



Maria d'Arienzo

(professore ordinario di Diritto ecclesiastico e canonico nell'Università degli Studi "Federico II" di Napoli, Dipartimento di Giurisprudenza)

Scienza e coscienza ai tempi dell'emergenza sanitaria da Covid-19 *

SOMMARIO: 1. Il dilemma etico ai tempi della pandemia da Covid-19 -2. Le *Raccomandazioni di etica clinica* della SIAARTI del 6 marzo 2020 - 3. I criteri selettivi di accesso ai reparti di terapia intensiva in Svizzera, Quebec (Canada) e Alabama (USA) - 4. Triage in emergenza pandemica. Possibile contrasto di alcuni criteri selettivi con i valori religiosi ed etici del personale sanitario -5. Emergenza sanitaria e "clausola di coscienza" in Italia.

1 - Il dilemma etico ai tempi della pandemia da Covid-19

Uno degli effetti più tangibili che la pandemia da Covid 19 ha prodotto in molti ambiti è la gravosità del dilemma delle scelte.

La preminenza assegnata alle esigenze di tutela della salute assume una dimensione specifica in ambito sanitario, dove la decisione in ordine alle "scelte giuste" coinvolge delicati equilibri tra scienza, coscienza professionale e coscienza personale.

In questa ottica acquista rilievo particolare l'analisi degli strumenti di proceduralizzazione dei criteri di selezione dei pazienti da ammettere alle cure rappresentati dalle indicazioni di buone prassi, linee guida, raccomandazioni etiche prodotte in ambito sanitario in diverse realtà ordinamentali proprio in relazione alla "responsabilità della scelta" che investe il personale sanitario nel suo concreto operare specificamente nelle situazioni di emergenza.

I parametri individuati secondo i principi di appropriatezza della cura e di previsione statistica, su base di evidenza scientifica, della maggiore speranza di vita o ancor più di durata della vita stessa costituiscono indubbiamente un supporto di carattere tecnico nel processo decisionale del personale sanitario in caso di limitate disponibilità di risorse che impongono la necessità di selezione dei pazienti da curare.

* Il contributo, sottoposto a valutazione, è destinato al Progetto di Ricerca del Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (CIRB) in pubblicazione a cura di L. CHIEFFI.



Sebbene siano di carattere tecnico, tali indicazioni assumono rilevanza anche sul piano deontologico in quanto parametro di giustificazione della scelta in termini di efficacia clinica ed efficienza organizzativa tesa alla massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone. In situazioni di emergenza sanitaria, la predeterminazione tecnico-scientifica dei criteri selettivi dei pazienti da curare prioritariamente, contenuta nelle indicazioni delle disposizioni, linee guida o raccomandazioni, è finalizzata a orientare il comportamento clinico anche in funzione dell'appropriata allocazione delle risorse limitate, riducendo la variabilità soggettiva nel processo decisionale.

Di seguito, dopo una preliminare disamina di alcune linee guida, disposizioni o raccomandazioni prodotte in diversi ordinamenti, si intendono evidenziare innanzitutto i punti di maggiore contrasto tra i parametri di accesso alle terapie intensive indicati in tali documenti e i valori etici e le convinzioni religiose che possono influire sulle scelte del personale sanitario anche in situazioni di emergenza, onde evidenziare la possibile configurabilità di ipotesi di applicazione, in casi specifici, della "clausola di coscienza".

Come noto, la possibilità per il personale sanitario di dare rilievo alle opzioni di valore etico o religioso nell'esercizio della propria professione in deroga agli obblighi normativi con esse confliggenti è espressamente garantita dalle disposizioni legislative per le ipotesi riconosciute di obiezione di coscienza¹.

¹ Sul tema dell'obiezione di coscienza, tra i diversi studi ecclesiasticistici, si rinvia a **P. CONSORTI**, *Obiezione, opzione di coscienza e motivi religiosi*, in R. BOTTA (a cura di), *L'obiezione di coscienza tra tutela della libertà e disgregazione dello Stato democratico*, Giuffrè, Milano, 1991, pp. 251-265; **A. GUARINO**, *Obiezione di coscienza e valori costituzionali*, Jovene, Napoli, 1992; **G. DALLA TORRE**, *Bioetica e diritto. Saggi*, Giappichelli, Torino, 1993; **R. BERTOLINO**, *L'obiezione di coscienza moderna. Per una fondazione costituzionale del diritto di obiezione*, Giappichelli, Torino, 1994; **V. TURCHI**, *I nuovi volti di Antigone. Le obiezioni di coscienza nell'esperienza giuridica contemporanea*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2009; **M. TEDESCHI**, *Manuale di diritto ecclesiastico*, Giappichelli, Torino, 2010, pp. 174-185; **L. MUSSELLI, C.B. CEFFA**, *Libertà religiosa, obiezione di coscienza e giurisprudenza costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2017; **F. FRENI**, *Biogiuridica e pluralismo etico-religioso. Questioni di bioetica, codici di comportamento e comitati etici*, Giuffrè, Milano, 2000. Sull'obiezione di coscienza e il biodiritto, cfr. **P. CONSORTI**, *Diritto e Religioni. Basi e prospettive*, Laterza, Bari-Roma, 2020, pp. 394-392. Sull'obiezione di coscienza nell'ambito delle prestazioni sanitarie cfr. **G. DI COSIMO**, *Libertà di coscienza e scelta della cura*, in G. DI COSIMO, A. PUGIOTTO, S. SICARDI (a cura di), *La libertà di coscienza*, Editoriale scientifica, Napoli, 2015, p. 26 ss.; **F. CEMBRANI, G. CEMBRANI**, *L'obiezione di coscienza nella relazione di cura*, Seed, Torino, 2016; **S. TALINI**, *Interruzione volontaria di gravidanza, obiezione di coscienza e diritto di accesso alle prestazioni sanitarie nella complessa architettura*



D'altro canto, le stesse norme del *Codice di deontologia medica*, così come del *Codice deontologico delle Professioni Infermieristiche* consentono al personale sanitario di invocare la "clausola di coscienza"² per giustificare il proprio rifiuto nell'esecuzione di prestazioni in contrasto con i propri convincimenti, non solo tecnico-scientifici, ma anche valoriali, nelle ipotesi anche non espressamente previste dal legislatore. Al contrario, dalla lettura delle diverse disposizioni, linee guida e raccomandazioni etiche sembra potersi desumere che nella situazione emergenziale da Covid-19 siffatti "diritti della coscienza", di natura etica e religiosa del personale sanitario siano del tutto pretermessi da qualsiasi previsione.

