



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Observatori de
Bioètica i Dret
Universitat de Barcelona



Revista de Bioética y Derecho

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

ARTÍCULO

Considerazioni etico-giuridiche sui criteri di priorità di cura per i pazienti in terapia intensiva durante la pandemia di COVID-19

Consideracions ètic-jurídiques sobre els criteris de prioritat de cura pels pacients en teràpia intensiva durant la pandèmia de la COVID-19

Consideraciones ético-jurídicas sobre los criterios de prioridad de atención para los pacientes en terapia intensiva durante la pandemia de COVID-19

Ethical-legal considerations on priority care criteria for patients in intensive therapy during the COVID-19 pandemic

Nadia Capone¹, José J. Albert Márquez²

¹ Nadia Capone. Licenciada en Derecho. Doctoranda en Derecho, Universidad de Córdoba (España). Email: avvocatonadiacapone@libero.it. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2775-5889>.

² José J. Albert Márquez. Doctor en Derecho; Prof. Área de Filosofía del Derecho, Universidad de Córdoba (España). Email: ji1almaj@uco.es. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9901-4194>.



Abstract

Ci si è chiesti se la pandemia abbia modificato il modo in cui la morte e il morire vengano pensati. L'incontrollata diffusione del contagio e la mancanza di un'adeguata risposta organizzativa in termini di sanità pubblica ha determinato ben presto nelle TI una sproporzione tra domanda di assistenza (insufficienza respiratoria acuta) e risorse disponibili (personale formato, posti-letto, ventilatori meccanici). I clinici si sono così trovati nella condizione di dover decidere quali pazienti ammettere in TI e quali escludere. Sia in Italia che in Spagna si è fatto ricorso al triage: sono state elaborate alcune raccomandazioni che hanno destato perplessità e critiche nell'ambito medico ed etico-giuridico.

Keywords: morte; lutto; COVID-19; triage; terapia intensiva; raccomandazioni italo-spagnole.

Resum

En aquest article es reflexiona sobre la forma en què la pandèmia derivada de la COVID-19 ha alterat determinats processos assistencials davant de la mort. La ràpida propagació incontrolada de la malaltia i la manca de resposta organitzativa en termes de salut pública aviat van conduir a una desproporció entre la demanda assistencial en cures intensives i els recursos humans i materials per satisfer-la. En ocasions, els metges s'han vist en el dilema de decidir quins pacients tractar i quins excloure a les unitats de cures intensives. Tant a Espanya com a Itàlia s'ha fet servir el triatge i s'han publicat algunes recomanacions que han suscitat algunes crítiques en l'àmbit mèdic, ètic i legal. Es planteja el dubte de si aquestes mesures excepcionals es poden aplicar quan es recupera la normalitat sociosanitària.

Paraules clau: mort; dol; COVID-19; triatge; teràpia intensiva; recomanacions italo-espanyoles.

Resumen

En este artículo se reflexiona sobre la forma en que la pandemia derivada del COVID-19 ha alterado determinados procesos asistenciales frente a la muerte. La rápida propagación incontrolada de la enfermedad y la falta de respuesta organizativa en términos de salud pública pronto condujeron a una desproporción entre la demanda asistencial en cuidados intensivos y los recursos humanos y materiales para satisfacerla. En ocasiones, los médicos se han visto en el dilema de decidir qué pacientes tratar y cuales excluir en las unidades de cuidados intensivos. Tanto en España como en Italia se ha usado el triaje y se han publicado algunas recomendaciones que han suscitado ciertas críticas en el ámbito médico, ético y legal. Se plantea el interrogante de que estas medidas excepcionales se puedan aplicar cuando se recupera la normalidad socio sanitaria.

Palabras clave: muerte; duelo; COVID-19; triaje; terapia intensiva; recomendaciones ítalo-españolas.

Abstract

This paper reflects on the way in which the pandemic derived from COVID-19 has altered certain care processes in the face of death. The rapid uncontrolled spread of the disease, and the lack of organizational response in terms of public health soon led to a disproportion between the demand for intensive care and the human and material resources to meet it. At times, doctors have been faced with the dilemma of deciding which patients to treat and which to exclude in intensive care units. Both in Spain and Italy triage has been used and some recommendations have been published that have provoked some criticism in the medical, ethical and legal field. The question arises whether these exceptional measures can be applied when socio-sanitary normality is restored.

Keywords: death; grief; COVID-19; triage; intensive care; Italo-Spanish recommendations.

1. Introduzione

La pandemia è stata un'emergenza planetaria che ha colpito selvaggiamente e senza distinzioni intere popolazioni e, quale evento eccezionale, ha seminato morte ovunque, anche nei luoghi più reconditi, mandando in grande affanno il sistema sanitario di ogni Stato.

Il primo obiettivo che ci si propone con questo articolo è quello di capire se e come la pandemia da COVID-19 abbia influito sul rapporto tra l'uomo occidentale e la morte:

“giacchè essa non ha soltanto un impatto radicale sulla sfera emotiva privata dei singoli individui, ma rappresenta anche un coacervo di problemi sociali, medici e amministrativi, un oggetto di elaborazione giuridica, un punto di riferimento per le politiche pubbliche, nonché un tema decisivo per le strategie economiche di ogni singola nazione”¹.

Un secondo obiettivo è quello di comprendere come la diffusione incontrollata del coronavirus abbia fatto collassare il sistema sanitario, data la morte di migliaia e migliaia di persone che sono decedute per la mancanza di posti letto nei reparti di terapia intensiva, di personale medico e di ventilatori. Sia in Italia che in Spagna si è fatto ricorso al triage: sono state elaborate alcune raccomandazioni che hanno destato perplessità e critiche nell'ambito medico ed etico-giuridico.

2. La pandemia ha mutato la concezione della morte contemporanea?

L'emergenza COVID-19, definita come un “soggetto imprevisto” che ha stravolto le nostre vite fino a diventare un “fatto sociale totale”², ha dapprima generato uno tsunami, rivoluzionando le nostre benamate abitudini, sino a divenire un “fatto quotidiano” con cui condividere obbligatoriamente la nostra vita, per un arco temporale che, ad oggi, è difficile da determinare.

