

## Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento 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"

MARIASSUNTA PICCINNI<sup>1</sup>, ANNA APRILE<sup>2</sup>, PAOLO BENCIO LINI<sup>3</sup>, LUCIA BUSATTA<sup>4</sup>, ELENA CADAMURO<sup>5</sup>, PAOLO MALACARNE<sup>6</sup>, FRANCESCA MARIN<sup>7</sup>, LUCIANO ORSI<sup>8</sup>, ELISABETTA PALERMO FABRIS<sup>9</sup>, ALESSANDRA PISU<sup>10</sup>, DEBORA PROVOLO<sup>11</sup>, ANTONIO SCALERA<sup>12</sup>, MARTA TOMASI<sup>13</sup>, NEREO ZAMPERETTI<sup>14</sup>, DANIELE RODRIGUEZ<sup>15</sup>

<sup>1</sup>Ricercatrice di diritto privato, Università di Padova; <sup>2</sup>Professoressa associata di medicina legale, Università di Padova; <sup>3</sup>Professore ordinario di medicina legale i.q., Università di Padova; <sup>4</sup>Docente a contratto, Università di Padova; <sup>5</sup>Assegnista di diritto penale, Università di Padova; <sup>6</sup>Direttore UO Anestesia e Rianimazione, PS Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana; <sup>7</sup>Ricercatrice di filosofia morale, Università di Padova; <sup>8</sup>Medico palliativista, Crema, vicepresidente SICP, già Direttore Dipartimento Cure Palliative, Mantova; <sup>9</sup>Professoressa associata di diritto penale i.q., Università di Padova; <sup>10</sup>Professoressa associata di diritto privato, Università di Cagliari; <sup>11</sup>Ricercatrice di diritto penale, Università di Padova; <sup>12</sup>Consigliere, Corte di appello di Catanzaro; <sup>13</sup>Collaboratrice di ricerca, Università di Trento; <sup>14</sup>UOC Hospice e cure palliative, Ospedale di Bolzano; <sup>15</sup>Professore ordinario di medicina legale i.q., Università di Padova.

*Pervenuto su invito il 30 marzo 2020.*

**Riassunto.** Il 6 marzo 2020 la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) ha pubblicato 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". Il documento, che si pone lo scopo di proporre criteri decisionali di cura a fronte di eccezionali squilibri tra esigenze di salute e risorse, ha suscitato molte reazioni, all'interno della comunità medico-scientifica, nel mondo accademico e sul piano mediatico. Il presente lavoro si propone, nel contesto di emergenza internazionale di salute pubblica per l'epidemia di CoViD-19 attualmente in atto, di esplicitare le basi etiche, deontologiche e giuridiche del Documento SIAARTI e di prospettare integrazioni di natura metodologica e argomentativa utili alla comprensione e contestualizzazione dei criteri decisionali che esso propone. Il gruppo misto di lavoro che ha contribuito alla stesura di questo scritto è concorde nel ritenere opportuno che il personale sanitario, impegnato in particolare nell'assistere tutti coloro che al momento necessitano di trattamenti intensivi o sub-intensivi, possa beneficiare di chiare indicazioni operative utili a orientare l'azione di cura e, al contempo, che la popolazione possa conoscere in anticipo quali criteri orienteranno le scelte tragiche che potranno ricadere su ciascuno. Il presente contributo riflette quindi, preliminarmente, sulla opportunità della presa di posizione della SIAARTI e sugli obiettivi che il Documento SIAARTI si pone, per poi procedere a dimostrare come le indicazioni in esso contenute possano trovare collocazione in una condivisa prospettiva interdisciplinare, etica, deontologica e giuridica.

**Parole chiave.** Ammissione trattamenti intensivi, distribuzione risorse scarse, pandemia CoViD-19.

*Ethical, deontologic and legal considerations about SIAARTI Document "Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances".*

**Summary.** On 6 March 2020, the Italian Society of Anaesthesia Analgesia Resuscitation and Intensive care (SIAARTI) published the document "Clinical Ethics Recommendations for Admission to and Suspension of Intensive Care in Exceptional Conditions of Imbalance between Needs and Available Resources". The document, which aims to propose treatment decision-making criteria in the face of exceptional imbalances between health needs and available resources, has produced strong reactions, within the medical-scientific community, in the academic world, and in the media. In the current context of international public health emergency caused by the CoViD-19 epidemic, this work aims to explain the ethical, deontological and legal bases of the SIAARTI Document and to propose methodologic and argumentative integrations that are useful for understanding and placing in context the decision-making criteria proposed. The working group that contributed to the drafting of this paper agrees that it is appropriate that healthcare personnel, who is particularly committed to taking care of those who are currently in need of intensive or sub-intensive care, should benefit from clear operational indications that are useful to orient care and, at the same time, that the population should know in advance which criteria will guide the tragic choices that may fall on each one of us. This contribution therefore firstly reflects on the appropriateness of the SIAARTI standpoint and the objectives of the SIAARTI Document. It then turns to demonstrate how the recommendations it proposes can be framed within a shared interdisciplinary, ethical, deontological and legal perspective.

**Key words.** Admission intensive care, CoViD-19 pandemic, scarce resource allocation.

## Premessa

Il 6 marzo 2020 la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) ha pubblicato 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” (d’ora in poi Documento SIAARTI). La SIAARTI, che ha da tempo avviato una riflessione anche etica e giuridica sulle scelte di cura e sulle questioni che in medicina legano indissolubilmente vita e morte, si rivolge primariamente a rianimatori e anestesisti impegnati nel fronteggiare l’emergenza generata dall’epidemia da coronavirus in corso.

Il Documento SIAARTI ha suscitato molte reazioni nel nostro Paese, all’interno della comunità medico-scientifica, nel mondo accademico e sul piano mediatico<sup>1-11</sup>. Alla sua pubblicazione sono via via seguite diverse prese di posizione nei più svariati contesti internazionali che, pur con diverse sfumature<sup>12-14</sup>, non si sono discostate dai principi e criteri ivi indicati.

Siamo consapevoli della complessità della situazione e delle difficoltà di esprimere valutazioni non in previsione o a posteriori rispetto agli avvenimenti, ma nel mentre la realtà è in costante drammatico mutamento; in questo contesto, già il 6 marzo 2020 sembra una data “lontana” e le nostre riflessioni rischiano di diventare intempestive. D’altronde, è la stessa vicinanza dello scenario che ci sollecita a intervenire e a prendere posizione anche rispetto ad alcuni criteri decisionali proposti nelle Raccomandazioni del Documento SIAARTI, che, se non contestualizzati nella gravissima emergenza in corso, sarebbero difficilmente accettabili.

Con il presente lavoro ci proponiamo di condividere le nostre competenze, da un lato, con la comunità medico-scientifica, e in particolare con chi è in prima linea nel prendersi cura di tutti coloro che al momento necessitano di un supporto di terapia intensiva o sub-intensiva, e dall’altro, con la popolazione. L’obiettivo è di esplicitare le basi etiche, deontologiche e giuridiche del Documento SIAARTI e di prospettare alcune integrazioni sul piano metodologico e argomentativo che giovino alla comprensione e contestualizzazione dei criteri decisionali proposti nelle 15 raccomandazioni contenute nel Documento. Riteniamo che, nel contesto che si va delineando, sia importante per il personale sanitario avere alcune chiare indicazioni operative che possano orientare l’azione di cura nei confronti di tutti i pazienti (con o senza infezione da CoViD-19). Al contempo, ci sembra opportuno che la popolazione sia messa in condizione di sapere in anticipo quali criteri orienteranno le scelte tragiche che potranno ricadere su ciascuno. Promuovere la trasparenza e la conoscenza dei criteri di accesso e dimissione alle terapie intensive può anche incentivare la popolazione a comportamenti responsabili e a un utilizzo consapevole delle risorse sanitarie<sup>15</sup>.

## Il contesto di riferimento

Siamo di fronte a una situazione di eccezionale gravità, che accomuna tutti gli Stati.

