
LA PANDEMIA DA COVID-19: MUTAMENTO E PERSISTENZE

TITOLO INGLESE

Lucia Craxi* e Davide Mazzon**

1. INTRODUZIONE

La pandemia da COVID-19 ha reso manifeste alcune questioni etiche scomode da affrontare, quali quella dell’allocazione delle risorse limitate, dell’obbligo vaccinale, della comunicazione di contenuti scientifici al pubblico e della fiducia nella scienza.

Nel campo dell’accesso alle risorse sanitarie, in particolare, essa sembra avere reso reali alcuni di quegli esperimenti mentali caratteristici della bioetica, sebbene disprezzati da filosofi come Singer, che li declassano a “filosofia ridotta a rompicapo per il gioco degli scacchi”¹. Benché estremizzati e semplificati per rendere immediatamente evidenti alcuni elementi chiave della scelta morale, tale tipo di esperimenti mentali hanno infatti già dimostrato di non essere del tutto inverosimili. Proprio uno dei più noti tra questi dilemmi, quello del *trolley*, fu formulato dalla filosofa Philippa R. Foot², in relazione al tema dell’aborto e contro la dottrina del doppio effetto, ispirandosi a un’altra situazione estrema ma assolutamente reale. Quando nel giugno del ’44 Londra vide piovere dal cielo sulla parte meridionale povera della

* Dipartimento di Biomedicina, Neuroscienze e Diagnostica Avanzata, Università degli Studi di Palermo, Consulta di Bioetica Onlus

** Direttore UOC Anestesia e Rianimazione Belluno, Consulta di Bioetica Onlus

1) Intervista su Philosophy Bites, <http://philosophybites.com/2010/08/peter-singer-on-the-life-you-can-save-1.html>

2) P. FOOT, “The problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect”, *Oxford Review*, n. 5, p. 196.

città le prime bombe V1 naziste, il suo primo ministro Winston Churchill scelse di salvare molti a discapito di pochi, prendendosi la responsabilità di decidere quali cittadini far vivere e quali fare morire: diede ordine agli agenti alleati infiltrati nei servizi segreti tedeschi di passare ai nazisti informazioni false sui reali luoghi di caduta delle V1, per non far loro modificare le traiettorie delle bombe in modo da salvaguardare le zone centrali di Londra, più frequentate e sede dei centri di potere, a discapito di aree più periferiche e meno affollate della città. Secondo i calcoli degli storici, la scelta di Churchill salvò la vita di più di diecimila persone, ma seimila morirono³.

Già nell'editoriale del primo fascicolo del 2020 di *Bioetica. Rivista interdisciplinare* – di fatto chiuso prima dell'avvento di COVID-19, per quanto pubblicato alla fine dell'anno – il direttore Maurizio Mori fa cenno alle principali tematiche etiche emerse nel corso della pandemia, che verranno poi affrontate più diffusamente nei fascicoli seguenti. Mori fa riferimento a una “deflagrazione categoriale”, ovvero “uno sconvolgimento dei quadri mentali invalsi” che “ha mandato in frantumi l'usuale modo di vedere il mondo”⁴.

A tale “deflagrazione categoriale”, dunque a tale fenomeno di profondo mutamento, si è accompagnato però anche l'emergere con chiarezza di alcune persistenze, ovvero di alcune costanti del tessuto culturale e medico italiano, che svelano connessioni profonde tra due temi apparentemente diversi: quello del fine vita e della libertà di scelta nella cura e quello dell'allocazione delle risorse. Quali punti in comune tra un tema che ha come fulcro l'individuo e un tema che ha come fulcro la collettività? La risposta è che nel modo in cui come paese abbiamo reagito alla drammatica carenza di risorse sanitarie a disposizione possiamo individuare alcune strutture costanti che influenzano anche il dibattito sul fine vita in Italia.

Indiscutibilmente la malattia è, come ci ha insegnato la storiografia di *Les Annales*, una “struttura in negativo” della società, che come tale influenza pesantemente lo sviluppo e l'aspetto della società stessa. Nello specifico molte epidemie hanno determinato momenti di crisi e di trasformazione nelle istituzioni, quali ad esempio ristrutturazioni nell'organizzazione degli organi

3) D. EDMONDS, *Would you kill the fat man? The Trolley Problem and What Your Answer Tells Us about Right and Wrong*, Princeton University Press, Princeton, 2014, (trad.it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014), pp. 3-6.

4) M. MORI, “Editoriale”, *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, 2020, n.1, p. 7.

preposti al controllo sanitario, o anche profonde trasformazioni economiche⁵. Tale assunto certamente vale anche per la pandemia da COVID-19, ma è altrettanto importante ricordare che le società sono resistenti al cambiamento, e che le trasformazioni sociali sono fenomeni di lunga durata per antonomasia, dunque forse il mondo è cambiato meno di quanto immaginiamo.

Altrettanto rilevante dunque è analizzare ciò che sembra persistere nonostante il profondo stress cui la nostra società è sottoposta. Eventi critici come quello che abbiamo vissuto sono molto interessanti perché mettono pressione sulle società e ne mettono a nudo al meglio le strutture sociali, nonché i valori che a queste strutture sono sottesi e gli assunti culturali di base: attraverso il tipo di risposte che come società abbiamo formulato di fronte all'emergenza, possiamo leggere con chiarezza alcune strutture e modelli che sono più resistenti al cambiamento.⁶

Charles Rosenberg, noto storico della medicina, nel mezzo di un'altra epidemia che avrebbe cambiato il mondo, l'HIV, scriveva⁷:

In un altro dei suoi aspetti teatrali, un'epidemia assume la caratteristica di spettacolo, mobilitando le comunità per mettere in atto rituali proprietari che incorporano e riaffermano i valori sociali fondamentali e i modi del comprendere.