¹Sisto, D., *Digital Death: “Come si narra la morte con l'avvento del web”* en *trópoj- Riv. di ermeneutica e critica filosofica*, anno IX – Numero 2- 2016, pag. 29-45.

²Simone, A., “COVID-19: il soggetto imprevisto. Rovesci simbolici, emozioni, vita quotidiana”, in *Studi questione criminale*, 14 marzo 2020.

Una volta superata la fase iniziale, vissuta tra la rimozione, l'ilarità, la profusione di teorizzazioni astratte e cospiratorie, il virus è divenuto un evento che ha evidenziato la nostra eccessiva vulnerabilità e fragilità esistenziale ed, in particolare, la condizione di essere perituro.

Tutto ciò stride fortemente col mito del superuomo generato dai progressi registrati dalla medicina moderna, la quale con le sue innovazioni tecnologiche aveva allontanato "la morte improvvisa" per accogliere le cosiddette "morti al rallentatore", che sopraggiungono per malattie croniche e degenerative che ci privano, piano piano, di fette di vita e di autonomia, ma che ci abituanano poco per volta, fino, in alcuni casi, ad essere davvero "sazi di giorni"³.

Eravamo convinti di essere invulnerabili e immuni a qualsivoglia rischio e ciò ha avuto come conseguenza diretta la rimozione della morte.

La società contemporanea, protesa ad unico valore, quello della ricerca del benessere a tutti i costi, compreso quello di trovare l'elisir della lunga vita, ha attribuito un valore morale negativo alla morte, il cui rapporto con la vita viene regolato dalla dialettica tra le categorie di giustizia e ingiustizia.

"Vivere è giusto, morire è ingiusto"⁴, nel senso che è difficilmente contemplabile una morte "naturale", quale evento o processo del tutto indipendente dalle attività dell'uomo e implicito nelle leggi stesse della vita. L'unica forma di giustizia ammessa è quella che mette ogni individuo nella condizione di vivere a tempo indeterminato e, conseguentemente, l'interruzione della vita è considerata la più radicale delle ingiustizie che possa capitare a un essere umano.

Come afferma lo storico Cardini⁵ "noi occidentali non sappiamo più morire" "siamo terrorizzati dalla morte", poiché attraverso la divinizzazione della scienza abbiamo perso il senso del sacro.

La recisione ombelicale dal sacro ha portato ad assolutizzare l'individuo, consegnando l'uomo ad una morte che, per ragioni tecnico mediche, avviene in solitudine, senza alcun conforto religioso e/o umano da parte dei familiari.

³Sozzi, M. "La morte al tempo del coronavirus", <<https://www.sipuodiremorte.it/la-morte-al-tempo-del-coronavirus-di-marina-sozzi/>>, 2020 (07/03/2020).

⁴Sisto, D. "COVID-19: "Il tabù della morte", <<https://www.doppiozero.com/materiali/COVID-19-il-tabu-della-morte>> 2020 (08/03/2021).

⁵Cardini, F. "Un tempo contro le epidemie si pregava, oggi si chiudono le chiese" <<https://www.lastampa.it/vatican-insider/it/2020/03/05/news/lo-storico-franco-cardini-un-tempo-contro-le-epidemie-si-pregava-oggi-si-chiudono-le-chiese-1.38553779>>2020, (13/04/2021).

Si parla, a tal proposito, della cosiddetta “medicalizzazione” della morte, essendo l’ospedale non solo il luogo in cui non ci si reca per guarire, ma è, oramai, il luogo deputato a terminare la propria esistenza.

La virulenza del coronavirus non ha fatto altro che accentuare la solitudine del morente.

A tal proposito, mi vengono in mente le parole spese dal geriatra Francesco Antonini nella prefazione al libro “*Così muoiono i vecchi*” di Salvatore Gemelli:

“..ma è proprio la cura dei medici o piuttosto la loro pietà, oltre che il loro impegno professionale ed etico, a coprire con la rianimazione, con la loro maschera per l’ossigeno, il vuoto affettivo che si crea intorno ad un vecchio che muore in ospedale, ed il cui fallimento di uomo si vede proprio in questo momento quando, dietro il paravento che noi gli mettiamo per non vederlo, non c’è nessuno che raccolga la sua parola...”⁶:mai parole furono più veritiere.

3. Coronavirus: morire senza dignità?

Mentre Blaise Pascal, secoli addietro, ha scritto che “gli uomini, non avendo nessun rimedio contro la morte, la miseria e l’ignoranza, hanno stabilito, per essere felici, di non pensarci mai”, col coronavirus, la morte, invece, è diventata una “costante” della nostra vita.

Trattasi di una morte improvvisa, prettamente ospedalizzata, consumata nei letti dei reparti di terapia intensiva, in completo isolamento.

La situazione di emergenza imprevista ha portato, in alcuni casi, all’assorbimento dell’individualità del malato in una sorta di anonimato statistico uniforme: i pazienti sono stati trattati “in serie”⁷ e la morte è diventata prettamente un evento “matematico”, fatto di cifre e di statistiche, ove la registrazione burocratica degli scomparsi è rilevante solo da un punto di vista clinico ed epidemiologico.

Si è vissuti una morte asettica, anonima e, soprattutto, troppo repentina.

Siamo stati messi di fronte a una morte iper-igienista costretta a liberarsi delle scorie corporee.

⁶ Gemelli, S., “Così muoiono i vecchi”, 2014, FPE- Franco Pancallo Editore.

⁷ García Sánchez, E. “Humanizar la muerte en tiempos de crisis sanitaria: morir acompañado, despedirse y recibir atención espiritista” en *Cuadernos de Bioética*. 2020, pag. 206.

Dai mass media abbiamo appreso notizie e visto immagini raccapriccianti che hanno lasciato l'intera umanità attanagliata da un profondo senso di angoscia e da un vuoto incolmabile: basti pensare alle numerose bare trasportate da mezzi militari, anonimi, uno dietro l'altro, da una città a un'altra per mancanza di posti; ai numerosi oggetti ammassati negli ospedali appartenenti dei defunti in attesa di essere consegnati ai familiari; all'impossibilità di deporre fiori, di celebrare messa o procedere all'accompagnamento della salma e alla tumulazione. Il virus ha sottratto, pertanto, all'umanità due atti fondanti e costitutivi della civiltà: l'accompagnamento alla morte e la ritualità del cordoglio: "il malato viene ricoverato, isolato, portato via da parenti che, nella maggior parte dei casi, non potranno più vederlo né seppellirlo; i care givers più prossimi sono gli infermieri e medici..",⁸gli unici ad essere "i testimoni dell'ultimo atto"⁹.