Già il 30 gennaio 2020 l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato l’emergenza internazionale di salute pubblica per l’epidemia di CoViD-19, dettando le Linee guida per la sorveglianza globale sul fenomeno, poi riclassificato come pandemia<sup>16</sup>. Nel nostro Paese, il Consiglio dei Ministri, con Delibera del 31 gennaio 2020, ha disposto lo “stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”. Il provvedimento è fondato sull’esercizio dei poteri previsti all’art. 24 del d.lgs. n. 1/2018 (Codice della protezione civile), che disciplina lo “stato di emergenza di rilievo nazionale”. In particolare, la situazione di emergenza, per il momento della durata di sei mesi, è stata classificata tra quelle più gravi, ricadendo nella previsione dell’art. 7, comma 1°, lett. c), d.lgs. n. 1/2018 (“emergenze di rilievo nazionale connesse con eventi calamitosi di origine naturale o derivanti dall’attività dell’uomo che in ragione della loro intensità o estensione debbono, con immediatezza d’intervento, essere fronteggiate con mezzi e poteri straordinari da impiegare durante limitati e predefiniti periodi di tempo...”).

In questa situazione, quello sanitario rappresenta il principale sistema organizzato di risposta.

La condizione di eccezionale pressione degli ospedali e dei diversi setting di cura è sotto gli occhi di tutti. A essere direttamente e drammaticamente coinvolti, però, oltre alle persone malate (affette da CoViD-19 o da altre patologie) e ai loro familiari, sono tutti i professionisti della salute e i lavoratori che ruotano intorno alle strutture sanitarie.

Sebbene solo una percentuale ridotta di malati<sup>17</sup> acceda alle terapie intensive, un particolare carico ricade sugli anestesisti-rianimatori per una serie di fattori che caratterizzano questa emergenza sanitaria: sono i malati più gravi a necessitare di trattamenti intensivi; gli anestesisti-rianimatori sono depositari del sapere clinico e delle competenze tecniche necessarie per gestire e modulare le cure intensive; i setting di terapia intensiva e sub-intensiva si trovavano, per diverse ragioni, già prima della pandemia, in una situazione di carenza di risorse<sup>18</sup>.

È in questo difficile e inconsueto (quanto meno per il mondo occidentale) contesto che si inserisce il Documento SIAARTI.

Il testo, fin dal titolo, riassume in termini succinti ma precisi una situazione, quella di “condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili”, che è purtroppo già realtà in alcune aree geografiche della Lombardia e dell’Emilia-Romagna. Questa condizione potrebbe riguardare a breve anche altre zone del Paese<sup>19</sup>.

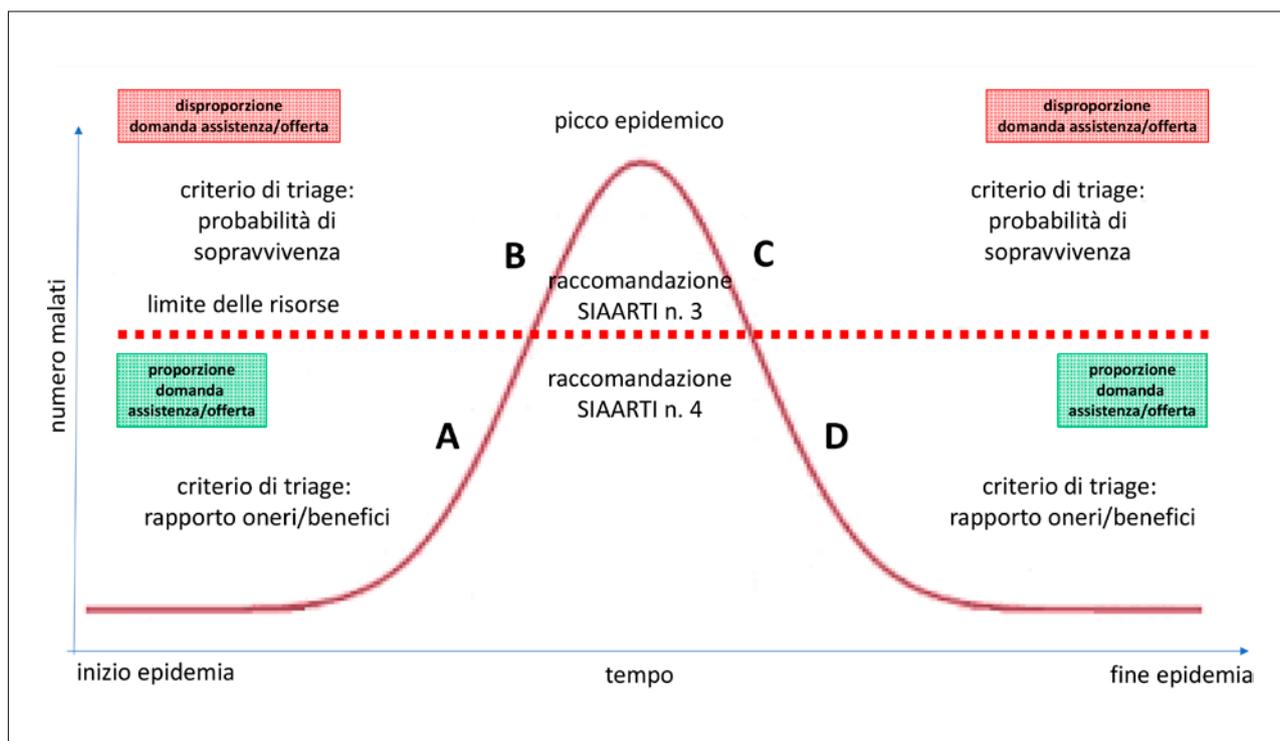
Scegliere in emergenza e con risorse limitate è un problema quotidiano e ordinario nelle terapie intensive. Analogamente, nei reparti di pronto soccorso si

attuano quotidianamente e normalmente pratiche di triage<sup>20</sup> (termine francese che, lo si ricorda, significa “scelta”, “selezione”), ove la priorità si stabilisce in base alla compromissione del quadro clinico: “più il paziente è grave, prima si tratta” (trriage secondo il criterio del rapporto “oneri/benefici”, di cui alla figura 1).

Il problema specifico, però, della situazione contingente è che l’epidemia in corso sta portando a una situazione di grave e talvolta gravissima carenza di risorse che non è “puntuale”, ma si presenta come “prospettica”. Per essere più precisi, l’emergenza non è concentrata in uno spazio e in un tempo dato e con un numero definito di malati (come può avvenire in occasione di un terremoto, di una inondazione o di un grave incidente stradale, ferroviario, aereo), ma si tratta di una crisi di sistema e in progress, cioè destinata a diffondersi, a protrarsi per uno spazio e un tempo non prevedibili, caratterizzata dall’incremento rapido e progressivo dei malati, in cui si rende necessario applicare criteri di razionamento straordinari.