Le epidemie costituiscono una sezione trasversale della società, riflettendo in quella prospettiva trasversale una particolare configurazione delle forme istituzionali e dei presupposti culturali. Proprio come un drammaturgo sceglie un tema e gestisce lo sviluppo della trama, così una particolare società costruisce la sua risposta caratteristica a un'epidemia.

5) L. CRAXÌ, "Empiricism and common sense: the management of Public Health in the Kingdom of Sicily (1575-1860)", *Medicina Historica*, 1 (2020), n. 4, pp. 12-19.

6) D.S. JONES, "History in a Crisis - Lessons for Covid-19", *New England Journal of Medicine*, 2020, n. 382, pp. 1681-1683.

7) C.E. ROSENBERG, "What is an epidemic? AIDS in historical perspective", *Daedalus*, 1989, n. 188, p. 2:

In another of its dramaturgic aspects, an epidemic takes on the quality of pageant – mobilizing communities to act out proprietary rituals that incorporate and reaffirm fundamental social values and modes of understanding.

Epidemics constitute a transverse section through society, reflecting in that cross-sectional perspective a particular configuration of institutional forms and cultural assumptions. Just as a playwright chooses a theme and manages plot development, so a particular society constructs its characteristic response to an epidemic.

Alcune di queste strutture riguardano il ruolo della medicina e le scelte di cura, e caratterizzano non solo la nostra risposta di fronte alla pandemia, ma anche il dibattito sul tema del fine vita e della libertà di scelta in Italia.

2. IL GAP TRA VALORI DICHIARATI E REALTÀ DEI FATTI: LA VICENDA DELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI DURANTE I PRIMI MESI DELLA PANDEMIA

Lo scollamento tra valori dichiarati e valori reali, tra dichiarazioni e azioni, è stata una costante nel dibattito sui temi di inizio e di fine vita in Italia, che *Bioetica. Rivista interdisciplinare* ha cercato nel corso degli anni di evidenziare. Durante la pandemia la medesima ambivalenza è emersa con chiarezza in più circostanze.

Un chiaro esempio di tale forma di schizofrenia emerge dall'analisi di quanto avvenuto nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) nei primi due mesi della pandemia.⁸

La carenza di indicazioni e linee guida, di personale, di dispositivi di protezione, di un collegamento alla rete ospedaliera e di una politica di test⁹ ha determinato un massacro¹⁰ che era ampiamente evitabile. Una rapida disamina dei fattori sopra elencati rende immediatamente chiaro che questo disastro è stato frutto della convergenza tra scelte gestionali errate e rischiose nel momento contingente e politiche di lungo termine altrettanto devastanti, caratterizzate da decenni di trascuratezza nella pianificazione e gestione di queste strutture.

Quando le istituzioni italiane hanno riconosciuto l'epidemia da COVID-19 come una grave minaccia per la salute dei cittadini, l'attenzione del pubblico è stata indirizzata principalmente verso ciò che stava accadendo negli ospedali. Gran parte degli sforzi – specialmente in regioni come la Lombardia – sono stati indirizzati al potenziamento delle unità di terapia intensiva e all'incremento del numero dei posti e dei ventilatori a disposi-

8) https://www.lidentitadiclio.com/cassetti_di_clio/anziani-coronavirus/

9) <https://welforum.it/il-punto/emergenza-coronavirus-tempi-di-precarieta/covid-19-e-rsa-oggi-e-domani/>

10) Questi i dati del terzo rapporto di Epicentro, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-3.pdf>

zione. Un acceso dibattito si è sviluppato intorno all'impiego dell'età come criterio di selezione per l'accesso alle terapie intensive e sui rischi di una discriminazione nei confronti dei pazienti anziani. Mentre discutevamo del nostro dovere di prenderci cura degli anziani non lasciandoli fuori dalle unità di terapia intensiva, abbiamo dimenticato il nostro dovere di pianificare l'assistenza e la cura per gli anziani¹¹, cosa che sarebbe stata indiscutibilmente più appropriata. Le scelte fatte in Italia negli ultimi decenni in termini di gestione e protezione degli anziani sembrano dimostrare un totale scollamento tra il valore nominale attribuito agli anziani, che ha spinto a fare proclami contro criteri di accesso alle terapie intensive correlati all'età, e il valore reale che abbiamo dimostrato di assegnare ai nostri anziani con le politiche messe in campo per proteggerli e renderli meno vulnerabili. Si tratta di milioni di persone per le quali sinora si è fatto poco o nulla per organizzare i luoghi di vita e di cura in modo accogliente e sicuro.

3. LA PRIMAZIA DEL TRIAGE CLINICO NELL'ACCESSO ALLE TERAPIE INTENSIVE IN CONDIZIONI DI RISORSE DRAMMATICAMENTE LIMITATE

Un altro chiaro esempio dello scollamento tra valori proclamati e realtà dei fatti è emerso in relazione alla questione dell'accesso alle terapie intensive nei primi mesi della pandemia.