Si è morti, pertanto "clandestinamente", senza poter essere accompagnati spiritualmente nel lasciare il proprio corpo e vivere più serenamente il distacco dai propri ricordi¹⁰.

I parenti hanno, infatti, appreso la notizia della morte del proprio congiunto, attraverso il telefono e, quando è stato possibile, hanno affidato l'ultimo saluto tramite tablet.¹¹

Conseguentemente, il coronavirus ha contribuito notevolmente a quel processo di "disumanizzazione della morte" che da decenni caratterizza la società occidentale.

La parola d'ordine che imperversa ancora oggi è distanziamento: nel mondo dei sani impera il distanziamento disciplinato, in quello dei malati e, ancor più in quello dei defunti.¹²

L'umanità ha vissuto qualcosa di ben lontano da quella ritualità ben descritta decenni fa da Philippe Ariès che parlava di epoche passate, assai meno tecnologiche, ma ben più avvezze alla caducità della vita e alle epidemie, ove si addomesticava la morte non solo con i sacramenti, ma anche rendendo il trapasso un evento pubblico e socialmente ritualizzato nell'esaltazione dell'identità individuale.

⁸Fantauzzi, A., "Dis-umana morte: dall'isolamento del morente alla solitudine del parente nella pandemia" en Diario sulla salute pubblica, pag. 3.

⁹Castagliuolo, J. "Senza sepoltura, senza lacrime-dalla negazione della morte all'annegazione della vita", in *DNA, Di Nulla Accademia*, Vol. 1, n. 2, 2020, pag. 115.

¹⁰ García Sánchez, E. "Humanizar la muerte en tiempos de crisis sanitaria: morir acompañado, despedirse y recibir atención espiritua" en *Cuadernos de Bioética*. 2020, pp. 207-209.

¹¹Fantauzzi, A., *op. cit.* pag. 4.

¹²Castagliuolo, J., *op. cit.*, pag. 115.

4. COVID-19 e il dilemma the last bed. Le raccomandazioni SIIARTI e SEMICYUC

La pandemia ha avuto effetti deleteri su tutto il sistema sanitario mondiale e ha messo in luce la situazione drammatica della allocazione delle risorse, nonché il notevole “disagio” del personale sanitario costretto ad operare “scelte tragiche”.

Il fatto che la domanda abbia superato l’offerta è da imputare essenzialmente a tre ordini di motivi: 1. insufficienza del personale sanitario; 2. insufficienza di materiale sanitario; 3. carenza di posti letto, specie quelli in terapia intensiva.

Di fronte all’emergenza determinata dal coronavirus, paragonato dall’OMS ad un evento catastrofico, visti i contagi e il numero sempre più crescente di morti, al fine di salvare più vite umane possibili, ogni Stato ha dispiegato un ventaglio di risorse, al fine di aumentare i posti letto in terapia intensiva¹³.

Se in condizioni normali i criteri di accesso e di dimissione dai trattamenti intensivi sono l’appropriatezza clinica¹⁴ e la loro proporzionalità, per le situazioni di emergenza grave e prolungata, il principio di giustizia distributiva è stato applicato per valutare l’appropriatezza in termini di micro-allocazione delle risorse.

La drammatica situazione creatasi ha posto il personale medico dinanzi ad un grave dilemma etico: in mancanza di posti letto, a chi dare la precedenza all’accesso alla terapia intensiva o alla ventilazione? Quali criteri adottare?

Come scrive Palazzani¹⁵: “Si può scegliere? E su che basi si sceglie? Queste le domande inquietanti che emergono”.

Trattasi di una pura questione di selezione, proprio della cosiddetta “medicina delle catastrofi”, che ha posto i medici, ed in particolare, gli anestesisti, specie nei giorni di picco della pandemia, di stabilire chi intubare e chi no, compiendo delle scelte obbligate.

¹³Cottarelli, C., Paudice, F., L’aumento dei posti in terapia intensiva: alcuni chiarimenti su dati e tempistiche ove si legge che “Il Decreto Rilancio aveva previsto 3.500 nuovi posti letto in terapia intensiva che avrebbero garantito la presenza di 14 posti letto ogni 100.000 abitanti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale. A oggi le unità aggiuntive sono però solo 1.279, meno della metà rispetto all’obiettivo prefissato. Inoltre, i nuovi posti sono distribuiti in maniera disomogenea sul territorio. Le ragioni del ritardo risiedono nell’iter previsto per la programmazione e, in generale, in un’azione della Pubblica Amministrazione che non è stata in grado di realizzare gli obiettivi anche in presenza di risorse finanziarie adeguate”, in <https://osservatoriocpi.unicatt.it>

¹⁴Il termine “appropriatezza” si riferisce a una valutazione puramente clinica, mentre “proporzionalità” indica la dimensione etica della scelta, e tiene conto del rapporto tra mezzi (terapie, risorse, impegno professionale) e i risultati in termini di salute e qualità della vita.

¹⁵Palazzani, L. “La pandemia COVID-19 e il dilemma per l’etica quando le risorse sono limitate: chi curare?” *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, Special Issue 1/2020*, p. 360.

In molte strutture ospedaliere del Nord Italia¹⁶ che per prime hanno dovuto affrontare la forza devastatrice del virus¹⁷ il personale medico si è affidato ai criteri enunciati nelle raccomandazioni pubblicate dalla Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI).¹⁸

In virtù del forte aumento dei casi di acuta insufficienza respiratoria e conseguente necessità di ricovero in terapia intensiva¹⁹ la SIAARTI ha ritenuto “giustificato” derogare al criterio della priorità degli arrivi, per effettuare una selezione degli aventi diritto all’ammissione alla terapia intensiva, basata sull’età anagrafica e su un’attenta valutazione della presenza di eventuale comorbidità e dello status funzionale del soggetto²⁰.