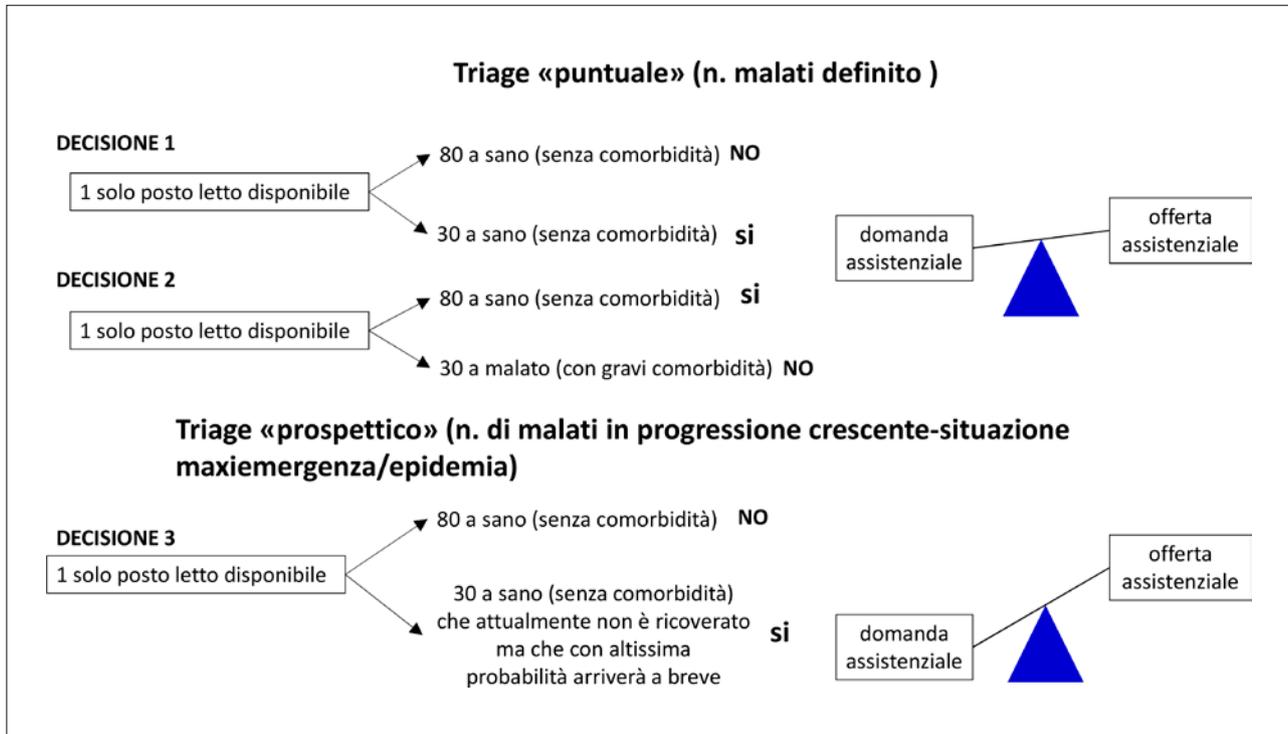
Lo stesso “trriage da maxi-emergenza” (si pensi, per esempio, alla classe di priorità caratterizzata dal colore blu, cui sono assegnati i pazienti che “pur non essendo ancora deceduti, presentano lesioni così gravi da lasciare pochissime speranze di sopravvivenza anche dopo trattamento immediato e intensivo”)<sup>20</sup>, richiamato nel Documento SIAARTI, dunque, può dover essere adattato alle peculiari caratteristiche del frangente in cui ci troviamo (trriage “prospettico”, secondo la terminologia di cui alla figura 2)<sup>21-24</sup>. Lo scenario in corso si avvicina, infatti, a quello di una guerra ed è in effetti nel contesto della medicina militare che è emersa, nei secoli scorsi, l’esigenza di individuare priorità di trattamento a fronte di una forte sproporzione tra risorse disponibili e gruppi di pazienti.

Il problema di grave squilibrio tra bisogni e risorse investe tutti i contesti di cura, ma, per le particolari caratteristiche di questa pandemia, ha un forte impatto sulle terapie intensive.



**Figura 1.** Funzionamento dei criteri del triage oneri/benefici rispetto all’andamento della pandemia.

Al crescere dell’epidemia nella fase ascendente della curva gaussiana (tratto A sotto la linea rossa del limite delle risorse), il triage è basato sul rapporto oneri/benefici, cioè sulle effettive indicazioni cliniche; vengono escluse le persone che ragionevolmente hanno un rapporto oneri/benefici sfavorevole (v. Documento SIAARTI, Raccomandazione n. 4). Quando la fase ascendente della curva supera la linea rossa (tratto B) e nella prima parte discendente della curva (tratto C), il triage viene fatto sulla probabilità di sopravvivenza fra le persone che pure presentano una indicazione clinica alla terapia: se i posti in terapia intensiva non sono sufficienti per tutte le persone che hanno un’indicazione clinica alla terapia, le risorse vengono distribuite innanzitutto a coloro che possono trarne maggiore beneficio; in questo senso, l’età biologica acquista un peso crescente nell’ambito della valutazione (v. Documento SIAARTI, Raccomandazione n. 3). Nell’ultima parte della curva discendente (tratto D sotto la linea rossa), il triage torna a essere basato sulle effettive indicazioni cliniche, venendo meno la necessità di valutazione/inclusione rispetto alla maggiore probabilità di sopravvivenza. Può essere utile precisare che: a) l’età anagrafica è correlata alla probabilità di sopravvivenza; la probabilità di sopravvivenza decresce al crescere dell’età anagrafica per la riduzione delle riserve funzionali e la maggior fragilità psico-fisica con minor risposta ai trattamenti e maggiore suscettibilità di effetti collaterali (danni) indotti dai trattamenti soprattutto intensivi (invasivi); b) l’età biologica, in assenza di comorbilità, coincide, nel singolo individuo, con l’età anagrafica ed è, quindi, correlata allo stesso modo alla aspettativa di vita; la probabilità di sopravvivenza decresce al crescere dell’età biologica per la riduzione delle riserve funzionali e la maggior fragilità psico-fisica con minor risposta ai trattamenti e maggiore suscettibilità di effetti collaterali (danni) indotti dai trattamenti (soprattutto invasivi); c) la comorbilità è correlata alla probabilità di sopravvivenza; questa decresce al crescere del numero e gravità delle comorbilità per la riduzione delle riserve funzionali e la maggior fragilità psico-fisica con minor risposta ai trattamenti e maggiore suscettibilità di effetti collaterali (danni) indotti dai trattamenti (soprattutto invasivi).



**Figura 2.** Triage “puntuale” vs triage “prospettico”.

Questo schema ha il mero scopo di chiarire la logica delle scelte di triage e, pertanto, le età indicate hanno un puro scopo esemplificativo e certamente non sono da considerare un limite fisso; quindi, non hanno un valore di cut-off.

È necessario impiegare mezzi per contrastare il contagio al di fuori, così come all’interno di tutti i contesti ospedalieri e di cura. Quanto alla specificità dei bisogni di chi richiede cure intensive, è necessario uno sforzo organizzativo “per aumentare la disponibilità di risorse erogabili” e promuovere la collaborazione tra centri più piccoli e centri dotati di maggiore disponibilità di risorse, al fine di posticipare il più possibile (e idealmente evitare) lo scenario tragico prospettato, in cui l’equità e l’universalità delle cure, principi cardine del nostro ordinamento e della nostra società, non possano più essere garantite. E questo, come emerge con chiarezza nel Documento SIAARTI, non solo per i malati di CoViD-19, ma per ogni paziente che necessiti di cure intensive.

Sembra opportuno precisare che lo scenario descritto richiede scelte tragiche e dilemmatiche, che vanno ben oltre l’ordinarietà delle tragic choices cui la medicina contemporanea è quotidianamente abituata (contesti di squilibrio tra bisogni di cura e risorse disponibili riguardano gli stessi macchinari per la rianimazione, ma si pensi, per esempio, anche agli organi da trapiantare): malgrado l’attuazione di piani strategici sul fronte economico e organizzativo, le risorse intensive si stanno rivelando in alcuni contesti (e potrebbero risultare a brevissimo in molti altri) insufficienti.

In queste circostanze si crea l’impossibilità di trattare tutti i pazienti che necessitano di cure in-

tensive: i curanti sono così costretti a scegliere chi deve essere trattato intensivamente quando non tutti possono continuare a esserlo<sup>25</sup>. In altri termini, quando non si riesce a fornire le cure intensive a tutti coloro che ne necessitano, si creano situazioni dilemmatiche che impediscono di fatto di rispettare *in toto* il principio del *favor vitae* e di adempiere al dovere etico, deontologico e giuridico di fornire l’assistenza necessaria. Da qui l’elemento di tragicità, perché salvare delle vite costituisce un guadagno ma a costo della perdita di altre vite, e il dovere di prestare assistenza intensiva può essere adempiuto nei confronti di alcuni, ma non di tutti coloro che ne hanno bisogno. È in tale contesto che si rende necessario un ripensamento degli ordinari criteri di accesso alle terapie intensive.