Non tutti i tipi di cure sono sempre accessibili a tutti i pazienti in Italia, è un dato di fatto che fronteggiamo ormai da molti anni con il crescere dei costi delle prestazioni sanitarie, ivi inclusi alcuni farmaci innovativi ad alto costo per i quali si rende necessaria una selezione e una attribuzione di priorità¹². E non è nuovo nemmeno il fatto che sia necessario limitare

11) Utile il riferimento in tal senso al Duty to Plan da parte dell'Hastings Center in relazione alla pandemia. Cfr. N. BERLINGER, M. WYNIA, T. POWELL, D. M. HESTER, A. MILLIKEN, R. FABI, F. COHN, L.K. GUIDRY-GRIMES, J. CARLIN WATSON, L. BRUCE, E. J. CHUANG, G. OEI, J. ABBOTT, N. PIPER JENKS, *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19 Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice*, Hastings Center, 2020.

12) L. CRAXÌ, C. CAMMÀ, A. CRAXÌ, "HCV: the best cure possible or the best possible cure?", *Journal of Viral Hepatitis*, 22(2015), n. 8, pp. 627-629,

l'accesso anche a prestazioni salva vita, vedi il caso di trapianti di organo solido, specie di quegli organi per cui non esiste la possibilità di un impiego temporaneo di trattamenti che si sostituiscono nelle funzioni all'organo¹³. Dunque viviamo in un paese in cui continuiamo a proclamare la possibilità di accesso a tutte le cure per tutti, ma la realtà dei fatti non è questa: esiste spesso una sproporzione tra la domanda di cura e la capacità di risposta del sistema sanitario, che nel caso dell'accesso alle terapie intensive durante la pandemia è emerso con maggiore evidenza al pubblico.

È necessario ricordare sempre l'importanza di vivere in un paese in cui l'equità è un valore fondamentale e la salute è garantita dalla nostra Costituzione (articolo 32) come un diritto di ogni individuo, indipendentemente dalla sua cittadinanza. L'intero nostro Servizio Sanitario Nazionale a partire dalla sua creazione nel 1978 ha una impostazione universalistica, e ciò può essere motivo di orgoglio. Tuttavia oggi il rischio è che, idealizzando e banalizzando la tutela del diritto alla salute, si rischi di fatto di essere iniqui. La tutela del diritto alla salute rimane un cardine essenziale, ma è necessario ricordare che si tratta di tutela del miglior livello di salute raggiungibile. Laddove le risorse a disposizione siano drammaticamente inferiori alla richiesta, se non si creano criteri di allocazione e selezione trasparenti e condivisi si genereranno enormi iniquità di accesso.

Mentre ancora l'opinione pubblica altalenava tra l'incredulità, lo stupore e la negazione della realtà, l'epidemia da COVID-19 ha travolto il nostro sistema sanitario mostrandone tutte le debolezze e soprattutto le enormi differenze tra una regione e l'altra, figlie della regionalizzazione e non di un "federalismo solidale" e primo potente generatore di iniquità.

WOS:000357396100001, PubMed ID: 26135025, Scopus 2-s2.0-84934760594, DOI: 10.1111/jvh.12411

13) Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF) Commissione Bioetica Permanente, *Allocazione delle risorse nel trapianto di fegato: aspetti etici*, Roma, 2019. <https://www.webaisf.org/wp-content/uploads/2019/10/Documento-Allocazione-trapianti-CBP-AISF.pdf>

U. CILLO, P. BURRA, V. MAZZAFERRO, L. BELLI, A.D. PINNA, M. SPADA, A. NANNI COSTA, P. TONIUTTO, "I-BELT (Italian Board of Experts in the Field of Liver Transplantation). A Multistep, Consensus-Based Approach to Organ Allocation in Liver Transplantation: Toward a Blended Principle Model", *American Journal of Transplantation*, 10 (2015), n. 15, pp. 2552-2561. doi: 10.1111/ajt.13408. Epub 2015 Aug 14. PubMed PMID:26274338

Se l'epidemia avesse colpito alcune regioni del Sud con altrettanta violenza, avremmo dovuto fare i conti in modo più esplicito con ciò che è successo ma che tuttora viene minimizzato: in alcuni ospedali del Nord Italia i posti in terapia intensiva, i ventilatori e il personale non sono stati sufficienti per tutti coloro che ne avevano bisogno. Si sono fatte delle scelte in accesso alle terapie intensive e queste scelte sono ricadute interamente sulle spalle e sulla coscienza dei medici¹⁴.