In altri termini, pur nell'apprezzabile sforzo diretto alla gestione dell'emergenza attraverso l'emanazione delle indicazioni di criteri selettivi in esame, tese anche a limitare la responsabilità individuale del medico rispetto alla tragicità delle scelte³, si è trascurata la possibilità di ricercare, in tempi di pandemia, la configurabilità di uno spazio entro cui assicurare al personale sanitario di dare rilievo ai propri convincimenti etico-religiosi, privilegiando in tal modo una tra le prospettive etiche possibili. Come si cercherà di argomentare nel prosieguo, sembrerebbero tuttavia astrattamente individuabili delle soluzioni in grado di consentire

costituzionale. *Profili critici e ipotesi di superamento*, in C. COLAPIETRO, M. ATRIPALDI, G. FARES, A. IANNUZZI (a cura di), *I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità: esperienze a confronto. Atti del Convegno Internazionale, Università degli Studi Roma Tre – Dipartimento di Giurisprudenza 5 e 6 aprile 2017*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2018, pp. 403-424; **C.B. CEFFA**, *Gli irrisolti profili di sostenibilità sociale dell'obiezione di coscienza all'aborto a quasi quarant'anni dall'approvazione della legge 194 sull'interruzione volontaria della gravidanza*, in *Osservatorio AIC*, 1, 2017; **C. GAGLIARDI**, *Eguaglianza delle libertà e obiezione di coscienza*, in *Diritto e Religioni*, n. 1/2018, pp. 187-198. La possibilità di un riconoscimento giurisprudenziale dell'obiezione di coscienza, pur in mancanza di una previsione espressa della legge, è sostenuta da **D. PARIS**, *L'obiezione di coscienza. Studio sull'ammissibilità di un'eccezione dal servizio militare alla bioetica*, Passigli, Bagno a Ripoli (Firenze), 2011, p. 263 ss.; **M. SAPORITI**, *La coscienza disubbidiente. Ragioni, tutele e limiti dell'obiezione di coscienza*, Giuffrè, Milano, 2014, p. 122 ss.

² La "clausola di coscienza" è prevista all'art. 22 del *Codice di deontologia medica* del 2014, aggiornato al 2020, e all'art. 6 del *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche* del 2019. In quest'ultimo, all'art. 34, si prevede il dovere per il personale infermieristico di segnalazione agli organi competenti e l'attivazione di proposte di soluzioni alternative in caso di contrasto delle attività clinico assistenziali, gestionali e formative con "principi e valori", nonché le norme professionali.

Seppure in riferimento alla possibilità di obiezione dei farmacisti alla vendita di farmaci abortivi, il "ruolo supplente delle clausole di coscienza" attribuibile al *Codice di Deontologia medica* è sostenuto in dottrina da **D. PARIS**, *L'obiezione di coscienza*, cit., p. 287.

³ **G. CALABRESI, P. BOBBIT**, *Scelte tragiche*, Giuffrè, Milano, 2006.



un contemperamento tra la tutela della coscienza e la tenuta di un sistema sanitario a rischio di saturazione.

2 - Le Raccomandazioni di etica clinica della SIAARTI del 6 marzo 2020

Il 6 marzo 2020, all'indomani della crescente diffusione dell'epidemia da Covid-19 in Italia, la *Società italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva* (d'ora in poi SIAARTI), attraverso l'emanazione di apposite "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", indicava ai medici rianimatori degli orientamenti etici per gestire l'ammissione dei pazienti in gravi condizioni ai trattamenti intensivi nel caso di insufficienza delle risorse erogabili.

Nell'ambito di valutazioni tipiche della "medicina delle catastrofi"⁴, la SIAARTI riteneva che l'*escalation* di contagi da coronavirus potesse delineare uno scenario in cui si sarebbe resa necessaria l'adozione di

"criteri di accesso alle cure intensive (e di dimissione) non soltanto strettamente di appropriatezza clinica e di proporzionalità delle cure, ma ispirati anche a un criterio il più possibile condiviso di giustizia distributiva e di appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate"⁵.

Tra le *Raccomandazioni di etica clinica* veniva espressamente contemplata quella concernente la possibile fissazione di un limite di età all'ingresso dei pazienti nei reparti di terapia intensiva⁶. Al criterio meramente anagrafico veniva affiancato un complementare criterio di "resource consuming" del servizio sanitario, che comportava una maggiore difficoltà di accesso per gli anziani e pazienti con un quadro clinico tale da

⁴ Per approfondimenti sul concetto di "medicina delle catastrofi e delle grandi emergenze" si rinvia a J.P. MASSUE, *Ethics and Disaster Medicine. Fundamental Concepts*, in J. DE BOER, M. DUBOULOZ (eds.), *Handbook of Disaster Medicine*, International Society of Disaster Medicine, Amsterdam, 2000, p. 462 ss.; E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica: aspetti etico-sociali*, vol. II, 3^a edizione, Vita e Pensiero, Milano, 2006, specialmente p. 406 ss.; C. MARCO, R. SCHEARS (eds.), *Ethical Dilemmas in Emergency Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge, 2015.

⁵ Le *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* della SIAARTI, del 6 marzo 2020, sono consultabili al seguente link https://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID_19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf.

⁶ *Raccomandazioni di etica clinica*, cit., n. 3.



non lasciare prevedere un concreto e duraturo successo terapeutico, in considerazione pertanto di una minore speranza di vita o della presumibile maggior durata della loro degenza rispetto a soggetti clinicamente più sani⁷.

Le *Raccomandazioni di etica clinica*, inoltre, invitavano gli operatori sanitari a verificare con attenzione l'eventuale presenza di volontà precedentemente espresse dai pazienti attraverso eventuali DAT (disposizioni anticipate di trattamento), come regolamentate dalla legge n. 219 del 2017, anche in considerazione delle più recenti applicazioni giurisprudenziali⁸.

Com'è chiaramente espresso nelle *Raccomandazioni di etica clinica* pubblicate dalla SIAARTI, la predeterminazione di orientamenti utili ai fini dell'individuazione dei soggetti da ammettere prioritariamente alle cure, oltre che per ragioni di "giustizia distributiva" e di "appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate", è stata effettuata proprio allo scopo

"di sollevare i clinici da una parte della responsabilità nelle scelte, che possono essere emotivamente gravose, compiute nei singoli casi"

⁷ *Raccomandazioni di etica clinica*, cit., n. 4.