Cosicché il “dilemma dell’ultimo letto”²¹ non è stato risolto applicando il criterio della temporalità, offrendo le cure a chi è giunto prima all’osservazione del medico (first come, first served), ma privilegiando, in primis colui che aveva più probabilità di sopravvivenza (criterio clinico) e secondariamente chi poteva avere più anni di vita salvata (criterio di giustizia allocativa).

Per quanto concerne la Spagna, l'assenza di linee guida centralizzate ha portato molti Comitati Etici Sanitari (HEC) e istituzioni a preparare i propri documenti con raccomandazioni sulla prioritizzazione per decidere non solo quali criteri adottare, ma anche a chi sarebbe spettata la decisione in ordine ai pazienti da ricoverare.

Ci si è chiesti, in particolare, se occorre fissare un limite di età per l'accesso alle risorse e cosa avrebbe dovuto essere prioritario: vite/anni di vita/qualità della vita, oppure se fosse

¹⁶ Rimedio A, Criteri di priorità per l’allocazione di risorse sanitarie scarse nel corso della pandemia da COVID-19, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 1/2021, pag. 25.

¹⁷ Rosenbaum L., Epidemia di COVID-19 in Italia: gli aspetti etici, logistici e clinici della risposta in prima linea, in *Recenti Prog Med* 2020; 111: 192-197

¹⁸ <https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/03/SIAARTI-COVID19-Raccomandazioni-di-etica-clinica.pdf>. La SIAARTI ha redatto le Raccomandazioni seguendo tre obiettivi: 1) fornire uno strumento per compiere scelte clinicamente appropriate e eticamente lecite (rispetto del consenso e della proporzionalità), omogenee e condivise, basate su criteri scientificamente consolidati; 2) sollevare i clinici da una parte della responsabilità etica nelle scelte, emotivamente gravose, compiute nei singoli casi; 3) rendere espliciti i criteri di allocazione delle risorse sanitarie in una condizione di eccezionale scarsità, comunicando la straordinarietà delle misure in atto, per dovere di trasparenza e di mantenimento della fiducia dei cittadini nel servizio sanitario pubblico.

¹⁹ Nel documento SIAARTI si legge “una parte consistente di soggetti con diagnosi di infezione da COVID19 richiede supporto ventilatorio a causa di una polmonite interstiziale caratterizzata da ipossiemia severa. L’interstiziopatia è potenzialmente reversibile, ma la fase di acuzie può durare molti 3/8 giorni”.

²⁰ Il documento SIAARTI recita: “Può rendersi necessario porre un limite di età all’ingresso in Terapia Intensiva. Non si tratta di compiere scelte meramente di valore, ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un’ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone”.

²¹ Amore, A. “Terapia intensiva, principi etici ed emergenza COVID-19. Parla il prof. Spagnolo” 2020 in <https://formiche.net/2020/03/terapia-intensiva-COVID19-sanita/2020>, (30/03/2020)

sufficiente raccomandare alcune scale o fosse conveniente dare la priorità ad alcuni criteri e impostare "punti di interruzione?"²².

Il primo di questi documenti è stato pubblicato il 10 marzo 2020 dal Dipartimento di Bioetica dell'Ospedale Universitario Infanta Elena di Valdemoro, in piena pandemia, avendo così un grande impatto su altri ospedali a livello nazionale e regionale.

Da allora, e fino alla diffusione delle raccomandazioni del Ministero della Salute, il 2 aprile 2020, sono stati identificati altri 16 documenti, tra cui quello redatto dalla SEMICYUC, di concerto con la Società spagnola di medicina interna (Semi),²³ che, sulla falsariga delle raccomandazioni italiane, ha sviluppato una guida etica per aiutare i medici a prendere queste decisioni, perseguendo identici obiettivi.

In tali documenti viene stabilito, data la limitatezza delle risorse, che, al fine "di concordare una serie di criteri tecnici ed etici comuni", il primo criterio da adottare per l'ammissione in terapia intensiva si deve basare sul principio di "massimizzare il beneficio comune", che ha comportato privilegiare la "più lunga aspettativa di vita".²⁴

Dal punto di vista clinico, il documento elaborato dalla SEMICYUC ha classificato i pazienti in quattro categorie e ne ha indicato due (Pazienti di priorità 3 e 4) che, in una situazione di scarsità di risorse non potevano accedere alle unità di terapia intensiva, poiché avevano scarse possibilità di recupero e/o il beneficio che ne avrebbero tratto era quasi nullo.²⁵

A tal fine è stato previsto di dover valutare attentamente il beneficio dell'ammissione di pazienti con "un'aspettativa di vita inferiore a due anni", proponendo, all'uopo, l'utilizzo di strumenti come quello noto nel campo medico del Necpal²⁶.

In particolare, nel documento in oggetto si legge che, di fronte a due pazienti simili, "la persona con gli anni di vita più adeguati alla qualità dovrebbe essere prioritaria", secondo gli indicatori che combinano "quantità e qualità della vita".

²²Bioethical Concerns During the COVID-19 Pandemic: What Did Healthcare Ethics Committees and Institutions State in Spain? Front. Public Health, pag. 2, 13 October 2021 <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737755>

²³Recomendaciones Éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos. (SEMICYUC), p. 5.

²⁴ Maarad, B., "In Spagna i medici dovranno scegliere chi curare" <<https://www.agi.it/estero/news/2020-03-20/coronavirus-spagna-medici-7698767/>> 2020, (08/04/2020).

²⁵SEMICYUC (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. Available: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Ética_SEMICYUCCOVID-19.pdf [Accessed 04 Dec 2020].

²⁶ NECPAL (Necesidades Paliativas): è uno strumento elaborato nel 2013 dal gruppo di lavoro dell'Istituto Catalano di Oncologia e sviluppato per l'identificazione di pazienti affetti da malattie in fase avanzata-terminale con bisogni di cure palliative.

In breve, di fronte a due pazienti con una condizione simile, la priorità spetterebbe a coloro che offrono la massima qualità della speranza di vita.