L'Italia non era minimamente preparata a tale tipo di scelte. Nessun piano di razionamento delle risorse sanitarie in caso di epidemie influenzali – le più probabili da ipotizzare – era stato mai creato né condiviso tra gli esperti del settore.¹⁵ Nei primi convulsi giorni di diffusione di COVID-19 in Italia, la Società Italiana di Anestesia e Rianimazione (SIAARTI) ha fatto lo sforzo coraggioso, anche se per certi versi ingenuo e impulsivo, di cercare di dare una risposta al bisogno di avere standard di valutazione uniformi e trasparenti nella scelta in merito all'accesso alle terapie intensive durante l'emergenza della pandemia, al fine di aumentare per quanto possibile il numero di anni di vita salvati. Ma le raccomandazioni SIAARTI¹⁶ sono state scritte e pubblicate precipitosamente, senza che fosse realizzabile un momento di condivisione e valutazione da parte della comunità medica. L'inserimento nel documento di un *cut-off* puro legato all'età, che è stato il principale oggetto del contendere, manca dei necessari chiarimenti e di una analisi etica fondata che ne giustifichi il rationale, chiarendo se si tratti di un mero crite-

14) L. ROSENBAUM, "Facing Covid-19 in Italy – Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line", *New England Journal of Medicine*, 20 (2020), n. 382, pp. 1873-1875. doi:10.1056/NEJMp2005492

M. NACOTI, A. CIOCCA, A. GIUPPONI, P. BRAMBILLASCA, F. LUSSANA, M. PISANO et al, "At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation", *New England Journal of Medicine Catalyst*, 2020. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>

15) G. P. PISANO, R. SADUN, M. ZANINI, "Lessons from Italy's Response to Coronavirus", *Harvard Business Review*, 2020 Mar 27. <https://hbr.org/2020/03/lessons-from-italys-response-to-coronavirus>

16) Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, "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", 2020. <https://efaidnbmnnnibpajpcglefndmkaj/https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/03/SIAARTI-Covid19-Raccomandazioni-di-etica-clinica.pdf>

rio extra-clinico o di un indicatore clinico da inserire nel quadro più ampio di una scelta basata su un criterio di beneficio di sopravvivenza. Per quanto possa risultare evidente che l'intenzione degli estensori del documento fosse quella di inserire l'età come indicatore clinico da adottare in modo intuitivo e immediato – in assenza di dati e conoscenze più complete – nel quadro di un criterio di beneficio di sopravvivenza, lo scarso approfondimento etico e la durezza dell'indicazione, l'hanno resa bersaglio di pesanti critiche e di notevoli fraintendimenti.¹⁷

Il dibattito che ne è seguito è stato molto aspro: se da una parte le raccomandazioni hanno avuto il sostegno di molti – tanto da essere recepite da parte di organismi istituzionali come la Regione Veneto –, e un'ampia diffusione a livello internazionale, dall'altra sono state duramente osteggiate in nome del richiamo alla tutela del diritto alla salute e dell'obbligo deontologico per il medico di tutelare il bene e la vita dei propri pazienti¹⁸.

Nonostante il comprensibile sconforto dei medici di fronte all'idea di dovere scegliere, anzi forse proprio per quello, si sarebbe però dovuto evitare un atteggiamento di totale negazione della realtà e spostare il piano della riflessione dall'etica clinica all'etica di salute pubblica, totalmente assente in Italia.

Ben due mesi più tardi, nell'aprile del 2020, quando la prima ondata epidemica è ormai in calo, il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) fornisce un parere sulla questione dell'accesso alle terapie intensive nell'emergenza della pandemia da COVID-19¹⁹. In tale parere, pur chiamando in causa il concetto di “*triage* in emergenza pandemica”, dunque l'idea di una selezione di accesso per i pazienti, il CNB di fatto non dà nessuna indicazione specifica e tecnica. Il parere, richiamandosi a una generica appropriatezza clinica, rimette al singolo medico l'intera responsabilità della scelta, senza nessuna indicazione specifica, risultando nel complesso insipido nel contenuto ed inutile sul piano applicativo.

Al di là dell'enorme *distress* morale che questa impostazione può generare nel medico, essa è un generatore di grandi iniquità. Il solo giudizio

17) L. CRAXÌ, M. VERGANO, J. SAVULESCU, D. WILKINSON, “Rationing in a Pandemic: Lessons from Italy”, *Asian Bioethics review*, 2020, n. 12, pp. 325–330 <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00127-1>

18) <https://portale.fnomceo.it/anelli-fnomceo-su-documento-siaarti-nostra-guida-resta-il-codicedeontologico/>

19) Comitato Nazionale di Bioetica, *Parere: COVID-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “Triage in emergenza pandemica”*, 8 aprile 2020

clinico del medico, per quanto indispensabile, non è sufficiente: può essere soggetto a enorme variabilità da caso a caso e da persona a persona. Senza contare il fatto che in assenza di scelta, specie nelle fasi iniziali di emergenza, esso lascia spazio al criterio “*first come-first served*”, ancor più nocivo perché correlato a fattori totalmente casuali come il momento di insorgenza della malattia o la distanza fisica dall’ospedale.

Per quale motivo non volere fare chiarezza affidandosi a un generico riferimento al *triage* clinico? Forse per non destare allarme in quei primi convulsi momenti. Tuttavia tale approccio troppo somiglia alle motivazioni addotte per giustificare il privilegio terapeutico (i.e. negare alla persona malata la verità sulle sue condizioni): il rischio di demoralizzare il paziente e togliere la speranza. Un’altra possibile motivazione è che ci fosse un profondo dissenso all’interno del CNB in merito a quali dovessero essere i criteri da impiegare e come andassero interpretati. In ultimo sembra che piaccia ancora in Italia, specie a una certa parte della classe medica, l’idea di mantenere nelle mani del medico tanta discrezionalità in scelte eticamente rilevanti. In tal modo ancora una volta, come nel fine vita, si è lasciato con il parere del CNB quanto più spazio possibile, oltre i limiti del lecito e delle competenze del clinico, alla sola valutazione clinica senza considerare altre componenti e senza fare chiarezza sui criteri di scelta sottostanti.

