <https://bit.ly/2UZxh1Y> (ultimo accesso 23 settembre 2020).

11. Corrias P. Claudia sola in trincea, costretta a decidere chi poteva salvarsi. *La Repubblica*. 11.04.2020 <https://bit.ly/2JXUStF> (ultimo accesso 25 settembre 2020).

12. 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. 06.03.2020 <https://bit.ly/3dNkE1y> (ultimo accesso 30 settembre 2020).

13. Comitato Nazionale per la Bioetica – Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica". <https://bit.ly/3igrSfv> (ultimo accesso 12 settembre 2020).

14. Associazione Italiana Medicina delle Catastrofi – considerazioni su CoViD-19 <https://bit.ly/3l6gEMx> (ultimo accesso 12 settembre 2020).

15. Poole D, Finazzi S, Nattino G, Radrizzani D, Gristina G, Malacarne P, et al. The prognostic importance of chronic end-stage diseases in geriatric patients admitted to 163 Italian ICUs. *Minerva Anestesiol* 2017;83(12):1283-12983.

16. Philippart F, Vesin A, Bruel C, Kpodji A, Durand-Gasselini B, Garçon P, et al. The ETHICA study (part I): elderly's thoughts about intensive care unit admission for life-sustaining treatments. *Intensive Care Med* 2013;39:1565-73

17. Lorenz K, Lynn J, Morton SC, Dy S, Mularski R, Shugarman L, et al. Agency for Health Research and Quality Evidence Report Summaries. End of Life care and outcomes; 2004. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11874>

18. Nasa P, Juneja D, Singh O, Dang R, Arora A. Severe sepsis and its impact on outcome in elderly and very elderly patients admitted in intensive care unit. *J Intensive Care Med* 2012;27:179-183.

19. Ihra GC, Lehberger J, Hochrieser H, Bauer P, Schumtz R, Metnitz B, et al. Development of demographics and outcome of very old critically ill patients admitted to intensive care units. *Intensive Care Med* 2012;38:620-626

20. Garland A, Olafson K, Ramsey CD, Yogendran M, Fransoo R. Distinct determinants of long-term and short-term survival in critical illness. *Intensive Care Med* 2014;40:1097-1105 .

21. Flaatten H, De Lange DW, Morandi A, Andersen FH, Artigas

- A, Bertolini G, et al. VIP1 study group. Withholding or withdrawing of life-sustaining therapy in older adults (≥ 80 years) admitted to the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2017;43(12):1820-1828
22. Muscedere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG, Maslove D, et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med* 2017;43(8):1105–1122.
23. Guidet B, Flaatten H, Boumendil A, Morandi A, Andersen FH, Artigas A, et al. Withholding or withdrawing of life-sustaining therapy in older adults (≥ 80 years) admitted to the intensive care unit. VIP 1 study group. *Intensive Care Med.* 2018;44(7):1027-1038.
24. Ferrante LE, Pisani MA, Murphy TE, Gahbauer EA, Leo-Summers LS, Gill TM. The Association of Frailty With Post-ICU Disability, Nursing Home Admission, and Mortality: A Longitudinal Study. *Chest.* 2018;153(6):1378-1386
25. Launey Y, Jacquet H, Arnouat M, Rousseau C, Nessler N, Seguin P. Risk factors of frailty and death or only frailty after intensive care in non-frail elderly patients: a prospective non-interventional study. *J Intensive Care.* 2019;7:48. doi: 10.1186/s40560-019-0403-3. eCollection 2019
26. Bagshaw SM, Stelfox HT, McDermid RC, Rolfson DB, Tsuyuki RT, Baig N, et al. Association between frailty and short- and long-term outcomes among critically ill patients: a multicentre prospective cohort study. *CMAJ* 2014;186:E95-E102.
27. Iwashyna TJ, Ely EW, Smith DM, Langa KM. Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. *JAMA* 2010;304:1787-1794.
28. Kahn JM, Angus DC, Cox CE, Hough CL, White DB, Yende S, et al. The Epidemiology of Chronic Critical Illness in the United States. *Crit Care Med* 2015;43:282-287.
29. Gompertz B. On the nature of the function expressive of the law of human mortality and on a new model of determining life contingencies. *Phil Trans R Soc* 1825;115:513–585.
30. Makeham WM. On the Law of Mortality and the Construction of Annuity Tables, in *J. Inst. Actuaries and Assur. Mag* 1860;8:301–310.
31. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173(5):489–495.
32. McDermid RC, Bagshaw SM. Scratching the surface: the burden of frailty in critical care *Intensive Care Med* 2014;40:740–742.
33. Mitnitski AB, Rockwood K. The rate of aging: the rate of deficit accumulation does not change over the adult life span. *Biogerontology* 2016;17:199–204.
34. Mitnitski AB, Song X, Rockwood K. Assessing biological aging: the origin of deficit accumulation. *Biogerontology* 2013;14:709–717.
35. Mitnitski AB, Rutenberg AD, Farrell S, Rockwood K. Aging, frailty and complex networks. *Biogerontology* 2017;18:433–446.
36. Farrell S, Mitnitski AB, Rockwood K, Rutenberg A. Network model of human aging: frailty limits and information measures. *Phys Rev* 2016;94 (5-1) DOI:10.1103/PhysRevE.94.052409 .
37. Mitnitski AB, Taneja S, Rutenberg A, Rockwood K. The origin of biological age: statistical mechanics of deficit accumulation. *Gerontologist* 2014;54(2):164.
38. Calabresi G, Bobbit P. Scelte tragiche. Giuffrè Ed. Milano, 2006.
39. Piano Vaccini Covid-19 – Roma 16 dicembre 2020 Aggiornamento Conferenza Stato – Regioni. <https://bit.ly/2LCrFbH> (ultimo accesso 16 dicembre 2020)

Covid-19:
la decisione clinica
in condizioni
di carenza di risorse
e il criterio del
“triage in emergenza
pandemica”

Documenti
di etica
e bioetica