⁸ Sul tema occorre osservare che la l. n. 219 del 2017 non ha riconosciuto al personale medico il diritto di rifiutarsi, per ragioni di coscienza, di ottemperare alle DAT precedentemente e validamente espresse dal paziente. Non a caso, di recente, la giurisprudenza di merito (Tribunale di Tivoli) ha ritenuto colpevole del reato di violenza privata il personale medico che ha eseguito trasfusioni di sangue a una paziente Testimone di Geova, sebbene la donna, poi deceduta, avesse preventivamente espresso opposte indicazioni terapeutiche nelle DAT, in conformità ai precetti della sua fede religiosa. Sul tema delle DAT nella l. n. 219 del 2017 si rinvia, *ex plurimis*, ad **A. PALMA**, *Finis vitae. Il biotestamento tra diritto e religione*, Artetetra, Capua, 2018; M. MAINARDI (a cura di), *Testamento biologico e consenso informato. Legge 22 dicembre 2017, n. 219*, Giappichelli, Torino, 2018; nonché **B. DE FILIPPIS**, *Biotestamento e fine vita. Nuove regole del rapporto medico-paziente: informazioni, diritti, autodeterminazione*, Cedam, Padova, 2018. Per rilievi critici sulla legge cfr. **G. AZZONI**, *Una legge formalmente (semanticamente) inutile e sostanzialmente (pragmaticamente) pericolosa*, in *Osservatorio delle Libertà ed Istituzioni Religiose*, www.olir.it, anno XV, 1/2018, 30 gennaio 2018; **E. CANALE, I. DEL VECCHIO**, *La (mancanza di una) clausola di coscienza nella legge italiana sul fine vita*, in *Giurisprudenza penale Web*, 2019, 1-bis "Questioni di fine vita", pp. 1-22; **C. GAGLIARDI**, *La legge n. 219 del 22 dicembre 2017: obiezione di coscienza o autonomia professionale del medico?*, in *Il diritto di famiglia e delle persone*, anno XLVIII, fasc. 3-2019, pp. 1433-1443; **A. LICASTRO**, *Trattamenti sanitari, diritto all'autodeterminazione ed etiche di fine vita dopo l'ordinanza n. 207 del 2018 della Corte Costituzionale*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, Rivista telematica (<https://www.statoechiese.it>), n. 14 del 2019.



oltre che “di rendere espliciti i criteri di allocazione delle risorse sanitarie in una condizione di loro straordinaria scarsità”⁹.

Il documento elaborato da parte della società scientifica SIAARTI non risulta integrato nel sistema nazionale di linee guida poiché, allo stato, non è pubblicato sul sito dell’*Istituto Superiore di Sanità* ai sensi dell’art. 5, terzo comma, della l. n. 24 del 2017¹⁰ e, pertanto non è dotato di un carattere di vincolatività. Può tuttavia essere considerato uno strumento di supporto al personale clinico delle strutture ospedaliere sia dal punto di vista etico, al fine di alleviare la gravosità della scelta concreta dei pazienti da ammettere o non ammettere alle cure di terapia intensiva, sia dal punto di vista “tecnico”, per limitare la responsabilità professionale del medico che opera in situazioni di emergenza sanitaria¹¹. In questo senso, il carattere non vincolante del documento non si traduce nella sua irrilevanza giuridica, potendo porsi diversamente quale parametro di riferimento in sede di responsabilità medica e in rapporto al risarcimento del danno nelle fattispecie, soprattutto di esclusione di determinati pazienti dalle cure di terapia intensiva, di volta in volta considerate.

In relazione al documento della SIAARTI occorre tuttavia sottolineare che nella seduta plenaria dell’8 aprile 2020 il *Comitato*

⁹ Così *Raccomandazioni di etica clinica*, cit., p. 3, lett. A.

¹⁰ **G.M. FARES**, *Le linee guida nel sistema delle fonti: efficacia giuridica e centralità della procedura di accreditamenti*, in G. CARPANI, G.M. FARES (a cura di), *Guida alle nuove norme sulla responsabilità nelle professioni sanitarie. Commento alla legge 8 marzo 2017 n. 24*, Giappichelli, Torino, 2017; **C. INGENITO**, *Le raccomandazioni SIAARTI del 6 marzo 2020: una nuova occasione per riflettere sul rapporto tra scienza e diritto*, in *Rivista trimestrale di Scienza dell’Amministrazione*, 2, 2020, pp. 1-23, specialmente p. 9 ss.

Sulla rilevanza giuridica delle linee guida, cfr. **C. BUCCELLI**, *La rilevanza delle linee guida nella determinazione della responsabilità medica. Le novità introdotte dalla legge Balduzzi, le problematiche connesse, i tentativi di risoluzione*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)*, 2, 2016, p. 663; **P. ZIVIZ**, *Linee guida e responsabilità civile*, in **C. SCORRETTI, I. CAVICCHI, M.G. CALETTI, P. ZIVIZ, L. VENTRE**, *Linee guida e buone pratiche, implicazioni giuridiche e medico-legali. Cosa cambia nella sanità*. Seminario della Scuola di Specializzazione di Medicina legale dell’Università di Trieste e Udine, 25 novembre 2016 (consultabile all’indirizzo: <http://www.sicve.it/wp-content/uploads/2017/02/linee-guida-e-buone-pratiche.pdf>); **M.G. CALETTI, I. CAVICCHI, C. SCORRETTI, L. VENTRE, P. ZIVIZ**, *Responsabilità e linee guida. Riflessioni sull’ uso delle linee guida nella valutazione della colpa dei sanitari. Commenti alle novità legislative*, EPG edizioni, Udine, 2018.

¹¹ Sulla responsabilità civile del personale sanitario e dell’ente ospedaliero impegnato nelle operazioni di *triage* di pazienti affetti da Covid 19 in maxiemergenza per necessità di razionamento delle risorse, cfr. **A. PISU**, *Diritto alla salute e responsabilità medica alla prova del Covid 19*, in *Biolaw Journal-Rivista di Biodiritto*, Special issue, 1-2020, pp. 399-414.