Si precisa, poi che, per le persone anziane "la sopravvivenza senza disabilità deve essere presa in considerazione rispetto alla sopravvivenza isolata", in una situazione di saturazione o overflow "è necessario dare la priorità alla cura dei casi potenzialmente più recuperabili", introducendo, un criterio che è stato oggetto di severe critiche, allorquando si stabilisce che occorre "tenere conto del valore sociale della persona malata".²⁷

Ebbene, dalle considerazioni suesposte, si evince che, a differenza delle raccomandazioni italiane, nelle raccomandazioni spagnole non si è fatto riferimento esplicito all'età come criterio, quanto piuttosto alla situazione clinica del paziente, alla prognosi e alla possibilità di ricevere un vantaggio effettivo dai trattamenti intensivi²⁸.

Ma, lo stesso documento SIAARTI stabilisce che "la presenza di comorbidità e lo stato funzionale devono essere valutati attentamente, oltre all'età del paziente".

Ne deriva che, a priori, nelle raccomandazioni spagnole, nessuno viene escluso per l'età, ma poi, ciò che lascia perplessi, è che la società scientifica spagnola suggerisce che "qualsiasi paziente con deterioramento cognitivo, dovuto a demenza o ad altre malattie degenerative, non dovrebbe essere sottoposto a ventilazione meccanica invasiva"²⁹.

In Spagna, pertanto, la decisione di assegnazione non si è basata sull'età anagrafica della persona come possibile strategia, aprendo, invece le porte alla necessità di valutare altre variabili, come il grado di fragilità, equivalente all'età biologica della persona.

L'impressione che se ne ricava è che entrambi i documenti non si discostano poi così tanto, essendo accomunati da una identica logica utilitaristica, ovvero quella di preservare le poche risorse disponibili a chi ha una maggiore aspettativa e/o qualità di vita, considerando, invece, uno spreco l'utilizzo delle stesse per mantenere in vita i pazienti con disabilità.

²⁷ Albert, M. "Vulnerabilidad y atención sanitaria: derecho y protocolos médico" en *Cuadernos de Bioética*, 2020, pp.183-202

²⁸Faggion, MP, González-Melado F.J, Di Pietro ML. "National health system cuts and triage decisions during the COVID-19 pandemic in Italy and Spain: ethical implications", *Med Ethics* 2021;47:300-307

²⁹Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Plan de Contingencia para los Servicios de Medicina Intensiva frente a la pandemia COVID19. Testualmente "Cualquier paciente con deterioro cognitivo, por demencia o otra enfermedad degenerativa, no serían subsidiarios de ventilación mecánica invasiva"; "supervivencia libre de discapacidad por encima de la supervivencia aislada".

5. Le direttive italiane e spagnole: questioni etiche

Le direttive pubblicate in Italia dalla SIAARTI e in Spagna dalla SEMICYUC hanno destato un vivace dibattito etico-giuridico, il cui nucleo centrale verte sulla salvaguardia dei diritti delle “persone più vulnerabili”, ovvero le persone anziane, i disabili, i malati terminali, i pazienti con deficit psichici.

Per quanto concerne le raccomandazioni italiane, molti hanno affermato che il documento in questione aderisca al modello utilitarista, richiamando all'uopo, il dibattito sul c.d. “ageismo³⁰” (ageism), ossia la discriminazione in base all'età, senza porre in essere alcun ragionamento clinico, visto che ha posto un limite di età all'ingresso in terapia intensiva.

Il fatto di riferirsi ad un criterio rigido di natura sociale e non strettamente clinico per la scelta di distribuzione delle risorse rappresenta, indubbiamente, il grosso limite delle raccomandazioni SIAARTI³¹.

Come argomentato da alcuni, si è adottata una logica valoriale, basata su un parametro quantitativo, perché si è voluto massimizzare il beneficio secondo un principio di quantità indifferenziata che ha considerato tre fattori: 1. salvare il massimo numero di vite; 2. aumentare il maggior numero possibile di anni di vita; 3. dare la precedenza a persone con un potenziale di vita maggiore³².

Ne deriva, pertanto, che, nonostante in Italia negli ultimi decenni si sia registrata un'alta presenza strutturale della popolazione anziana, gli indicatori come la comorbidità (ovvero la presenza precedente o simultanea di altre malattie) e l'età di 75-80 anni, sono stati, di fatto, la base per misurare l'aspettativa di vita e conseguente condizione necessaria ammettere il paziente in terapia intensiva.

La diffusione del virus quindi non ha fatto altro che rendere manifesto il radicato pensiero oramai sempre più diffuso nelle società occidentali, secondo cui la morte di un anziano è un prezzo

³⁰Si tratta di un termine coniato alla fine degli anni Sessanta dal Dott. Robert Butler e diffuso soprattutto nella letteratura internazionale (BUTLER, R. Age-ism: another form of bigotry, in *The Gerontologist*, n. 9/1969, 243-246). L'enciclopedia Treccani definisce ageismo come “forma di pregiudizio e svalorizzazione ai danni di un individuo, in ragione della sua età, in particolare [...] verso le persone anziane”. L'ageism è dato dalla combinazione di tre elementi: la presenza di pregiudizi nei confronti delle persone anziane, dell'anzianità e dell'invecchiamento; la messa in atto di pratiche discriminatorie nei confronti delle persone anziane; la diffusione di pratiche istituzionali e di *policies* che perpetuano tali stereotipi.

³¹Sartea C., “El triaje en emergencia pandémica y lo justo que se debe a cada quien” en *Profesiones Jurídicas y dinamismo del derecho*, Trant Lo Blanch Valencia, 2023, pp. 263-282.

³²Provenzano V., COVID-19, documento SIAARTI e gerarchie di cura: cambiamenti e comportamenti sanitari in Italia *EyesReg*, Vol. 11, N. 2, Marzo 2021, pag.5.

tutto sommato accettabile, in quanto le potenziali vittime sono individui il cui valore specifico è inferiore a quello dei veri protagonisti della società contemporanea, ritagliata, soprattutto, su misura per individui in età produttiva, consumatori attivi, scattanti e in salute.