La facoltà di decidere in merito alle sorti del singolo paziente senza informarlo sulle decisioni prese, nel caso del COVID-19 non si è declinata (o non solo) nella tradizionale forma della mancata informazione al singolo paziente o dell’imposizione del punto di vista del medico, ma più in generale nell’assenza di indicazioni chiare e trasparenti in merito ai criteri di accesso alle terapie intensive. È come se una ben nota forma di paternalismo fosse slittato verso l’alto – il CNB, il governo, nonché noti rappresentanti della professione medica –, dove si è scelto di non prendere decisioni o di prenderle senza dirlo esplicitamente, mascherando la realtà dietro slogan privi di fondamento reale quali “curare tutti”.

Il riferimento al *triage* clinico induce l’illusione di una oggettività che di fatto non c’è. Se in condizioni di risorse normali infatti l’indicazione clinica è univoca ed è volta a ottenere il maggiore beneficio possibile per il paziente, in condizioni di risorse limitate invece le logiche di scelta sono guidate da una selezione che esige criteri alla base. In tale ambito dunque non esiste il *triage* clinico *tout court*, esistono criteri che impiegano indicatori clinici, ma ogni criterio può avere ispirazioni profondamente diverse. Si

possono infatti impiegare i medesimi indicatori clinici per applicare criteri diversi. Laddove impiegato un criterio del beneficio clinico, gli indicatori consentiranno di escludere i troppo gravi che non avranno alcun beneficio, o i troppo lievi per i quali il beneficio comunque non sarebbe rilevante. I medesimi indicatori clinici viceversa possono essere impiegati come strumento di misurazione che consenta di applicare un criterio di urgenza, al fine di dare priorità solo e sempre ai più urgenti, dunque ai più gravi. Ma è possibile anche impiegare gli indicatori clinici per ottenere il massimo guadagno in termini di anni di vita, dunque con un'impronta più marcatamente utilitarista. Dunque fare riferimento al *triage* clinico non vuole dire quasi nulla, salvo il fatto che non vengono impiegati indicatori puramente extra clinici. Le interpretazioni possibili per una indicazione così ambigua dunque sono due. Nel primo caso potremmo intendere che l'indicazione sia la seguente: una volta esaurita la possibilità di impiegare gli indicatori clinici per applicare un criterio di beneficio, è opportuno impiegarli per applicare un criterio più marcatamente utilitarista; in tal caso però non è chiaro se si intenda ottimizzare il numero di vite salvate o gli anni di vita guadagnati. Una seconda possibile interpretazione di tale ambiguità è che si voglia ufficialmente negare l'esistenza del problema e rimettere per intero la decisione al giudizio del singolo clinico, il quale ha facoltà di impiegare gli indicatori clinici per adottare il criterio che istintivamente ritiene più opportuno²⁰. Superati i primi tempi convulsi invece, il progredire delle conoscenze sulla malattia avrebbe potuto consentire di contemperare efficacemente l'impiego di una serie di indicatori clinici con un valore prognostico affidabile (gravità dello stato attuale, patologie concomitanti, pregresso stato funzionale, presumibile risposte ai trattamenti), con la considerazione per la volontà espressa dal paziente capace e gli strumenti forniti dalla Legge n.219/2017, per portare avanti un *triage* in grado di bilanciare i principi di beneficiabilità, di autonomia e di giustizia.

In concreto, chi ha dovuto affrontare le scelte in merito all'accesso ai trattamenti – scelte che ovviamente, nonostante gli infingimenti, sappiamo bene che ci sono state – ha dovuto affrontare un profondo *moral distress*. Il

20) Su questa linea si pone la posizione di minoranza di Maurizio Mori. Cfr. M. MORI, "Le Raccomandazioni SIAARTI puntano nella direzione giusta", in Comitato nazionale per la Bioetica, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, cit.

singolo medico si è trovato ad affrontare un compito che non può in alcun modo gestire da solo, dal momento che l'etica medica tradizionale, incentrata sul singolo paziente, non può essere di nessun aiuto nello scegliere come agire quando è necessario considerare non più solo il singolo paziente che si ha davanti, ma anche gli altri che sono in attesa o arriveranno a breve.²¹

In sintesi l'Italia, primo tra i paesi occidentali ad affrontare scelte eticamente complesse relative all'accesso alle terapie intensive durante la pandemia, si è dimostrata del tutto impreparata non solo sul piano organizzativo, ma anche sul piano di una seria e approfondita riflessione sul tema dell'accesso a risorse drammaticamente limitate e più in generale sulle questioni di etica di salute pubblica, il che spiega tra l'altro molte delle critiche al documento SIAARTI.

Tutto ciò ha portato a una totale assenza di consapevolezza e di condivisione sui principi da applicare nella allocazione delle risorse limitate, che si estende ben oltre quello dell'accesso alle terapie intensive. Basti pensare al campo dei trapianti di organo solido, molto simile, sebbene con proporzioni numeriche più limitate. Nei trapianti il concetto di limite di età è lungamente esistito anche al di là di una ragionevole differenza in termini di beneficio di sopravvivenza. I criteri di accesso e prioritizzazione nel campo dei trapianti di organo solido meriterebbero anch'essi una riflessione più approfondita, poiché allo stato attuale, in ragione della complessità clinica della valutazione del *matching* donatore ricevente e del sistema di reperimento degli organi, sono consentiti talvolta ai singoli centri o ai singoli medici margini di discrezionalità più ampi del dovuto e soprattutto una certa eterogeneità nei criteri di prioritizzazione.

