

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 'trriage' 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'allocation delle risorse sanitarie troverà in quei giorni più dissensi che condivisioni 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'allocation 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