Da questo punto di vista, si deve fare chiarezza su un aspetto, ambiguo nel dibattito pubblico, ma che pure riteniamo indispensabile esplicitare: le conseguenze della pandemia si innestano nel sistema sanitario preesistente e sono dunque condizionate non solo dalle risorse, ma anche dai principi e criteri di funzionamento preesistenti. Questi devono essere preservati e non possono essere sacrificati in nome dell’emergenza. Nell’odierno contesto emergenziale, però, può non essere più sufficiente modificare le sole modalità operative di erogazione dei servizi, e può rendersi necessario rivedere anche i principi e i criteri di funzionamento, come già sta accadendo in tutti i contesti socio-sanitari.

Anche i setting di terapia intensiva o di terapia sub-intensiva non sono immuni da questo temporaneo passaggio “obbligato” da una condizione ordinaria a una condizione “eccezionale” (nelle figure 1 e 2 è schematizzato il funzionamento del triage in caso di pandemia confrontato con quello attuato in condizioni ordinarie; in tabella 1 sono riportati i compiti del medico intensivista).

### Responsabilità e trasparenza: sugli obiettivi del Documento SIAARTI

Prima di procedere a esplicitare i principi etici, deontologici e giuridici, su cui il Documento SIAARTI si innesta, riteniamo utile qualche precisazione a) sulla opportunità della presa di posizione della Società scientifica, nonché b) sugli obiettivi che il documento si pone, anche per rispondere alle prime reazioni delle cariche istituzionali della FNOMCeO<sup>26</sup>.

Quanto al primo punto, già da tempo la Corte costituzionale ha fissato alcuni principi che possono valere anche all'interno del contesto di emergenza che stiamo vivendo. È stato così affermato che “non è, di norma, il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le prati-

che terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni. Poiché la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione” (Corte costituzionale, sentenza n. 282/2002; sentenza n. 169/2017). Appare, dunque, evidente che i criteri con cui allocare le scarsissime risorse di terapia intensiva in un tempo di emergenza sanitaria non possano che essere stabiliti a livello medico-scientifico, nel rispetto in ogni caso dei principi costituzionali.

Il Documento SIAARTI, che proviene da soggetto scientificamente e istituzionalmente qualificato a elaborare raccomandazioni in tale ambito, ha il pregio di suggerire, in termini clinici, operativi e tecnici, alcuni criteri guida per le decisioni difficili da assumere in questo contesto.

All'interno del dibattito sollevato dalla diffusione del documento, alcune voci hanno suggerito che criteri di tal genere dovrebbero essere, piuttosto, individuati dal legislatore. Questa strada, però, contraddirebbe il principio di autonomia e responsabilità medica più volte richiamato dalla Corte costituzionale.

**Tabella 1.** Compiti specifici dei professionisti sanitari nell'accoglimento e nella gestione dei pazienti in terapia intensiva.

Applicare con la maggiore rigorosità possibile i criteri condivisi di adeguatezza clinica	La terapia intensiva proponibile per una polmonite interstiziale come quella da CoViD-19 è molto gravosa, prevedendo, fra l'altro, molti giorni di intubazione con lunghi cicli di pronazione, possibili grazie a una sedazione profonda e a una curarizzazione. Solo malati con una sufficiente riserva biologica/funzionale possono accedervi con una ragionevole speranza di un guadagno superiore ai costi che questa comporta. Per questo compito il triage è basato sulle effettive indicazioni cliniche, strettamente applicate; vengono escluse le persone che ragionevolmente hanno un rapporto oneri/benefici sfavorevole.
Effettuare scelte fra persone aventi indicazione clinica ad una terapia che però non è disponibile per tutti	Nelle circostanze in cui le risorse disponibili sono limitate e insufficienti, a fronte di più persone con indicazione a un trattamento clinicamente adeguato, è comunque necessario compiere una scelta. Fatte salve l'indicazione clinica e la proporzionalità etica, il criterio proponibile è la probabilità di sopravvivenza. Quest'ultima potrà essere attuata tenendo conto sia della comorbilità sia dell'età, con una rigorosa valutazione di quanto questi fattori comportino riduzione delle riserve funzionali, maggior fragilità psico-fisica, minor risposta ai trattamenti intensivi e maggiore suscettibilità a effetti collaterali. Il documento SIAARTI non indica un limite di età da considerare come cut-off, anche se prospetta la necessità di usare il criterio dell'età nella valutazione globale.
Attuare un triage prospettico	Il triage “puntuale” si attua in una situazione di emergenza puntuale con un numero definito di malati dove, a causa dello squilibrio fra la domanda e l'offerta assistenziale, l'unico letto disponibile viene assegnato alla persona presente con maggiore probabilità di sopravvivenza. Nel triage “prospettico” l'assegnazione dell'unico posto letto libero privilegia, invece, la persona con maggiore probabilità di sopravvivenza, anche se non attualmente presente ma che con altissima probabilità verrà condotta in ospedale a breve, rispetto alla persona ha minore probabilità di sopravvivenza.
Rivedere i criteri di scelta a seconda della dinamicità della situazione	Quando il numero delle persone malate è molto elevato e mutevole, come nelle epidemie, è molto difficile fare previsioni a medio termine; è necessario, quindi, monitorare con tempestività il numero sia di quanti accedono in situazione di distress respiratorio sia delle attrezzature disponibili per garantire, in presenza di indicazione clinica, il supporto intensivo al maggior numero possibile di persone.

Essa, inoltre, avrebbe il difetto di cristallizzare i termini di un bilanciamento che, invece, deve rimanere necessariamente fluido e adattabile alle specificità di ogni situazione. Le fonti normative già esistenti (in particolar modo, la legge n. 219 del 2017, in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento) rappresentano, anche in questo contesto emergenziale, l'architettura che regge la relazione di cura. Dal punto di vista della decisione sulle risorse scarse, infine, la complessa struttura della nostra organizzazione sanitaria affida già al medico la scelta sulle soluzioni terapeutiche disponibili e concretamente prospettabili.

Con riferimento al secondo aspetto (obiettivi del Documento SIAARTI), nella premessa alle Raccomandazioni ci sembra si possano individuare tre obiettivi, due dei quali esplicitamente elencati in A) e in B) e uno sottinteso e desumibile dal contesto che indichiamo con C). In merito a ciascuno di essi si osserva quanto segue.

A) *“Sollevare i clinici da una parte della responsabilità nelle scelte, che possono essere emotivamente gravose, compiute nei singoli casi”.*

Occorre non soffermarsi troppo sul lessico adottato e contestualizzare l'affermazione. In particolare, bisogna andare oltre l'espressione, ambigua, “sollevare dalla responsabilità”. È pacifico che nessun documento può sollevare, nemmeno in parte, il medico dalla responsabilità della scelta, che è sua prerogativa esclusiva.

Il Documento SIAARTI contiene raccomandazioni volte a orientare i processi decisionali: non sono né vincolanti né deresponsabilizzanti, semmai utilizzabili per rafforzare le decisioni. Pertinente, dunque, l'affermazione per cui “la dolorosa selezione dell'ordine di priorità nelle cure intensive può basarsi solo su una valutazione multidimensionale. Resta centrale il medico con il suo bagaglio di professionalità, esperienza e umanità”<sup>27</sup>. Criteri orientativi sono, d'altronde, importanti e utili, e, forse, in condizioni di emergenza e straordinaria insufficienza di risorse, risultano perfino necessari.

Per meglio comprendere il primo obiettivo che il Documento SIAARTI si pone è, dunque, dirimente la seconda parte della frase: “scelte che possono essere emotivamente gravose, compiute nei singoli casi”. Su questo punto non si può non convenire: la decisione deve essere presa non solo in emergenza (a questo il rianimatore è abituato), ma in presenza di plurimi bisogni assistenziali contemporanei e con risorse umane e organizzative insufficienti. Ed è questo il concetto da considerare come punto di partenza (perché esprime la condizione di difficoltà che l'obiettivo si propone di affrontare) e che deve portarci a considerare il “sollevare” come riferito alla carica emotiva della scelta.