In questo vuoto di riflessione etica si inserisce la medicina e il giudizio clinico del medico, ecco che la fondamentale e ineliminabile capacità di interpretare il dato clinico sconfinava nella facoltà di scegliere per il paziente: lo vediamo per il fine vita, ma lo abbiamo visto emergere anche nel parere del CNB sull'accesso alle terapie intensive.

Se esaminiamo la ben nota triade religione, magia e scienza, lungamente e approfonditamente studiata da ben noti antropologi e sociologi, ci rendiamo conto ancora una volta dei notevoli punti in comune tra queste tre strutture sociali, e ancor di più della fluidità del posizionamento della medi-

21) D.K. SOKOL, "Make the care of your patient your first concern", *British Medical Journal*, 2011, n. 342, d. 646.

cina al loro interno. La medicina non è solo scienza, è spesso confusa con la magia: basti pensare all'atteggiamento magico che la gente ha nei confronti della medicina: non la capisce, non ne conosce i fondamenti scientifici e il metodo conoscitivo e si attende magicamente l'immediata soluzione a ogni problema. Salvo il fatto che, e la pandemia lo ha ben evidenziato, la ampia possibilità per la popolazione di accedere a fonti di informazione, ha amplificato *bias* cognitivi e il ricorso a fallacie argomentative, dando voce ad una ampia costellazione di critiche infondate sul ricorso alla vaccinazione, sull'adozione di trattamenti suffragati da evidenze scientifiche, portando ad una contestazione anche radicale su approcci alle scelte adottate nei vari scenari di cura. Così talvolta la medicina si rifugia in una realtà chiusa ed impenetrabile dall'esterno in cui i medici devono assurgere – lieti di farlo in alcuni casi, consapevoli del rischio che ciò comporta in altri – a sacerdoti con capacità di valutare ciò che è bene e ciò che è male²².

1. UN DIFFICILE TENTATIVO DI CONCILIAZIONE

Nel tentativo di trovare una conciliazione con le posizioni di SIAARTI, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) dopo il parere del CNB propone l'istituzione di un gruppo di lavoro con la SIAARTI che porta alla pubblicazione nell'ottobre del 2020 di un documento congiunto²³. L'obiettivo, esplicitato nel documento è quello di “avviare congiuntamente una riflessione riportando in modo condiviso il ragionamento entro l'alveo della deontologia medica e di valutare l'opportunità di prevedere eventuali modifiche del Codice di Deontologia Medica”. Il documento dunque dovrebbe fungere da base per

22) Come scrive Starr: “Like the sovereign in Hobbes's Leviathan, their authority extends to the meaning of things”, cfr. P. STARR, “The Social Origins of Professional Sovereignty”, in *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Books, New York, 1982, p. 3.

23) Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) e Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), *Scelte terapeutiche in condizioni straordinarie*, 22 ottobre 2020, https://efaidnbmnnnibpajpcgclefindmkaj/https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/10/DOCUMENTO-FINALE-FNOMCEO_SIAARTI_22-OTTOBRE-2020_x.pdf

il lavoro della Consulta Deontologica Nazionale (CDN) della FNOMCeO nella stesura di un nuovo articolo del Codice, che la SIAARTI ha proposto di intitolare “*Allocazione delle risorse sanitarie in condizioni di squilibrio tra richieste e disponibilità*” ma che non risulta essere stato ripreso dalla FNOMCEO. Il documento riconosce esplicitamente “la sproporzione fra richiesta di cura e capacità di risposta del sistema” e formalizza in modo chiaro la necessità di introdurre un criterio di beneficio in casi di risorse drammaticamente limitate, chiarendo che l’età biologica può rientrare tra i “criteri” ma non in uso esclusivo. Sarebbe stato più corretto fare riferimento all’età come indicatore piuttosto che come criterio, ma soprattutto il riferimento a un “concreto, accettabile e duraturo beneficio” rimane vago, poiché non vengono fatte distinzioni chiare tra *short-term survival* e *long-term survival*, né tanto si ragiona sulle differenze tra beneficio in termini di numero di anni di vita guadagnati complessivamente e beneficio in termini di numero di vite salvate.

Il 9 luglio l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) invita la SIAARTI e la e Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA) a collaborare per stilare un documento che definisca i criteri di *triage* per l’accesso alla Terapia Intensiva in pandemia, con riferimento all’eventualità di una completa saturazione delle risorse. Dopo le consultazioni²⁴, la versione definitiva del documento viene pubblicata nel gennaio del 2021 sul sito del Centro Nazionale per l’Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure (CNEC) nella sezione Buone pratiche clinico assistenziali.

Il documento raccoglie le premesse e gli obiettivi delle Raccomandazioni SIAARTI, li amplia correggendone le imprecisioni, grazie anche a una riflessione estesa anche agli aspetti giuridici e medico-legali del problema.