Nazionale di Bioetica, con apposito parere, ha espressamente affermato che, ai fini delle operazioni di *triage* pandemico

“riconosce che è il criterio clinico il più adeguato punto di riferimento, ritenendo che ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l’età anagrafica, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l’appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, è ritenuto dal Comitato eticamente inaccettabile”¹².

Le reazioni critiche alle *Raccomandazioni di etica clinica*, soprattutto in riferimento all’età quale fattore discriminante nella priorità di accesso alle cure di terapia intensiva, sono difatti indirizzate sostanzialmente alle ragioni che nel documento giustificano i criteri indicati, quali l’utilizzo più efficiente delle risorse, se utilizzate per un periodo più breve per un paziente con maggiore speranza di vita, rispetto a un paziente più anziano e vulnerabile. Un approccio che appare ispirato a una logica d’impronta utilitarista che, sebbene indicato per le situazioni di maxiemergenza, potrebbe rischiare d’imporsi quale parametro di giustificazione delle scelte anche nelle situazioni non emergenziali¹³.

3 - I criteri selettivi di accesso ai reparti di terapia intensiva in Svizzera, Quebec (Canada) e Alabama (USA)

Se l’indicazione del “fattore età” quale criterio selettivo presente nel documento della SIAARTI, pur essendo condiviso anche da altri documenti diffusi in diverse realtà ordinamentali¹⁴, appare ancora

¹² Cfr. **COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA**, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”*, 8 aprile 2020 (consultabile al link http://bioetica.governo.it/media/4052/p136_2020_covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica.pdf).

¹³ Sul punto, cfr. **L. PALAZZANI**, *La pandemia Covid 19 e il dilemma per l’etica quando le risorse sono limitate: chi curare?*, in *Biolaq Journal-Rivista di Biodiritto*, Special Issue, 1-2020, pp. 359-370, in particolare p. 364.

¹⁴ Basti fare riferimento alle raccomandazioni diffuse in Spagna dal gruppo di lavoro di bioetica della *Società spagnola di medicina Intensiva, Critica e Unità Coronarie (Semicyuc)* e della *Società spagnola di medicina interna (Semi)*, *Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19* (consultabile all’indirizzo: al link <https://www.medintensiva.org/es-plan-contingencia-servicios-medicina-intensiva-articulo-S0210569120300954>); e nel Regno Unito dall’*Institute for Health and Care Excellence (Nice)*, *COVID-19 rapid guideline: critical care in adults* (consultabile consultabile al link: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159>).



minoritario nel panorama europeo, ancora più problematici dal punto di vista etico sono i criteri indicati dall'*Accademia Svizzera delle Scienze Mediche* e, soprattutto, i protocolli adottati in Quebec (Canada) e Alabama (USA) per fronteggiare la possibile carenza di posti disponibili nei reparti di rianimazione e terapia intensiva.

Nel documento "*Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse*"¹⁵, elaborato dalla *Accademia Svizzera delle Scienze Mediche*, in attuazione del capitolo 9.3 delle direttive "*Provvedimenti di medicina intensiva*" del 2013¹⁶, si afferma che il possibile utilizzo del criterio anagrafico non costituisce un parametro diretto, ma soltanto indiretto, ai fini dell'esclusione o dell'ammissione del paziente alle terapie intensive¹⁷. Tuttavia, ai fini del *triage* iniziale del paziente, il punto 4.3 del Documento sembra invece fare riferimento esplicito e diretto, sebbene quale criterio supplementare, all'elemento anagrafico, allorché esclude dall'ingresso nei reparti di terapia intensiva i pazienti di età superiore agli ottantacinque anni a prescindere dal relativo quadro clinico. Per i pazienti di età compresa tra i settantacinque e gli ottantacinque anni, invece, l'accesso sarà negato in presenza di cirrosi, insufficienza renale (stadio KDIGO III) e insufficienza cardiaca (di classe NYHA>1). Parimenti esclusi sono i soggetti cui è diagnosticato un periodo di sopravvivenza inferiore ai ventiquattro mesi.

Ulteriori problematichità è possibile rinvenire nel *Protocole national de Triage* del 1° aprile 2020 diffuso nella comunità professionale di amministratori sanitari, etici e bioetici, o anche siti web governativi,

¹⁵ Le *Linee Guida* sono state elaborate il 20 marzo 2020 dall'*Accademia Svizzera per le Scienze Mediche* (il documento è consultabile in lingua italiana all'indirizzo: https://www.samw.ch/dam/jcr:c9e026a7-ee44-49eb-98aa-65a9f1593235/direttive_assm_medicina_intensiva_triage_scarsità_di_risorse.pdf).

¹⁶ Le Direttive sui "*Provvedimenti di medicina intensiva del 2013*" sono consultabili al seguente link: https://www.samw.ch/dam/jcr:444d1649-7491-496e-a2a7-fc048c4241b6/direttive_assm_medicina_intensiva.pdf

¹⁷ **ACCADEMIA SVIZZERA DELLE SCIENZE MEDICHE**, *Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse*, punto 3: «L'età in sé e per sé non è un criterio decisionale applicabile, in quanto attribuisce agli anziani un valore inferiore rispetto ai giovani e viola in tal modo il principio costituzionale del divieto di discriminazione. Essa, tuttavia, viene considerata indirettamente nell'ambito del criterio principale "prognosi a breve termine", in quanto gli anziani presentano più frequentemente situazioni di comorbidità. Nelle persone affette da Covid-19 l'età rappresenta un fattore di rischio a livello di mortalità, occorre quindi tenerne conto».



tuttavia non indicizzati, ma non adottato ufficialmente dal Ministero della Salute e dei Servizi Sociali del Quebec (Canada)¹⁸.

Sulla base di questo protocollo, non accessibile in tutti i suoi contenuti (risultano infatti mancanti gli *Annexe B* e *C*), può essere precluso l'accesso alle terapie intensive, in mancanza di posti disponibili, a persone affette da "*maladie neuromusculaire avancée et irréversible*" (tra cui rientrano il morbo di Parkinson o la Sla) e "*déficience cognitive sévère due a una maladie progressive*"¹⁹. Di converso, tra i criteri di preferenza nell'accesso ai reparti è espressamente contemplata l'ipotesi in cui il paziente eserciti la professione medico-sanitaria.