La frase può, dunque, essere intesa così: “Sollevare i clinici dalla carica emotiva connessa a scelte che possono essere particolarmente gravose, nel singolo caso e nelle specifiche circostanze, mettendo a loro

disposizione una guida utilizzabile quale supporto nell'assunzione delle responsabilità”.

In ogni caso, la SIAARTI propone un documento che rende manifesta la guida di riferimento del Rianimatore per l'assunzione delle sue responsabilità. Le scelte dei professionisti sanitari in urgenza-emergenza sono sempre difficili; quando, inoltre, esistano condizioni di straordinaria complessità occorre prevenire il pericolo dell'improvvisazione da parte dei singoli medici di fronte alla difficoltà di analizzare le varie alternative e di operare scelte in tempi brevissimi.

B) *“Rendere espliciti i criteri di allocazione delle risorse sanitarie in una condizione di una loro straordinaria scarsità”.*

Questo punto B) è espresso in modo ineccepibile ed è congruente con il fatto che il documento esprime una “assunzione di responsabilità e di lealtà comunicativa anche verso i cittadini e i pazienti da parte della Società scientifica”<sup>28</sup>.

Attengono a questo obiettivo vari passi del Documento SIAARTI:

- nella premessa (pag. 1, in fondo) è precisato: “Ai pazienti e ai loro familiari interessati dall'applicazione dei criteri deve essere comunicata la straordinarietà delle misure in atto”;
- il punto 5 prevede che “deve essere considerata con attenzione l'eventuale presenza di volontà precedentemente espresse dai pazienti attraverso eventuali DAT [...] e pianificazione condivisa delle cure”, con questo raccomandando implicitamente il coinvolgimento, quando consentito dalle circostanze, dei familiari e del fiduciario;
- il punto 6 indica che “la decisione di porre una limitazione alle cure [...] dovrebbe essere comunque motivata, comunicata e documentata”;
- il punto 12 recita: “la decisione di limitare le cure intensive deve essere discussa e condivisa [...] e – per quanto possibile – in dialogo con il paziente (e i familiari), ma deve poter essere tempestiva”.

C) Sembra potersi individuare anche un terzo obiettivo, ora implicito, che potrebbe rafforzare i punti A) e B) e che potrebbe svilupparsi da quanto detto nel Documento SIAARTI poche righe prima di A) e B): “è importante che una modifica dei criteri di accesso possa essere condivisa il più possibile tra gli operatori coinvolti”.

Il testo potrebbe, dunque, porsi il terzo obiettivo di *“fornire un punto di riferimento che possa supportare i clinici nella modifica dei criteri di accesso a trattamenti intensivi in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili in modo che tali criteri possano essere condivisi il più possibile tra gli operatori coinvolti”.*

Per raggiungere tale obiettivo, sembra essenziale esplicitare il più possibile i fondamenti etici, deontologici e giuridici sottesi al Documento SIAARTI. Difatti, una maggior consapevolezza degli stessi è indispensabile perché il personale sanitario possa condi-

vedere, anche sul piano valoriale, i criteri decisionali proposti nelle Raccomandazioni.

### Principi di riferimento in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili

I principi di riferimento sono richiamati succintamente nella parte introduttiva del Documento SIAARTI e, quindi, concretizzati nei criteri orientativi individuati nelle 15 raccomandazioni.

Dal punto di vista etico-normativo, la modifica dei criteri di accesso ai trattamenti intensivi proposta dalla SIAARTI sembra articolarsi nei seguenti due punti.

1) *Integrare i criteri di appropriatezza clinica e di proporzionalità delle cure* (che attualmente guidano il processo decisionale per l'ammissione ai trattamenti intensivi e per la sospensione delle cure intensive)<sup>29-33</sup> *con quelli di giustizia distributiva e di appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate*. Dal punto di vista etico, questa integrazione invita a declinare la giustizia - che costituisce uno dei tradizionali principi dell'etica biomedica accanto al rispetto per l'autonomia, alla non maleficenza e alla beneficenza - non solo in termini di equità, ma anche di utilità. Infatti, se i criteri di appropriatezza clinica e di proporzionalità delle cure sembrano fare appello al principio dell'equità perché chiedono di distribuire benefici, rischi e costi in maniera equa<sup>1</sup>, i criteri di giustizia distributiva e di appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate appaiono, invece, orientati dal principio di utilità, cioè da quella norma che chiede di massimizzare la salute per il maggior numero di persone. Rispetto al tema dell'allocazione delle risorse, si pone così la questione del bilanciamento tra le considerazioni di equità, da un lato, e le valutazioni di stampo utilitaristico, dall'altro.

2) *Riconoscere come lo squilibrio tra le necessità cliniche reali e la disponibilità effettiva di risorse intensive porti anzitutto a promuovere la giustizia in termini utilitaristici*. Nella logica delle scelte di triage, un tale riconoscimento si rende necessario quando la fase ascendente della curva gaussiana supera la linea rossa del limite delle risorse indicata nella figura 1. Lo scenario d'emergenza fa sì che le risorse non possano più essere distribuite principalmente in base al rapporto oneri/benefici, facendo cioè riferimento innanzitutto alle indicazioni cliniche e alla compromissione del quadro clinico del paziente, come avviene in situazioni ordinarie, al di sotto cioè della suddetta linea rossa.

In effetti, in un contesto di grave o gravissima carenza di risorse, destinata con molte probabilità a protrarsi nel tempo, gli interventi intensivi e sub-intensivi potrebbero risultare efficaci e proporzionati per un numero di pazienti (con o senza infezione

da CoViD-19) nettamente superiore rispetto a quelli che possono essere effettivamente curati con le risorse disponibili. Di conseguenza, per periodi di tempo non preventivamente determinabili, si può prospettare un crescente divario tra bisogni effettivi e risorse a disposizione. In questo contesto i curanti potrebbero non riuscire più a distribuire benefici, rischi e costi in maniera equa. Sembra allora necessario distribuire le risorse in base al criterio della "maggior probabilità di sopravvivenza" dei pazienti. In particolare, si tratta di dare la precedenza a chi, grazie ai trattamenti intensivi, può trarre maggiore beneficio.

Siamo consapevoli che tale approccio introduce inevitabilmente dei parametri tali per cui certe risorse sanitarie vengono destinate ad alcuni a scapito di altri (in particolar modo delle persone più fragili e vulnerabili, visto che l'età anagrafica e la comorbilità sono correlate alla probabilità di sopravvivenza).

Riteniamo però che la proposta della SIAARTI risulti condivisibile ed eticamente ragionevole perché dettata dalla situazione eccezionale, superata la quale si dovrà tornare a promuovere la giustizia in termini di equità. Detto altrimenti, quando verrà superato il picco epidemico e la curva discendente (tratto D della figura 1) sarà sotto la linea rossa, il triage dovrà tornare a essere basato sul rapporto oneri/benefici. Vi è da dire poi che la SIAARTI non suggerisce di orientare il processo decisionale secondo un unico criterio, scegliendo per esempio di porre un limite di età anagrafica, fisso e predefinito a priori all'ingresso in terapia intensiva. Una tale scelta deresponsabilizzerebbe i professionisti sanitari perché questi ultimi risponderebbero ai bisogni di salute della popolazione solo in base all'età anagrafica dei cittadini. Problema analogo si porrebbe se si escludessero a priori tutti i soggetti con determinate patologie che facciano prevedere decorsi più lunghi o un maggiore "resource consuming" sul sistema sanitario. Al contrario, il Documento SIAARTI raccomanda fin dall'esordio che gli "straordinari criteri" previsti siano "flessibili" e "adattabili" rispetto ai pertinenti parametri della "disponibilità di risorse", della "concreta possibilità di trasferire i pazienti" e del "numero di accessi in atto o previsto".

Riteniamo quindi che il Documento SIAARTI eviti il rischio della deresponsabilizzazione del medico specialista in anestesia e rianimazione; le Raccomandazioni infatti non escludono l'eventuale necessità di introdurre un limite di età all'ingresso in terapia intensiva, né di limitare l'accesso a chi presenti condizioni di particolare fragilità (v. Raccomandazioni 3 e 4), ma sottolineano come la valutazione debba basarsi su quelli che vengono definiti gli elementi di "idoneità clinica" alle cure intensive, quali "il tipo e la gravità della malattia, la presenza di comorbilità, la compromissione di altri organi e apparati e la loro reversibilità".