Obiettivo generale del documento è quello di offrire ai professionisti sanitari uno strumento idoneo a rispondere in modo appropriato alla pandemia da COVID-19, nel caso in cui si verifichi uno squilibrio tra domanda di assistenza sanitaria e risorse disponibili, con particolare riferimento alle cure intensive. In esso si afferma che scopo del *triage* di terapia intensiva è quello di garantire i trattamenti al maggior numero possibile di pazienti critici che ne possano trarre beneficio clinico, basandosi su parametri prognostici ben

24) SNLG dell’Istituto Superiore di Sanità, Comunicati CNEC, *Avviso di consultazione pubblica sul documento “Decisioni Per Le Cure Intensive In Caso Di Sproporzione Tra Necessità Assistenziali E Risorse Disponibili In Corso Di Pandemia Di Covid-19”*, 19 novembre 2020.

suffragati da evidenze scientifiche.

Il documento chiarisce che la valutazione di ciascun caso, mirata a stratificare le probabilità di superare la condizione critica con il supporto delle cure intensive, “dovrà procedere basandosi sulla valutazione globale di ogni singola persona malata attraverso i seguenti parametri: numero e tipo di comorbilità; stato funzionale pregresso e fragilità rilevanti rispetto alla risposta alle cure; gravità del quadro clinico attuale; presumibile impatto dei trattamenti intensivi, anche in considerazione dell’età del/la paziente; volontà della persona malata riguardo alle cure intensive, che dovrebbe essere indagata prima possibile nella fase iniziale del triage”.²⁵

Per evitare fraintendimenti il documento precisa che l’età “deve essere considerata nel contesto della valutazione globale della persona malata e non sulla base di *cut-off* predefiniti”. Solo a parità di altre condizioni, il dato anagrafico può avere un ruolo nella valutazione globale della persona malata, in quanto con l’aumentare dell’età si riducono le probabilità di risposta alle cure intensive.

Creato allo scopo di fornire supporto ai professionisti, il documento mira anche a garantire la trasparenza delle scelte e la chiara esplicitazione dei criteri decisionali, salvaguardando così il rapporto di fiducia tra cittadini, sanitari e Servizio sanitario Nazionale durante l’emergenza.

Nonostante la maggiore organicità nell’approccio al problema, le competenze multidisciplinari – in cui però pesa negativamente la assenza di un bioeticista di estrazione non clinica – e il vaglio della consultazione, anche il documento congiunto SIAARTI-SIMLA manca l’obiettivo di un serio approfondimento sul tema del criterio del beneficio di sopravvivenza in condizioni di risorse drammaticamente limitate, mantenendo un generico riferimento a una “ragionevole aspettativa di vita”. Esso di fatto non riesce a motivare con sufficiente chiarezza le ragioni che dal punto di vista etico giustificano il passaggio dall’approccio egualitarista, che sta alla base del nostro ordinamento giuridico e dell’organizzazione dell’intero sistema sanitario nazionale, a un criterio di tipo utilitarista (salvare il maggiore numero di vite).

25) Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) e Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA), *Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia di covid-19*, 13 gennaio 2021, https://efaidnbmnnnibpcajpc-glclefndmkaj/https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/01/2021_01_13__LI-NEE-GUIDA_DECISIONI-CURE-INTENSIVE_Def.pdf

Quest'ultimo criterio, inevitabile in un contesto di risorse drammaticamente limitate, necessita tuttavia di precisazioni e argomentazioni chiare che lo giustificino agli occhi del pubblico e anche della comunità medica, per sua tradizione abituata a un'etica incentrata sul perseguimento del migliore risultato possibile per il singolo paziente. Per motivare adeguatamente tale tipo di passaggio concettuale e per evitare alcune imprecisioni semantiche e concettuali, sarebbe stata opportuna all'interno del *panel* la presenza di almeno un bioeticista esperto di questioni di etica della salute pubblica. La scelta sarebbe stata per altro coerente con il fatto che tra le aree di interesse individuate nel documento è esplicitamente annoverata quella etica, che necessita di strumenti di analisi razionale per costruire un appropriato *framework* di valutazione. Quanto detto è dimostrato dal fatto che in ogni altro paese dove siano stati prodotti documenti del genere le figure dei bioeticisti hanno avuto un ruolo centrale.

4. CONCLUSIONI

L'analisi dei documenti prodotti in Italia sul tema dell'accesso alle terapie intensive durante la pandemia da COVID-19 evidenzia con chiarezza che la riflessione sulle questioni di accesso alle risorse drammaticamente limitate nel nostro Paese è ancora molto acerba e meriterebbe lavori di indagine più accurata e approfondita, utili non solo alla soluzione dei temi connessi alla pandemia, ma anche alla risoluzione di altri temi eticamente rilevanti nell'ambito dell'etica di sanità pubblica.

Tra le principali ragioni alla base degli aspri contrasti che hanno avuto luogo in Italia su questo tema vi è per certo una insoddisfacente definizione e distinzione concettuale tra tre elementi chiave nel campo dell'allocatione delle risorse: principi, criteri e indicatori.

Il dato però ancor più interessante è che l'acceso dibattito sviluppatosi deriva in larga parte dall'emergere di un contrasto percepito tra l'etica clinica e l'etica di salute pubblica. Tale contrasto è reso ancor più aspro dal persistere nel nostro Paese dell'idea dell'incontrovertibilità del giudizio clinico al di sopra di qualsiasi altra valutazione e della sua assoluta oggettività. Ciò a cui è necessario mirare è che la medicina torni a svolgere il suo ruolo fondamentale ed esclusivo di scienza e che essa fornisca le necessarie indicazioni cliniche per costruire, col contributo di altri esperti (bioeticisti, economisti,

giuristi), strumenti di valutazione eticamente fondati, senza più spazio per residui paternalismi o privilegi.