Le associazioni costituite a tutela degli interessi dei disabili sono venute a conoscenza dell'esistenza di queste indicazioni soltanto a fronte dei ripetuti rifiuti nell'accesso alle cure opposti nei confronti di soggetti affetti dalle summenzionate patologie e, immediatamente, sono state avanzate dalle medesime associazioni numerose petizioni di modifica dei criteri selettivi, ritenuti in contrasto con le disposizioni della *Carta dei diritti e delle libertà dell'uomo*, della *Carta canadese dei diritti e delle libertà* e dalla *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità*²⁰, oltre che naturalmente ai valori etici e religiosi.

Analoghi criteri erano stati previsti anche in Ontario nel *Clinical Triage Protocol for Major Surge in COVID Pandemic*²¹, in cui, sulla base della tabella di pagina 4 del documento, vengono esclusi i pazienti affetti da Parkinson o Sla.

¹⁸ Il *Protocole national de Triage pour l'accès soins intensifs (adultes et pédiatriques) et l'allocation des ressources telles que les respirateurs en situation extrême de pandémie*, è consultabile al seguente link: <http://www.cmq.org/pdf/coronavirus/msss-protocole-national-triage-soins-intensifs-pandemie-def.pdf>

¹⁹ La notizia è riportata, oltre che dalla stampa internazionale (<https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2020-07-12/la-covid-19-et-les-protocoles-de-triage.php>), anche dalla stampa italiana. Si veda **E. MOLINARI**, *Canada. Il Quebec ha superato anche gli Usa: no ai respiratori ai malati di Sla e Down*, in *Avvenire*, 12 giugno 2020.

²⁰ Sul tema particolarmente attiva è stata la *Société Québécoise de la déficience intellectuelle* (Sqdi). Per approfondimenti sul contenuto della petizione di modifica del Protocollo avanzata dalla Sqdi si rinvia al seguente link: <https://www.sqdi.ca/fr/actualites/un-protocole-de-triage-plus-respectueux-de-la-dignite-et-des-droits-des-personnes-ayant-une-deficience-intellectuelle/>.

²¹ Il Protocollo del 28 marzo 2020 diffuso nello Stato canadese dell'Ontario è tuttora consultabile al seguente link: https://med.uottawa.ca/pathology/sites/med.uottawa.ca.pathology/files/clinical_triage_protocol_for_major_surge_in_covid_pandemic_-_march_28_20205.pdf



La disabilità psichica è stata considerata uno dei parametri di esclusione dall'accesso ai reparti di terapia intensiva anche in dieci Stati degli USA. Emblematico è il caso dei criteri previsti sin dal 2010 nello Stato dell'Alabama²² per le situazioni di emergenza sanitaria, che prima delle modifiche ottenute a seguito delle forti pressioni esercitate dalle associazioni a tutela dei disabili, prevedevano espressamente che i pazienti affetti da disabilità psichica fossero "candidati improbabili per il supporto alla respirazione"²³.

In definitiva, alcune procedure di gestione dell'emergenza Covid-19, oltre a contemplare criteri oggettivi di gestione delle risorse scarse, quali quello anagrafico o del *resource consuming*, hanno talvolta precluso l'accesso alle terapie intensive anche a soggetti affetti da disabilità croniche, a prescindere da una preventiva valutazione dell'intero quadro clinico del paziente, concretizzando in sostanza, per molti aspetti, una pericolosa sorta di selezione eugenetica.

4 - Triage in emergenza pandemica. Possibile contrasto di alcuni criteri selettivi con i valori religiosi ed etici del personale sanitario

²² Le indicazioni contenute nei "Criteria for Mechanical Ventilator Triage Following Proclamation of Mass-Casualty Respiratory Emergency" prevedevano espressamente: "persons with severe mental retardation, advanced dementia or severe traumatic brain injury may be poor candidates for ventilator support". Il Documento integrale, nella versione precedente alle modifiche intervenute a seguito delle pressioni di varie organizzazioni a tutela delle persone disabili e dello stesso Office for Civil Rights (OCR) at the U.S Department of Health and Human Services (HHS), è attualmente consultabile al link: https://adap.ua.edu/uploads/5/7/8/9/57892141/alabamas_ventilator_rationing_plan.pdf.

²³ La notizia è riportata da E. MOLINARI, *Virus. Usa*, «niente respiratori per i disabili». Più di 10 Stati scelgono chi salvare, in *Avvenire*, 25 marzo 2020. Nell'articolo altresì sottolinea che: «al di là dei singoli documenti, negli Stati Uniti che cercano di prepararsi all'insufficienza di letti di terapia intensiva, si è già affermato un altro principio inquietante per i più vulnerabili. Si tratta della "regola d'oro" presente in quasi tutti i documenti di gestione delle risorse: si chiede a un paziente se, in caso di scarsità di strumenti salvavita, vuole avervi accesso o lasciare il posto a chi potrebbe avere più probabilità di sopravvivenza. O "maggiore valore per la società". Una regola che "imponesse una pressione inaudita"». Per ulteriori approfondimenti si rinvia ai seguenti link: <https://eu.montgomeryadvertiser.com/story/news/2020/03/24/alabama-ventilator-use-rules-coronavirus-is-a-measure-of-last-resort-not-a-directive/2903115001/>; <https://www.al.com/news/2020/03/last-resort-alabamas-plan-for-deciding-which-coronavirus-patients-get-ventilators.html>; <https://thehill.com/policy/healthcare/491896-alabama-removes-controversial-ventilator-guidelines-that-denied-coronavirus>; <https://www.hhs.gov/about/news/2020/04/08/ocr-reaches-early-case-resolution-alabama-after-it-removes-discriminatory-ventilator-triaging.html>.



Conformemente ai tradizionali criteri della “*medicina delle catastrofi*”²⁴ le raccomandazioni, disposizioni o linee guida che, in emergenza sanitaria, hanno definito, in alcune realtà ordinamentali, i criteri di selezione per le ipotesi di necessità di razionalizzazione delle risorse disponibili finiscono con l'avallare la sostanziale sacrificabilità dei soggetti più anziani e vulnerabili, sia in nome di un efficiente funzionamento del sistema sanitario (criterio del *resource consuming*), sia in considerazione della maggiore possibilità di sopravvivenza di soggetti più sani.

Come appare evidente, questo approccio di impronta utilitaristica ed economicistica si pone in netto contrasto sia con l'etica personalista, sia con il valore della sacralità della vita dell'uomo in ogni sua fase e condizione²⁵ presente negli insegnamenti delle diverse tradizioni religiose²⁶.