Fermo restando il criterio dell'appropriatezza clinica, che deve comunque orientare l'agire del medico, il forte squilibrio tra necessità di cura e risorse di-

<sup>1</sup> In effetti, la scelta di avviare o proseguire trattamenti clinicamente inappropriati ed eticamente sproporzionati ostacola l'equo accesso alle cure perché nega delle risorse sanitarie a coloro che necessitano di assistenza medico-specialistica.

sponibili richiede un più complesso bilanciamento di valori. Quest'ultimo infatti deve tener conto, oltre che dell'appropriatezza clinica, anche della massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone, pur nello sforzo teso a conservare, per quanto possibile, una considerazione della giustizia in termini di equità. Quanto appena detto trova conferma nel triage proposto per le situazioni d'emergenza perché tale triage si basa sulla probabilità di sopravvivenza fra le persone che presentano comunque una indicazione clinica alla terapia.

L'impostazione etica del Documento SIAARTI, come qui delineata, sembra trovare riscontro anche nella prospettiva deontologica.

Le Raccomandazioni SIAARTI, in particolare, non sembrano in contrasto con il codice di deontologia medica vigente, come emerge da una succinta analisi degli articoli attinenti.

Si possono individuare, anzitutto, alcuni criteri previsti per l'ordinario svolgimento dell'attività medica, dai quali possono trarsi indicazioni utili anche per la gestione di un eccezionale squilibrio tra necessità e risorse.

Quanto ai criteri "ordinari", l'art. 3 respinge qualsiasi discriminazione nell'attività del medico. Ma le scelte sanitarie che tengono conto dell'età del paziente non sono di per sé discriminanti. In alcune situazioni, si tratta di un parametro razionalmente pertinente, da associare ad altri, per raggiungere un dato obiettivo.

L'art. 6 offre spunti in sintonia con i presupposti del Documento SIAARTI. Infatti, il secondo comma si apre a criteri integrativi in rapporto alle "risorse pubbliche e private", senza tuttavia fornire indicazioni sulla criteriologia da applicare per l'uso ottimale delle risorse. Il principio di efficacia, citato sia nel primo sia nel secondo comma, consente un approfondimento: in condizioni ordinarie, l'efficacia va riferita al trattamento per una persona ma, in caso di risorse limitate ineludibili, essa va valutata comparativamente rispetto a più persone. Il ragionamento può essere replicato anche per il ricorso al criterio dell'appropriatezza (citata nel primo comma) da declinare in termini relazionali, ossia considerando il singolo paziente all'interno del contesto concreto in cui ci si trova a operare e in relazione anche ai contestuali bisogni di altri pazienti. Il secondo comma dell'art. 13, analogo all'art. 6, consente di ribadire quanto appena esposto.

Vi è, poi, una disposizione che attiene al particolare contesto della medicina militare, dalla quale possono ricavarsi principi utili anche nella situazione corrente di catastrofe e di carenza ineludibile di risorse.

Si tratta dell'articolo 77, il cui primo comma afferma che la responsabilità del medico militare non muta in tutti gli interventi di forza armata, "sia in tempo di pace che di guerra". Al di là delle peculiarità che connotano la medicina militare, che comunque riguarda operazioni che rispondono a logiche specifiche di quel contesto (v. seconda parte dell'art. 77) e, dunque, non coincidenti con quelle della catastrofe o di un'epidemia, può essere rilevante il richiamo al principio di "massima efficacia" per il maggior nu-

mero di individui, in una situazione che è comunque eccezionale.

Il secondo comma individua quattro caratteristiche dell'attività del medico militare:

1. garantire la salvaguardia psico-fisica del paziente;
2. assicurare un livello più elevato di umanizzazione delle cure;
3. praticare un triage conforme alle conoscenze scientifiche più aggiornate;
4. agire secondo il principio di "massima efficacia" per il maggior numero di individui.

Il punto 3 riguarda la priorità delle scelte assistenziali da parte del medico militare. È contemplata l'applicazione del triage, da intendere nel senso corrente di metodo volto a stabilire le priorità di intervento terapeutico in caso di plurime necessità contemporanee, specificando che sia "conforme alle conoscenze scientifiche più aggiornate".

Il punto 4 è attinente al triage di fronte a bisogni contemporanei e con gravità simile di persone diverse rispetto a risorse che non consentano di garantire a tutti quanto previsto nel punto 1.

Le Raccomandazioni SIAARTI sembrano, in definitiva, compatibili con i principi espressi all'art. 77 del codice di deontologia medica e, di fatto, li concretizzano con riferimento alla particolare "emergenza sistemica" in corso. Hanno, poi, il merito, rispetto al secondo comma, di proporre una modificazione flessibile delle regole di cui ai punti 3 e 4. Esse sono, inoltre, aderenti ai principi degli articoli 6 e 13 e non sono in contrasto con l'art. 3.

Il Documento SIAARTI non approfondisce, come è giusto che sia, la prospettiva giuridica. Sembra però non solo possibile, ma anche opportuno, ricondurre la struttura al quadro giuridico di riferimento.

L'architettura del documento può essere costruita a partire dai principi costituzionali.

Come è noto, e come ricordato anche nella legge n. 219 del 2017, i principi costituzionali che fondano la relazione di cura sono rappresentati dagli artt. 2 (principio personalista e garanzia dei diritti inviolabili), 13 (inviolabilità della libertà personale) e 32 (diritto alla salute). A questi si aggiungono, da un lato, altri principi costituzionali che orientano l'organizzazione sanitaria e la garanzia di prestazioni, dall'altro lato, alcuni principi - che si pongono in assoluta consonanza con quelli costituzionali - contenuti nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (in particolare art. 1 - Dignità; art. 3 - Consenso informato; art. 35 - Tutela della salute), nel Trattato UE e in convenzioni internazionali (per es., la Convenzione europea dei diritti dell'uomo) cui l'Italia ha aderito.

Senza entrare nel merito delle singole convenzioni internazionali che possono offrire spunti di riflessione in proposito, bisogna però richiamare quei principi costituzionali che possono orientare la gestione delle scelte tragiche in sanità. Fra questi, vi sono la richiesta di adempiere i doveri inderogabili di solidarietà (art. 2 Cost., seconda parte), il principio di eguaglianza (art.

3 Cost.), il principio di imparzialità e buon andamento dell'amministrazione (art. 97, comma 2°, Cost.). Sul piano della legislazione ordinaria, l'art. 1 della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), combinando questi principi costituzionali, concepisce il SSN in maniera universalistica ed egualitaria, pur nella consapevolezza di dover organizzare, gestire e razionare (anche in tempi "ordinari") risorse comunque sempre scarse.

A riguardo, gli atti normativi che disciplinano l'organizzazione dei servizi sanitari ricorrono al concetto di appropriatezza, quale fondamentale canone allocativo nella scelta sulle prestazioni da garantire e sulle modalità di accesso alle stesse (d.lgs. 502 del 1992). L'appropriatezza rappresenta, dal punto di vista giuridico, sia un contenuto sostanziale del diritto alla salute, sia un canone di organizzazione sistematica del servizio sanitario. Questa è una prima ragione per cui appare importante che siano chiariti i criteri che guidano le scelte cliniche allocative.

Le indicazioni costituzionali esistenti circa il rapporto tra allocazione di risorse scarse e garanzia del diritto alla salute, nella condizione in atto, suggeriscono tutte di compiere ogni possibile sforzo, in termini umani, materiali, economici e di risorse per far sì che non si addivenga alla situazione tratteggiata nel Documento SIAARTI. Questo è ciò che, nella fase attuale, tutte le istituzioni devono fare e si stanno sforzando di fare.