Bioetica. Rivista interdisciplinare ha contribuito alla maturazione e alla crescita delle conoscenze in questo ambito, con la pubblicazione dell'articolo di Alessandro Blasimme, Marco Canevelli e Fabrizio Rufo sul fascicolo 2/3 del 2020²⁶ e di Annalisa Righino e Stefano Palladino sul fascicolo 2 del 2021²⁷. Tale apertura verso i temi di giustizia distributiva e accesso alle risorse limitate mostra la capacità della rivista di cogliere e affrontare i temi emergenti nel dibattito bioetico italiano, mostra il suo sapere essere “giovane”, nonostante la sua lunga storia editoriale, ovvero la sua capacità di rinnovarsi e rispondere a esigenze nuove.

Molto ancora va fatto in questa direzione, considerato anche il fatto che la pandemia ha rappresentato una nuova chiamata alle armi per la bioetica, investendola, soprattutto nei paesi con una più solida tradizione in questo senso come gli Stati Uniti e Gran Bretagna, di un ruolo rilevante nella formulazione di *policy* adeguate.

Un commento di recente pubblicato su *Nature*²⁸ sottolinea ad esempio come per la prima volta a partire dal 1999, anno della sua creazione, lo Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE), di fronte alla necessità di fornire una consulenza alla World Health Organization in merito a come distribuire tra i 194 paesi membri le scorte inizialmente ridotte di vaccini per COVID-19 a disposizione, abbia scelto di includere nel proprio gruppo di lavoro dei bioeticisti e di creare un *framework* etico che potesse informare e giustificare le raccomandazioni sulla prioritizzazione dei vaccini nei diversi paesi membri. Fino a quel momento SAGE, come molti altri organismi di consulenza, aveva basato le proprie raccomandazioni esclusivamente sull'evidenza scientifica, in particolare su dati immunologici

26) A. BLASIMME, M. CANEVELLI, F. RUFO, “Covid-19 e criteri etici per l'accesso alle cure intensive: un esame critico”, *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, 2020, n. 2/3, pp. 295-314.

27) A. RIGHINI, S. PALLADINO, “Covid-19: scelta necessitata dei pazienti in condizioni di *shortage*. Per un inquadramento giuridico”, *Bioetica. Rivista interdisciplinare*, 2021, n. 2, pp. 226-246.

28) R. FADEN, A. CRAVIOTO, J. HOMBACH, D.C. KASLOW, S. KOCHHAR, H. NOHYNEK, A. WILDER-SMITH, M.A. CRANE & S.B. OMER, “Who to vaccinate first? A peek at decision-making in a pandemic”, *Nature*, 2022, n. 607, pp. 235-238, doi: <https://doi.org/10.1038/d41586-022-01899-2>.

ed epidemiologici e sui risultati dei *trial* clinici. In molti degli ambiti che riguardano l'allocazione delle risorse in sanità le scelte sono state lungamente affidate in modo esclusivo al giudizio dei clinici. La pandemia ha reso evidente che in specifici contesti il dato clinico da solo non basta e sono necessari criteri eticamente fondati per giustificare le scelte.

Negli anni a venire è estremamente probabile che nuovi e complessi problemi di accesso e razionamento di risorse limitate sorgeranno e dobbiamo farci trovare pronti. Se vogliamo continuare a rispettare i valori di equità che ispirano il nostro sistema, sarà necessario sviluppare una riflessione fondata non solo sull'etica clinica ma anche su un'etica di salute pubblica. Le risposte che abbiamo dato ad oggi e che daremo in futuro saranno lo specchio dei valori che effettivamente come paese vogliamo difendere, oltre quelli che proclamiamo.

ABSTRACT

L'analisi dei documenti prodotti in Italia sul tema dell'accesso alle terapie intensive durante la pandemia da COVID-19 indica che la riflessione sulle questioni di accesso alle risorse drammaticamente limitate nel nostro Paese è ancora molto acerba e meriterebbe lavori di indagine più accurata e approfondita con un contributo multidisciplinare.

Bioetica. Rivista interdisciplinare ha contribuito alla maturazione e alla crescita delle conoscenze in questo ambito, con la pubblicazione di diversi articoli. Tale apertura verso i temi di giustizia distributiva mostra la capacità della rivista di cogliere e affrontare i temi emergenti nel dibattito bioetico italiano, mostra il suo sapere essere "giovane", nonostante la sua lunga storia editoriale, ovvero la sua capacità di rinnovarsi e rispondere a esigenze nuove.

The review of documents released in Italy on the issue of access to intensive care units during the COVID-19 pandemic suggests that the discussion on the issues of access to dramatically limited resources in our country is still immature and deserves an in-depth investigation with a multidisciplinary contribution.

Bioetica. Rivista interdisciplinare has contributed to the growth of knowledge in this field, with the publication of several articles. This openness to the issues of distributive justice shows the magazine's ability to grasp and address emerging issues in the Italian bioethical debate, it shows its ability to be "young", despite its long publishing history, namely its ability to renew itself and respond to new needs.

COVID-19 • Triage • Allocazione risorse
Comunicazione • Salute pubblica

KEYWORDS

COVID-19 • Triage • Allocation of resources
Communication • Public Health