Limitandoci alle tre religioni abramitiche, basti fare solo un rapido riferimento ai principi di indisponibilità della vita umana, sin dal suo concepimento, ribaditi al n. 2258 del Catechismo della Chiesa cattolica²⁷, nell'Istruzione *Donum Vitae* del 22 febbraio 1987 della *Congregazione per la Dottrina della Fede*²⁸ e negli insegnamenti del Magistero pontificio²⁹. In particolare, la più recente evoluzione del Magistero di Papa Francesco si pone in termini di assoluta antitetività rispetto alle logiche sottese all'emanazione dei siffatti criteri selettivi previsti dai documenti disposti

²⁴ Vedi *supra*, nt. 3

²⁵ Sul tema della sacralità della vita sin dal suo inizio nelle tre grandi religioni monoteiste si rinvia a D. MILANI, D. ATICHETGHI (a cura di), *Intorno alla vita che nasce. Diritto ebraico, canonico e islamico a confronto*, Giappichelli, Torino, 2016.

²⁶ Per le posizioni delle diverse confessioni religiose rispetto ai temi bioetici si rinvia a Cfr. M.F. MATERNINI, L. SCOPEL, *La bioetica e le confessioni religiose*, EUT, Trieste, 2013.

²⁷ **CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA**, n. 2258: “La vita umana è sacra perché, fin dal suo inizio, comporta l'azione creatrice di Dio e rimane per sempre in una relazione speciale con il Creatore, suo unico fine. Solo Dio è il Signore della vita dal suo inizio alla sua fine: nessuno, in nessuna circostanza, può rivendicare a sé il diritto di distruggere direttamente un essere umano innocente”.

²⁸ Cfr. **CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE**, *Istruzione Donum Vitae. Il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione* (consultabile all'indirizzo: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for%20human-life_it.html).

²⁹ Tra questi si segnala in particolare la *Lettera Enciclica Evangelium Vitae del Sommo Pontefice Giovanni Paolo II ai Vescovi, ai presbiteri e ai diaconi, ai religiosi e alle religiose, ai fedeli laici e a tutte le persone di buona volontà sul valore e l'invulnerabilità della vita umana*, 25 marzo 1995, specialmente n. 2 (il testo è consultabile all'indirizzo: http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html).



per l'emergenza sanitaria esaminati, per certi versi riconducibili a quella dilagante "cultura dello scarto" che permea la società capitalistica contemporanea come denunciato dal Pontefice, oltre che nella Esortazione Apostolica *Evangelii Gaudium*³⁰, soprattutto nella Lettera Enciclica *Laudato Si'*, in cui espressamente considera un esempio concreto della dominante "cultura dello scarto" la situazione degli anziani abbandonati e degli esclusi o emarginati in quanto non utili agli interessi economici della società³¹. Nella concezione cattolica, la sacralità e la dignità della vita, in quanto indisponibile dono di Dio, è propria di ogni età e condizione³².

Lo stesso principio costituisce uno dei pilastri dell'Ebraismo e trova fondamento tanto nei precetti biblici³³, quanto nella successiva elaborazione dottrinale rabbinica, in cui si ribadisce il complementare valore dell'indisponibilità della vita dell'uomo, anche se gravemente malato o sofferente, in quanto gli insegnamenti della Torah non consentono di distinguere "tra colui che uccide una persona che potrebbe vivere molti anni e un vecchio con pochi attimi di vita"³⁴. Non può quindi

³⁰ *Esortazione Apostolica Evangelii Gaudium del Santo Padre Francesco ai Vescovi, ai presbiteri, ai diaconi, alle persone consacrate e ai fedeli laici sull'annuncio del Vangelo nel mondo attuale*, 24 novembre 2013, n. 53, in cui il Pontefice afferma: «Si considera l'essere umano in sé stesso come un bene di consumo, che si può usare e poi gettare. Abbiamo dato inizio alla cultura dello "scarto" che, addirittura, viene promossa. Non si tratta più semplicemente del fenomeno dello sfruttamento e dell'oppressione, ma di qualcosa di nuovo: con l'esclusione resta colpita, nella sua stessa radice, l'appartenenza alla società in cui si vive, dal momento che in essa non si sta nei bassifondi, nella periferia, o senza potere, bensì si sta fuori. Gli esclusi non sono "sfruttati" ma rifiuti, "avanzi"» (il Documento è consultabile all'indirizzo: http://www.vatican.va/content/francesco/it/apost_exhortations/documents/papa-francesco_esortazione-ap_20131124_evangelii-gaudium.html).

³¹ *Lettera Enciclica Laudato si' del Santo Padre Francesco sulla cura della casa comune*, 24 maggio 2015, n. 133 (il testo è consultabile al link: http://www.vatican.va/content/francesco/it/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html).

La denuncia della cultura dello scarto è presente in molti discorsi di Papa Francesco, tra cui, in riferimento specificamente agli anziani: *Discorso del Santo Padre Francesco ai partecipanti all'Incontro promosso dalla Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici*, del 20 settembre 2013; *Discorso del Santo Padre Francesco alla Delegazione dell'istituto Dignitatis Humanae*, del 7 dicembre 2013; *Discorso del Santo Padre Francesco ai membri dell'associazione nazionale Lavoratori Anziani*, del 16 dicembre 2019; *Discorso del Santo Padre Francesco ai partecipanti all'Assemblea plenaria per la Congregazione per la Dottrina per la Fede*, 30 gennaio 2020 (tutti consultabili al sito: www.vatican.va).

³² Per approfondimenti si rinvia a **M. CANONICO**, *La posizione della Chiesa cattolica riguardo al fine vita*, in *Diritto e Religioni*, 1-2018, pp. 309-336, specialmente p. 316 ss.

³³ Primo tra tutti il comandamento del "non uccidere", oltre che *Genesi*, 9, 6 e *Levitico*, 19,16.

³⁴ Così **A. FAIT, M. BEYO**, *In principio l'uomo creò il clone*, Franco Angeli, Milano, 2005,



“competere all’uomo, seppure medico, valutare se la vita possa o meno reputarsi degna di essere vissuta e non è dato inoltre discernere circa il maggiore o minore valore di una vita rispetto ad un’altra”³⁵.