Non è possibile in questa sede esprimere valutazioni rispetto alle decisioni istituzionali pregresse che hanno determinato una particolare contrazione di risorse in tempi precedenti all'epidemia. In ogni caso, l'orientamento da tempo consolidato della Corte costituzionale sul rapporto tra diritto alla salute e risorse finanziarie indica che le esigenze di bilancio non possono comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute. Nell'immediatezza dei fatti, ciò ha consentito alle istituzioni di prendere provvedimenti allocativi molto gravosi in termini economici, ma direttamente mirati a rafforzare le risorse del servizio sanitario nazionale. L'approvazione all'unanimità, da parte delle Camere, dell'autorizzazione allo scostamento di bilancio (11 marzo 2020), per esempio, dimostra la coesione politica intorno alla necessità di rafforzare le strutture e le risorse sanitarie su tutto il territorio nazionale.

L'intervento doveroso delle istituzioni per ampliare le risorse cliniche disponibili non annulla, peraltro, l'irrisolvibile scarsità delle risorse che si registra anche in tempi lontani dalla situazione di emergenza. Ove si arrivi, peraltro, alla condizione di grave o gravissimo squilibrio tra necessità e risorse, come quella in corso, va segnalato in primo luogo che la nostra Costituzione (per una serie di ragioni ampiamente discusse in Assemblea costituente) non contempla una norma *ad hoc* sullo stato di emergenza (ad eccezione del riferimento allo stato di guerra).

Da una lettura complessiva della Carta fondamentale e degli orientamenti interpretativi giurisprudenziali e dottrinali, si può ricavare la necessità di valorizzare l'autonomia professionale del medico di considerare ciascun singolo caso nel suo specifico e unico contesto spaziale e temporale. Questo dato

resta fermo anche nelle situazioni di assoluta emergenza. Solo una valutazione ponderata caso per caso può garantire di non allontanarsi dal solco tracciato dai principi su cui si fonda il nostro ordinamento. È evidente, peraltro, che la drammaticità della situazione di pandemia comporta inevitabilmente il contrasto tra principi e valori costituzionali (per es., il diritto alla salute vs la libertà di movimento; addirittura il diritto alla salute di uno vs il diritto alla salute di altri); proprio per tale motivo, ogni decisione assunta in tale contesto deve rappresentare il risultato di un attento bilanciamento tra i molti valori in gioco, pur nella consapevolezza che ciò implica un sacrificio.

I criteri allocativi sono indispensabili tanto in tempo ordinario, quanto (e a maggior ragione) in tempo di emergenza, e si giustificano con l'esigenza costituzionale di garantire, comunque, il rispetto dei diritti della persona e della dignità umana. Una seconda ragione per cui sembra opportuno renderli espliciti e chiarirli è che la conoscibilità e la trasparenza dei criteri possono favorire la responsabilizzazione nell'utilizzo delle risorse sanitarie e nella promozione dei comportamenti raccomandati per il rallentamento del contagio e la migliore gestione dell'epidemia<sup>15,21-23</sup>.

Un'ultima ragione per cui la previsione di criteri orientativi può rivelarsi di particolare utilità è dettata dal fatto che essi possono contribuire a delineare regole condivise dagli operatori, per consentire di affrontare il periodo di emergenza nel modo il più possibile omogeneo sull'intero territorio nazionale (e ciò anche in chiave attuativa del principio costituzionale di eguaglianza).

Come più volte ricordato, di fronte a un numero eccedente di pazienti che necessitano urgentemente di ricovero in terapia intensiva, qualora non si disponga di risorse sanitarie adeguate per sottoporre tutti a trattamento intensivo e sussista l'impossibilità di salvaguardare contemporaneamente la vita di più persone, è necessario scegliere chi curare. Occorre, a questo punto, interrogarsi sugli effetti giuridici che conseguono a tali scelte sul piano della responsabilità civile e penale degli operatori sanitari.

Sul versante del diritto civile, la situazione eccezionale alla quale ci riferiamo è tale da integrare la clausola di esonero da responsabilità prevista dall'art. 1218 del codice civile: la condotta del medico che, nelle circostanze in esame, salva la vita di un paziente a discapito di un altro si inserisce in una situazione di impossibilità della prestazione per causa non imputabile che lo esonera dall'obbligazione risarcitoria. Inoltre, in questi casi, è da escludersi la configurabilità di un illecito extracontrattuale *ex art.* 2043 c.c. proprio perché la condotta del medico non appare meritevole di riprovazione da parte dell'ordinamento, essendo orientata da criteri di allocazione delle risorse che – per le ragioni dianzi indicate – risultano conformi alle regole etiche e deontologiche e, soprattutto, sono compatibili con il quadro costituzionale di riferimento.

Sul versante del diritto penale, il personale sanitario si trova innanzi a un conflitto tra una pluralità di doveri, aventi a oggetto la tutela del bene vita, che non possono essere contemporaneamente soddisfatti. Il conflitto può

essere risolto ricorrendo al principio del bilanciamento degli interessi che informa le generalità delle scriminanti. Nel caso di conflitto tra interessi equivalenti, quale la vita di due o più soggetti, occorre individuare criteri empirici idonei a indirizzare la scelta del curante che tengano conto della concreta situazione nell'ambito della quale egli si trova a operare. Ciò emerge, più in generale, in tutti i casi di scelte tragiche, in cui la richiesta di mezzi terapeutici sia superiore alla disponibilità. Il medico deve comunque intervenire e assumere direttamente una decisione, non potendosi sottrarre alla drammaticità della situazione. Il riconosciuto "stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili" (v. Delibera del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020) permette di richiamare in ambito sanitario i protocolli operativi propri della "Medicina delle Catastrofi"<sup>20</sup>, utili a orientare la decisione del curante.

Se, in condizioni normali, il criterio di accesso alle cure intensive è infatti del tipo "first come, first served", in situazioni straordinarie, il curante può e deve utilizzare le limitate risorse a disposizione per coloro che, in quel contesto, possono essere trattati efficacemente e che, pertanto, hanno maggiori probabilità di salvezza<sup>34</sup>: maggior beneficio per il maggior numero di persone<sup>31</sup>. È quindi necessario uno strumento che consenta di raggiungere questo obiettivo nel modo migliore possibile, e tale strumento è appunto il sistema di triage in Medicina delle Catastrofi<sup>31</sup>. Nelle situazioni, quale quella di attuale emergenza sanitaria, in cui si ravvisa una sproporzione tra le necessità della popolazione colpita e le risorse prontamente disponibili, occorre tener conto della circostanza eccezionale in cui il soggetto opera concretamente.

Ciò si traduce allora nell'esigenza di commisurare il criterio dell'appropriatezza clinica e della proporzionalità del trattamento intensivo alla necessità di allocare le scarse risorse esistenti, per salvare il maggior numero di vite.

Il conflitto di doveri che grava sul curante va pertanto risolto nel caso concreto, attraverso un'attenta stima della probabilità di sopravvivenza, basata su criteri, rigorosamente valutati e applicati<sup>34</sup>, quali la

gravità del quadro clinico, la comorbilità e lo status funzionale, eventualmente associati a un'età avanzata, tenuto conto anche della particolare gravosità del trattamento intensivo<sup>14</sup> (pur considerato il limitato spazio temporale utile per ricavare evidenze scientifiche sull'epidemia). Sono tutti parametri che possono orientare per la scelta di riservare i trattamenti intensivi ai pazienti in grado di trarne un maggior beneficio, prendendo in carico i restanti pazienti con terapie diverse, che vanno comunque garantite. Sotto questo profilo, risulta quindi di fondamentale importanza l'organizzazione dell'assistenza onde garantire, per l'appunto, eventuali cure, sia sub-intensive che palliative, sia all'interno del contesto ospedaliero sia nel contesto abitativo o presso strutture assistenziali.

Si tratta di criteri che attengono dunque alle regole di buona pratica clinica rapportata alla specifica patologia alla quale si riferiscono e alla ben precisa situazione di stato di emergenza accertata e dichiarata.