Il coronavirus avrebbe portato all'affermazione della cultura dello “scarto”³³, che permea la società capitalistica contemporanea come denunciato dal Pontefice.³⁴

Certamente non è un caso che in Italia il 95 per cento dei decessi per COVID riguarda persone over 60 e, anche negli altri paesi la percentuale, del campione preso in esame, di morti over 60 rappresenta la quasi totalità.³⁵

Lo stesso D’Avack ha affermato che la SIIARTI si richiama al modello etico ‘utilitarista’, proprio dei paesi anglossassoni³⁶, ove non è possibile enunciare costituzionalmente un diritto alla salute, ma solo doveri che le amministrazioni sanitarie hanno sulla base delle risorse finanziarie stanziare.

Per tali ragioni per il Comitato Etico Spagnolo il criterio più importante per l’accesso alla cure sanitarie è quello dell’equità e non certamente il criterio utilitaristico³⁷.

Secondo il Comitato l’età non deve essere un fattore di discriminazione nel senso di un’esclusione a priori,³⁸ poiché, seppure l’adozione di un criterio di allocazione basato sulla capacità di recupero del paziente potrebbe essere giustificato in un contesto di risorse scarse, in ogni caso, occorre prevenire la diffusione di una mentalità utilitaristica o, peggio ancora, di pregiudizi negativi nei confronti di persone anziane o disabili.

Paradossalmente la vulnerabilità del paziente diventa motivo di esclusione delle cure: l’eventuale esclusione deve essere motivata da ragioni cliniche e non sociali³⁹.

³³Marcone,V.“Anziani e Coronavirus: danni collaterali”, <[³⁴Nell’Esortazione Apostolica Evangelii Gaudium e Lettera Enciclica Laudato Si’, in cui si denuncia la situazione degli anziani abbandonati e degli esclusi o emarginati, in quanto non utili agli interessi economici della società.](https://www.ilcapoluogo.it/2020/04/17/anziani-e-coronavirus-danni>2020 (25/03/2021).</p></div><div data-bbox=)

³⁵Cottarelli, C. Paudice, F.: “ Perché il COVID-19 non è uguale per tutti”ove si legge che l’Italia “*ha purtroppo registrato un numero molto elevato di decessi...., ma ciò sembrerebbe spiegato dalla struttura demografica sfavorevole, dall’elevato inquinamento e dal fatto di essere stato uno dei primi paesi colpiti*”, <https://www.lavoce.info/archives/73922/perche-il-COVID-19-non-e-uguale-per-tutti/>

³⁶Di Costanzo, C., Zagrebelsky, V. “ L’accesso alle cure intensive fra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative” en BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, sul n. 2/2020, pag. 7.

³⁷Sartea C., *op. cit.*, pp. 263-282.

³⁸Faggion, MP,González-Melado FJ,DiPietro, M.L., National health system cuts and triage decisions during the COVID-19 pandemic in Italy and Spain: ethical implications”, *Med Ethics* 2021;47:300–307.

³⁹ Sartea, C. *op. cit.*, pp. 263-282.

Analoghe considerazioni sono state espresse da alcuni Comitati nazionali di bioetica⁴⁰, fra cui quello Spagnolo⁴¹, secondo i quali il criterio dell'età in sé considerato, così come le decisioni basate sullo status sociale o quelle motivate da un previo giudizio sulla qualità della vita risultano assolutamente inaccettabili.

Per De Montalvo e Bellver l'adozione del criterio "del valore" o "utilità sociale", ha determinato una palese svalutazione della disabilità, poiché presuppone che alcuni individui hanno più valore di altri⁴² e ciò contrasta apertamente col concetto di dignità umana, poiché l'approccio utilitarista non "ignora non solo l'imperativo kantiano che proibisce di usare le persone esclusivamente come mezzi per fini degli altri", ma anche l'approccio oggettivo (non tanto Kantiano-soggettivo) della dignità umana, come lo intende Robert Spaemann⁴³.

Lo stesso Comitato Etico Spagnolo ha affermato che il termine "utilità sociale" apparso nelle raccomandazioni "sembra essere estremamente ambiguo ed eticamente discutibile, perché ogni essere umano per il solo fatto di essere tale è socialmente utile, in considerazione del valore ontologico della dignità umana".

Ne deriva che le raccomandazioni in oggetto mal si conciliano con l'impianto personalista della Costituzione Italiana e Spagnola, poiché introducono una palese gerarchia tra vite degne e non degne, con una evidente violazione dei diritti umani fondamentali⁴⁴.

Alle aspre critiche espresse da Montalvo, i membri della SEMICYUC hanno replicato che, in realtà, esso voleva essere una guida per prendere decisioni inevitabili e complesse in una

⁴⁰Il Comitato di bioetica dell'Austria, Management of scarce resources in healthcare in the context of the COVID-19 pandemic, del 31 marzo 2020, 12; quello della Repubblica federale di Germania, Solidarity and Responsibility during the Coronavirus Crisis, 4; Department for Health, Ireland, Ethical Framework for Decision-Making in a Pandemic, 2020.

⁴¹Il Comitato di bioetica Spagnolo (§ 9.9.) afferma che il criterio dell'età può essere considerato per individuare le priorità, ma non per negare o limitare l'assistenza sanitaria e il ricorso a taluni mezzi di sostegno vitale. Certamente l'età, così come altri fattori, incide sulla prognosi, ma quest'ultima non deve comunque mai mancare. Occorre poi tenere conto della situazione concreta di ogni paziente, senza escludere nessuno a priori. Per questo documento l'unica discriminazione positiva ammissibile, con riguardo all'età, è quella in favore dei bambini e degli adolescenti. Anche per la Pontificia Accademia pro Vita, quando diventano necessarie decisioni di razionamento di risorse non disponibili per tutti, *"la decisione non può basarsi su una differenza di valore della vita umana e della dignità di ogni persona, che sono sempre uguali e inestimabili. La decisione riguarda piuttosto l'impiego dei trattamenti nel modo migliore possibile sulla base delle necessità del paziente, cioè la gravità della sua malattia e il suo bisogno di cure, e la valutazione dei benefici clinici che il trattamento può ottenere, in termini di prognosi. L'età non può essere assunta come criterio unico e automatico di scelta, altrimenti si potrebbe cadere in un atteggiamento discriminatorio nei confronti degli anziani e dei più fragili"*.