Anche per l’Islam la vita è preziosa e sacra³⁶ e ogni momento della vita merita di essere vissuto e preservato³⁷, anche nelle condizioni di sofferenza e dolore che nell’Islam assumono un peculiare valore, giacché il malato, nell’affrontare le proprie difficoltà, guadagna un grandissimo credito davanti a Dio³⁸. A ciò va aggiunta l’attenzione e il riguardo che la comunità islamica tradizionalmente riserva agli anziani, mai esclusi tanto dall’accesso alle cure mediche, che dalle relazioni familiari. Proprio in ragione del valore sociale attribuito ai sofferenti e agli anziani, i criteri selettivi di accesso alle terapie intensive soprattutto relativi all’età dei pazienti si attestano, nella maggior parte dei casi, su posizioni del tutto incompatibili a quelle conformi ai precetti coranici e alla tradizione religiosa islamica.

5 - Emergenza sanitaria e “clausola di coscienza” in Italia

L’antinomia tra l’approccio etico di impronta utilitarista emergente dai documenti esaminati e l’etica personalista³⁹ imperniata sui valori di eguale dignità delle vite umane - come sanciti dalle Carte sovranazionali e costituzionali dei diritti e come risultanti dai principi bioetici anche di matrice religiosa - potrebbe incontrare delle resistenze in ordine alla

p. 152.

³⁵ Così **A. PALMA**, *Finis vitae. Il biotestamento*, cit., p. 35.

³⁶ *Corano*, 3, 145; *Corano*, 3, 156.

³⁷ Cfr. **D. ATIGHETCHI**, *Islam, Musulmani e Bioetica*, Armando Editore, Roma, 2009; **ID.**, *La persona malata nella medicina islamica*, nel volume a cura di F. COMPAGNONI, F. D’AGOSTINO, *Il confronto interculturale: dibattiti bioetici e pratiche giuridiche*, San Paolo, Cinisello Balsamo, 2003.

³⁸ Cfr. **M.F. MATERNINI, L. SCOPEL**, *La bioetica e le confessioni religiose*, cit., p. 75.

³⁹ Sull’etica personalista, vedi E. SGRECCIA, A.G. SPAGNOLO (a cura di), *Etica e distribuzione delle risorse sanitarie*, Vita e Pensiero, Milano, 1996. Per una disamina dei modelli etici proprio in relazione all’emergenza sanitaria da Covid -19, cfr. di recente **L. D’AVACK**, *Covid-19: criteri etici*, in *BioLaw Journal-Rivista di Biodiritto*, Special issue, 1-2020, pp. 371-378; **L. PALAZZANI**, *La pandemia e il dilemma per l’etica quando le risorse sono limitate: chi curare?*, in C. CAPORALE, A. PIRNI (a cura di), *Pandemia e resilienza. Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la Covid 19*, Consulta scientifica del Cortile dei Gentili, Prefazione di **G. AMATO**, CNR edizioni, Roma, 2020, pp. 79-83.



rigorosa applicazione delle procedure di elezione previste. Basti pensare, ad esempio, al personale sanitario che abbia già espresso la propria obiezione di coscienza ai trattamenti interrutivi della gravidanza ai sensi della l. n. 194 del 1978, evidenziando, in tal modo, la pregnanza dei valori della propria coscienza nell'espletamento della professione medica.

Per quanto concerne specificamente il contesto italiano, i criteri di selezione indicati nel documento della SIAARTI, soprattutto quelli legati all'età anagrafica del paziente, potrebbero essere non condivisi da tutto il personale medico in forza nei reparti di terapia intensiva delle strutture ospedaliere pubbliche, sebbene si tratti, come chiaramente espresso nel documento, di indicazioni attuabili

“soltanto dopo che da parte di tutti i soggetti coinvolti [...] sono stati compiuti tutti gli sforzi possibili per aumentare la disponibilità di risorse erogabili [...] e dopo che è stata valutata ogni possibilità di trasferimento dei pazienti verso centri con maggiore disponibilità di risorse”⁴⁰.

Eppure l'art. 22 del *Codice di deontologia medica* consente al personale medico, anche in ipotesi non previste dalla legge, invocando la “clausola di coscienza”, di rifiutare l'esecuzione di prestazioni che contrastino con le proprie convinzioni personali, anche etico-religiose, “salvo i casi in cui la condotta determini un nocumento grave e immediato per la salute del paziente”⁴¹. In altri termini, sembrerebbe esercitabile, anche in condizioni di emergenza sanitaria, la possibilità per il medico di invocare la “clausola di coscienza” in relazione all'applicazione di siffatte *Raccomandazioni di etica clinica*. L'eccezione prevista dall'art. 22, che impedisce l'applicazione della “clausola di coscienza” in caso di nocumento grave e immediato al paziente, potrebbe essere infatti superata dall'eventuale disponibilità di altre unità di personale medico incaricato di effettuare le medesime prestazioni.

Del resto, tale possibilità è rinvenibile espressamente già in un altro documento della SIAARTI⁴² «*Grandi insufficienze d'organo “end stage”: cure*

⁴⁰ *Raccomandazioni di etica clinica*, cit., p. 3.

⁴¹ L'art. 22 del *Codice di deontologia medica*, sotto la rubrica “Rifiuto di prestazione professionale”, così recita: “Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione”.

⁴² Il documento è consultabile al link <http://www.siaarti.it/News/grandi-insufficienze-organo-end-stage-cure-intensive-o-cure-palliative.aspx>.



intensive o cure palliative? "Documento condiviso" per una pianificazione delle scelte di cura», approvato dal Consiglio Direttivo della SIAARTI il 22 aprile 2013⁴³ che al punto 6 dell'Allegato 2 (Considerazioni etiche e giuridiche) condiziona l'esercizio della "clausola di coscienza" alla possibilità di altro personale medico disponibile per effettuare la prestazione richiesta⁴⁴.

Naturalmente non ci si nasconde che allo stato presente la concreta praticabilità dell'ipotesi prospettata possa scontrarsi con la ridotta disponibilità numerica proprio delle professionalità specializzate in rapporto all'emergenza sanitaria attuale, che può renderla difficilmente praticabile. In ogni caso la completa disattenzione rispetto alla "responsabilità della coscienza di matrice religiosa" resta una circostanza che appare tuttora meritevole di essere evidenziata in un'ottica di tutela costituzionale del pluralismo dei valori.