*Contributi dei singoli autori:* Mariassunta Piccinni, Daniele Rodriguez, Lucia Busatta hanno coordinato i lavori, raccordando e armonizzando nel testo i diversi contributi degli autori; Francesca Marin ha curato i profili bioetici; Elena Cadamuro, Elisabetta Palermo Fabris, Debora Provolo hanno curato i profili penalistici; Lucia Busatta, Marta Tomasi hanno curato i profili costituzionalistici; Antonio Scalera, Mariassunta Piccinni, Alessandra Pisu hanno curato i profili civilistici; Anna Aprile, Paolo Benciolini, Daniele Rodriguez hanno curato i profili medico-legali; Luciano Orsi, Paolo Malacarne, Nereo Zamperetti hanno curato i profili clinici.

*Conflitto di interessi:* gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

## Bibliografia

1. Cavicchi I. Le scelte degli anestesisti e gli "angeli della morte". *Quotidiano sanità* 9 marzo 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/2JoXxfR> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
2. Zagrebelsky V. Tutelare i diritti del paziente. *La Stampa* 9 marzo 2020. Disponibile su <https://bit.ly/3dHjWCY> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
3. Revelli M. Siamo arrivati a una sorta di ground zero. Il Manifesto 11 marzo 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/33WtNA9> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
4. Ferrera M. Coronavirus, i medici e la dignità dei pazienti. *Corriere della Sera* 12 marzo 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/2QUMn6H> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
5. Fassari C. Intervista a Monsignor Andrea Manto. *Quotidiano Sanità* 12 marzo 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/2xDLEzG> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
6. Società Italiana di Cure Palliative, Federazione Cure Palliative. Da Siaarti riflessione importante che non deve restare confinata dentro le sole Terapie Intensive. *Quotidiano Sanità* 12 marzo 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/2QXciKT> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
7. di Costanzo C, Zagrebelsky V. L'accesso alle cure intensive fra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative. *Online First. Instant Forum: Diritto, diritti ed emergenza ai tempi del Coronavirus* 15 marzo 2020 (in press BLJ 2020; 2). Disponibile su: <https://bit.ly/3dGJlJo> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
8. Cozzoli M. A chi dare la precedenza? Riflessioni etiche sulle Raccomandazioni della Siaarti. Disponibile su: <https://bit.ly/2vZFXM9> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
9. De Panfilis L, Tanzi S, Costantini M. Il processo decisionale per le cure intensive in situazioni di emergenza:

<sup>31</sup> Utile, in questo contesto, è il riferimento al già richiamato principio di "massima efficacia" per il maggior numero di individui di cui all'art. 77 del codice di deontologia medica; analogamente nella Raccomandazione n. 3 del Documento SIAARTI si richiama l'ottica di "massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone".

<sup>32</sup> In tal senso v. anche la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 dicembre 2007 (Procedure e modulistica del triage sanitario nelle catastrofi), volta a definire percorsi metodologici in grado di orientare correttamente i comportamenti degli operatori sanitari in emergenze catastrofiche.

<sup>34</sup> Si tratta di evitare qualsiasi automatismo nell'applicazione dei criteri adottati. In questo senso sembrano orientarsi la Raccomandazione n. 6 SIAARTI con riguardo alla necessità di motivazione, comunicazione e documentazione della decisione di limitazione alle cure; la Raccomandazione n. 8 sulla "second opinion" da parte di interlocutori di particolare esperienza; la Raccomandazione n. 12 dove si prevede che, pur dovendo essere tempestiva, la decisione di limitare le cure intensive deve essere discussa e condivisa il più possibile collegialmente dell'équipe curante e - per quanto possibile - in dialogo con il paziente e i familiari.

- l'etica medica e le cure palliative ai tempi del CoViD-19. Online First. Instant Forum: Diritto, diritti ed emergenza ai tempi del Coronavirus 20 marzo 2020 (in press BLJ 2020; 2). Disponibile su: <https://bit.ly/2JooQXt> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
10. Conti RG. Scelte tragiche e Covid-19. Giustizia Insieme 24 marzo 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/2vY065d> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
  11. Comitato Etico per la Pratica Clinica dell'Adulto dell'Azienda Ospedale-Università di Padova. Emergenza Covid-19: note. Quotidiano sanità 28 marzo 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/2JrsZoI> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
  12. Berlinger N, Wynia M, Powell T, et al. 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. The Hastings Center 2020 March 16. Disponibile su: <https://bit.ly/2UurQIo> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
  13. Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos. 2020 Marzo. Disponibile su: [www.semicyuc.org](http://www.semicyuc.org) (ultimo accesso 30 marzo 2020).
  14. Delis S, Nehls W, Maier BO, et al. Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient\*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive. 18.03.2020. Disponibile su: <https://bit.ly/2ULfYk6> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
  15. Comitato Nazionale per la Bioetica. Sulla comunicazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale ai pazienti dei costi delle prestazioni sanitarie. Roma 28 settembre 2012. Disponibile su: <https://bit.ly/33WbMBZ> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
  16. Coronavirus. OMS sancisce che COVID-19 è una pandemia. Disponibile su: <https://bit.ly/2Uus7uU> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
  17. Report Ministero Salute 27 marzo 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/2JqW34> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
  18. Brusaferrò S. COVID-19: aggiornamento epidemiologico. 27 marzo 2020. Quotidiano Sanità. Disponibile su: <https://bit.ly/2UqLxka> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
  19. Comitato tecnico scientifico COVID-19 Regione Veneto. Decisioni eticamente fondate per il trattamento dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria grave secondaria a infezione da COVID-19. Prot. 120693. 13 marzo 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/2Jp09dF> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
  20. Morra A, Odetto L, Bozza C, et al. Compendio di Medicina delle grandi emergenze. Caleidoscopio italiano 2008; 220: 34.
  21. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. N Engl J Med 2020; Mar 23.
  22. Biddison ELD, Gwon H, Schoch-Spana M, et al. Scarce resource allocation during disasters: a mixed-method community engagement study. Chest 2018; 153: 187-95.
  23. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. N Engl J Med 2020; Mar 18.
  24. Biddison ELD, Faden R, Gwon HS, et al. Too many patients... a framework to guide statewide allocation of scarce mechanical ventilation during disasters. Chest 2019; 155: 848-54.
  25. Childress J. Who shall live when not all can live? Soundings: An Interdisciplinary Journal 1970; 53: 339-55.
  26. Anelli F. Coronavirus. Fnomceo sul documento anestesisti: "Nostra guida resta Codice deontologico. Non dobbiamo metterci nelle condizioni di applicare questi inaccettabili triage di guerra". Quotidiano sanità 8 marzo 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/3c3Sf5w> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
  27. Società Italiana di Geriatria e Gerontologia, Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio. Coronavirus - Geriatri: La soluzione non è sacrificare gli anziani. Comunicato stampa 9 marzo 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/3a2K0Fv> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
  28. Rodriguez D. Dagli anestesisti-rianimatori una difficile presa in carico di responsabilità che merita rispetto Quotidiano Sanità 9 marzo 2020. Disponibile su: <https://bit.ly/2VoRvBv> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
  29. Gruppo di Studio ad Hoc della Commissione di Bioetica della SIAARTI. SIAARTI Guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for limitation of treatment in intensive care. Minerva Anestesiol 2003; 69: 101-18.
  30. Malacarne P, Livigni S, Vergano M, et al. SIAARTI End of Life Care Recommendations: the approach to dying patient - Update 2018. Disponibile su: <https://bit.ly/2QKq9Eh> (ultimo accesso 30 marzo 2020).
  31. Gristina GR, Orsi L, Carlucci A, et al. Parte I. Il percorso clinico e assistenziale nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura. Recenti Prog Med 2014; 105: 9-24.
  32. Gristina GR, Orsi L, Carlucci A, et al. Parte II. Evidenze scientifiche nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura. Recenti Prog Med 2014; 105: 25-39.
  33. Barbisan C, Casonato C, Palermo Fabris E, et al. Parte III. Aspetti etici e giuridici nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura. Recenti Prog Med 2014; 105: 40-4.
  34. Comitato Sammarinese di Bioetica. Bioetica delle catastrofi. 10 luglio 2017: 13. Disponibile su: <https://bit.ly/2JVq5xB> (ultimo accesso 30 marzo 2020).