⁴²De Montalvo F, Bellver Cappella, V. "Priorizar sin discriminar: la doctrina del comité de bioética de España sobre derechos de las personas con discapacidad en un contexto de pandemia" en IgualdadES, 3, julio-diciembre (2020), pp. 313-341.

⁴³Spaemann, R., "Sobre el concepto de dignidad humana", en *Lo natural y lo racional*, prólogo de Rafael Alvira, Rialp, Madrid, 1989.

⁴⁴D'Avack, L. "COVID-19: criteri etici", in corso di pubblicazione, en *Biolaw Journal* 2020, pag. 4, ove afferma che il modello SIIARTI "non è in linea con la nostra Costituzione (artt. 2,3,13 e 32), con diverse leggi dell'ordinamento (L. n. 833/1978; L. n. 24/2017 e L. 219/2017) e con il codice deontologico dei medici (artt. 2, 6, 8, 32, 39), che portano a ritenere che, anche in situazioni straordinarie, quando sono in gioco la vita o la salute, tutti gli individui sono di pari valore e tutti possono vantare un diritto incontestabile alla salute".

situazione eccezionale di collasso sanitario, poggiandosi su criteri scientifici, nel pieno rispetto della legislazione vigente che ha cercato di colmare un grande vuoto esistente, partendo da posizioni più vicine all'umanesimo, al personalismo e al principio⁴⁵.

Per quanto attiene all'apparente discriminazione nei confronti delle persone con disabilità, costoro hanno sottolineato che col termine sopravvivenza si è voluto intendere che essa dovesse essere libera da gravi postumi.

Anche il Prof. Mori ritiene che le Raccomandazioni SIAARTI rappresenterebbero una svolta in senso positivo, poiché il criterio extra-clinico dell'età sarebbe da riferire non già al triage durante la catastrofe, ma, più in generale, alle "scelte circa la cura della salute", divenendo quindi un rivoluzionario paradigma progressista destinato a divenire centrale nella scienza medica⁴⁶ che privilegierebbe il criterio della qualità della vita, a discapito dell'eguaglianza di cura.

Secondo alcuni, essendo le Raccomandazioni de quibus elaborate in un contesto caratterizzato da "grave di carenza" e di "straordinaria criticità", il criterio del limite d'età non è stato inteso come criterio di selezione sociale, ovvero sulla base di una presunta minore dignità personale di chi è più anziano o in base ad una ragione economica per risparmiare risorse, evitando di destinarle a chi è ormai improduttivo⁴⁷.

Ciò lo si ricava dalle raccomandazioni n. 3⁴⁸ e n. 4 ove si evince che oltre all'età, occorre considerare altri parametri, quali la presenza di comorbidità, e lo status funzionale.

Ne deriva che esso, non presupponendo una diversa dignità fra le persone, risulta coerente con i principi di beneficienza, non maleficenza e giustizia e che, peraltro, si applica quotidianamente nel caso dei trapianti di organo.

Inoltre, il criterio dirimente dell'età, coniugandolo con la raccomandazione n. 7 che parla di giustizia distributiva, sembra voler esprimere una ratio diversa, nel senso l'età non viene utilizzato come parametro rilevante nella prognosi, ma come criterio che implica dare la possibilità di sopravvivere a chi ha davanti più anni da vivere.

⁴⁵Hernández-Tejedor U A, Martín Delgado M.C Una crisis de ética dentro de la crisis sanitaria por la COVID-19 An ethics crisis within the health crisis due to COVID-19 en Medicina intensiva 45 (2021) 563-565

<https://www.medintensiva.org/es-una-crisis-etica-dentro-crisis-articulo-S0210569121000565>

⁴⁶Del Missier, G., "Sopraffatti dal virus: la questione del triage estremo" <<https://www.alfonsiana.org/blog/2020/03/27/sopraffatti-dal-virus-la-questione-del-triage-estremo>>2020, (01/04/2021).

⁴⁷Razzano, G. "Riflessioni a margine delle raccomandazioni SIAARTI per l'emergenza COVID-19 fra triage, possibili discriminazioni e vecchie Dat: verso un rinnovata sensibilità alla vita?" en AIC, riv. 3/2020, pag. 112.

⁴⁸"Non si tratta di compiere scelte meramente di valore, ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone».

Ciò, secondo Razzano, non si tratta di attribuire agli anziani un valore inferiore ai giovani quanto alla dignità, nè di attuare necessariamente criteri econometrici, riassunti nella formula del QALY, che calcola il numero di anni di vita tenuto conto della qualità e dei costi, per il maggior numero di individui. Si tratta semplicemente di preferire chi ha “più anni di vita salvata”⁴⁹.

Infine, non occorre dimenticare che il dilagare della pandemia e la paura diffusa della trasmissione del virus, alimentata quotidianamente dai bollettini ufficiali dei contagi e dei decessi trasmessi dai mass media, sembrano avere posto in secondo piano il valore del consenso al trattamento sanitario che, in una situazione convenzionale, molto probabilmente sarebbe stato negato dalle persone “fragili”⁵⁰, disattendendo il punto 6 delle raccomandazioni SIIARTI⁵¹. Con l’effetto che, *“non prendere in considerazione la volontà del paziente viola da un lato i diritti fondamentali dello stesso e dall’altro costituirebbe anche un danno nella gestione dei reparti di terapia intensiva”*.⁵²

6. Considerazioni finali

Durante la pandemia la morte e il morire hanno assunto toni tragici e poco dignitosi: l’uomo è morto solo, senza alcun familiare accanto, isolato in una camera d’ospedale, chiuso in un sacco di plastica nero, abbandonato fra i rifiuti di una RSA, in attesa di essere poi cremato o seppellito in un cimitero, oppure nelle fosse comuni privo d’identità.

Allo stesso tempo, non solo non è stato possibile esprimere il lutto nelle forme tradizionali, ma sono cambiate le stesse modalità di preparazione del defunto, privato anche del rito della vestizione o di altra cerimonia alternativa, essendo avvolto in un semplice lenzuolo che per ineludibili motivi sanitari, andava chiuso in fretta nel feretro.⁵³

⁴⁹Razzano, *ibid*: pag. 124

⁵⁰ Botti, F. Rivista telematica Svizzera e Italia: soluzioni di triage e medicina intensiva a confronto (<https://www.statoechiese.it>), fascicolo n. 3 del 2021, 21-43.