Peraltro, in considerazione dei risvolti etici e bioetici e delle implicazioni deontologico-professionali poste dai criteri selettivi di accesso alle terapie intensive indicati nelle *Raccomandazioni di etica clinica* del 6 marzo, la *Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNM CeO)* ha istituito un gruppo di lavoro con la SIAARTI avente l'obiettivo di avviare una riflessione comune sul tema, anche allo

⁴³ SIIARTI, *Grandi insufficienze d'organo*, cit., p. 4: "nonostante il silenzio del legislatore, può essere invocata la clausola di coscienza, ma diviene condizione essenziale, per l'esercizio del diritto del personale sanitario, che sussistano le condizioni volte a non pregiudicare i diritti del paziente".

⁴⁴ SIIARTI, *Grandi insufficienze d'organo*, cit., punto n. 6 dell'Allegato 2 (*Considerazioni etiche e giuridiche*): «Il nostro ordinamento non disciplina ipotesi specifiche di obiezione di coscienza per il caso di decisioni di fine vita, ne sarebbe possibile una disciplina generale analoga, per intenderci, a quella prevista per la interruzione volontaria della gravidanza (IVG) o la procreazione medicalmente assistita (PMA). L'operatore sanitario che lavori in situazioni critiche non può, in effetti, sapere a priori se e in quali casi una richiesta del paziente potrà essere contraria ai dettami della propria coscienza. Il CNB e la dottrina giuridica hanno peraltro richiamato a una distinzione che pare apprezzabile anche sul piano degli obblighi internazionali dell'Italia tra ipotesi normate di obiezione di coscienza (IVG e PMA) e ipotesi non normate in cui la c.d. clausola di coscienza discende direttamente dalla Costituzione e, primariamente, dalla deontologia (cfr. lo stesso giuramento di Ippocrate: "osservando le norme [...] giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione"). L'invocazione dalla clausola di coscienza sarebbe ammissibile anche nei casi in cui non esista una precisa disposizione normativa che ne disciplina l'esercizio, ma in questi casi diviene condizione essenziale, per l'esercizio del diritto ad astenersi, che sussistano le condizioni volte a non pregiudicare i diritti altrui. Dunque, il documento è totalmente in linea con la riflessione giuridica su questi temi, laddove si richiede che in caso di "obiezione di coscienza" debba essere assicurata la disponibilità di un altro medico o tecnico».



scopo di valutare l'opportunità di apportare modifiche al *Codice di Deontologia Medica*. Il documento congiunto del 22 ottobre 2020 ha ribadito i principi fondamentali dell'uguaglianza tra le persone e dell'equità dell'accesso alle cure, oltre che della coerenza di ogni decisione, anche in caso di situazione emergenziale per carenza di risorse, con i principi etici e le regole deontologiche della professione medica, ma ha suggerito, in modifica dei criteri di selezione dei pazienti contemplati nel precedente documento del 6 marzo 2020, l'adozione di

“criteri rigorosi, espliciti, concorrenti e integrati, valutati sempre caso per caso, quali: la gravità del quadro clinico, le comorbilità, lo stato funzionale pregresso, l'impatto sulla persona dei potenziali effetti collaterali delle cure intensive, la conoscenza di espressioni di volontà precedenti nonché la stessa età biologica, la quale non può mai assumere carattere prevalente”⁴⁵.

In tal modo, effettivamente, appare ridotta l'incidenza attribuita al mero criterio anagrafico ai fini della scelta dei pazienti da ammettere o meno alle cure.

Tali modifiche sarebbero già in grado di attenuare in larga parte i segnalati profili di possibile conflitto tra i criteri precedentemente indicati nelle *Raccomandazioni di etica clinica* della SIAARTI e i valori etico-religiosi del personale medico. Il superamento della mera età del paziente quale fattore di selezione è stato, da ultimo, ulteriormente ribadito anche nel Documento congiunto “*Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia da Covid-19*”⁴⁶, elaborato dalla SIAARTI, il 22 novembre 2020, insieme alla *Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA)*, in cui si specifica che il criterio anagrafico “non è di per sé un criterio sufficiente per

⁴⁵ Nel punto d.3 del documento si afferma, inoltre, che: “Sono garantiti quali criteri di scelta sotto il profilo deontologico e professionale: il rispetto, la tutela della dignità e della salute della persona, la proporzionalità e l'adeguatezza delle cure, l'equità d'accesso, il criterio di beneficiabilità, l'età e/o le altre situazioni di vulnerabilità. Tali criteri di scelta non possono essere utilizzati separatamente”.

Il documento congiunto elaborato da FNOMCeO (*Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri*) e SIAARTI (*Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva*), del 22 ottobre 2020, è reperibile all'indirizzo: <http://www.siaarti.it/News/Scelte%20terapeutiche%20in%20condizioni%20straordinarie%20Documento%20congiunto%20FNOMCeO-SIAARTI.aspx>

⁴⁶ Il documento (consultabile al link: https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2020/11/Documento-SIAARTI-SIMLA-18-novembre_clean.pdf) è stato pubblicato nella sezione “Buone Pratiche” dell'ISS ed è stato fatto oggetto di un avviso di consultazione pubblica, all'atto ancora in corso.



stabilire quali pazienti possono maggiormente beneficiare delle cure intensive e pertanto non è possibile farvi ricorso in fase di triage stabilendo dei cut-off (soglie di età)⁴⁷. In quest'ultimo documento si sottolinea chiaramente che le decisioni relative alla selezione dei pazienti in caso di completa saturazione dei reparti di terapia intensiva debbano essere preferibilmente assunte non dal singolo operatore medico, ma in via collegiale dall'intero *team* medico-assistenziale, concedendo, inoltre, all'*equipe* la possibilità, evidentemente azionabile in casi dubbi o controversi, di avvalersi di un'eventuale "*second opinion*" di figure professionali anche esterne all'organico⁴⁸.

⁴⁷ Il Documento aggiunge che "solo a parità di altre condizioni, il mero dato anagrafico (età in anni) 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" (p. 12).

⁴⁸ Così si legge nello *statement* n. 12 del Documento: «Compatibilmente con le risorse umane disponibili, è necessario che le decisioni non siano demandate a una singola figura professionale, ma rappresentino il risultato di una valutazione collegiale del team medico-assistenziale, il quale si può avvalere, se necessario, anche di figure professionali esterne ("*second opinion*"). La decisione di porre una limitazione alle cure intensive deve essere adeguatamente motivata, comunicata e documentata nella cartella clinica».