⁵¹ Le raccomandazioni SIIARTI del 6 marzo 2020 al punto 6 affermano che occorre procedere all’accertamento della volontà del paziente di essere sottoposto o meno a trattamenti salvavita, o attraverso la verifica di un’eventuale presenza di volontà precedentemente espresse attraverso disposizioni anticipate di trattamento (DAT) o, in modo particolare, stando a quanto definito dal paziente e dal curante in occasione della pianificazione condivisa delle cure

⁵² *Ibidem*

⁵³ Gelati, M.A., “Formazione tanatologica e COVID-19 intervista a Maria Angela Gelati di Davide Sisto” <<https://www.sipuodiremorte.it/formazione-tanatologica-e-COVID-19-intervista-a-maria-angela-gelati-di-davide-sisto>> 2021 (09/09/2021).

Come ha scritto Norbert Elias: “mai come oggi gli uomini sono morti così silenziosamente e igienicamente e mai sono stati così soli”⁵⁴.

Il COVID-19 ha impedito, pertanto, l’esplicitarsi di tutti quei complessi rituali, estremamente articolati, che, da sempre, costituiscono uno strumento di contenimento del dolore e controllo dell’angoscia di morte⁵⁵. Basti pensare che per un determinato tempo è stata pure disposta la chiusura al pubblico dei cimiteri, determinando un’ulteriore privazione di contatto con i propri morti e di condivisione del lutto, che ha prolungato il senso di distanza causato dalla mancata celebrazione di un rito funerario collettivo. La soppressione dei riti esequiali è stata percepita come un lutto nel lutto, un dolore nel dolore.

In tale contesto è stato impossibile negare l’inevitabilità della morte.

Ne deriva, pertanto, che con l’avvento del coronavirus il paradigma della morte è mutato: se prima il nostro immaginario sociale e culturale attribuiva un valore morale negativo alla mortalità, affidando i sogni di immortalità alla biotecnologie, al fine di posticiparla il più possibile, ora l’essere umano ha dovuto necessariamente fare i conti con la sua fragilità esistenziale. Durante la pandemia siamo stati ossessionati dalla morte e siamo ammutoliti dinanzi alla forza devastatrice del virus che da semplici spettatori ci ha reso protagonisti della triste vicenda.

A tale processo di disumanizzazione della morte hanno concorso, involontariamente, le scelte tragiche operate dai medici nel decidere chi intubare e chi no,⁵⁶ che hanno garantito i trattamenti sanitari ai pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico, in nome di chi ha la “maggior speranza di vita”⁵⁷.

Al riguardo, trovo giustificate le aspre critiche mosse nei confronti delle raccomandazioni italo-spagnole, tacciate di utilitarismo, ma non posso non tener conto del contesto emergenziale nel quale sono state elaborate: sono, purtroppo, il “prodotto” di politiche di austerità, di privatizzazione e di sottoposizione della cura alle leggi del mercato condotte in questi anni da governi “scellerati”⁵⁸.

⁵⁴ Norbert, E. La solitudine del morente, Bologna, 1982, il Mulino.

⁵⁵ Castagliuolo, J. “Senza sepoltura, senza lacrime-dalla negazione della morte all’annegazione della vita”, in DNA, Di Nulla Accademia, Vol. 1, n. 2, 2020, pag. 117.

⁵⁶ Secondo il dizionario Treccani *triage* è un metodo di valutazione e selezione immediata (dal francese *trier* “scegliere”, “classificare”) usato per assegnare il grado di priorità del trattamento quando si è in presenza di molti pazienti, oppure quando si è in presenza di un’emergenza extraospedaliera e si deve valutare la gravità delle condizioni cliniche del paziente https://www.treccani.it/enciclopedia/triage_%28Dizionario-di-Medicina%29/.

⁵⁷ Sozzi, M.: “Le cure palliative hanno qualcosa da dire sul coronavirus?”, <<https://www.sipuodiremorte.it/le-cure-palliative-hanno-qualcosa-da-dire-sul-coronavirus-tentativo-di-riflessione-di-marina-sozzi/>>2020, (08/03/2021).

⁵⁸ CORTE DEI CONTI, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica, approvato nell’adunanza delle Sezioni riunite in sede di controllo del 15 maggio 2020, p. 286 ss. in <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5380690.pdf>.

Quindi il problema reale è consistito nel fatto che l'epidemia si è propagata in una situazione connotata da una grave se non gravissima carenza di risorse, una situazione definita non “puntuale”, ma “prospettica”, nel senso che l'emergenza si è protratta per un lasso di tempo e spazio che non erano prevedibili, in cui si è reso “necessario applicare criteri di razionamento straordinari”⁵⁹.

A questo punto, in una situazione di forte squilibrio come poteva essere applicato il criterio dell'equità e dell'universalità delle cure, principi cardine dei nostri ordinamenti giuridici?

Tali principi ovviamente mal si conciliano con i protocolli di triage ove, la necessità di razionare le scarse risorse sanitarie fa nascere indubbiamente un conflitto fra il diritto individuale a ricevere le “cure” appropriate e il diritto della sanità pubblica teso a garantire la salute del maggior numero possibile di persone⁶⁰.

Per risolvere la questione, alcuni hanno suggerito di far individuare tali criteri dal legislatore: questa soluzione, in realtà, mi lascia un po' perplessa, per due ordini di motivi: in primo luogo, essa contraddirebbe il principio di autonomia e responsabilità medica più volte richiamato dalla Corte costituzionale; in secondo luogo, avrebbe il difetto di cristallizzare i termini di un bilanciamento che, invece, deve rimanere necessariamente fluido e adattabile alle specificità di ogni situazione, tant'è vero che le stesse raccomandazioni italiane non sono state redatte in modo dettagliato.

Quindi, partendo dall'assunto che tutti devono essere curati, allora si giunge ad affermare che il criterio non può essere definito su basi soggettive o sociali, ma dovrebbe essere definito solo su basi oggettive, ossia sulla base delle condizioni cliniche del paziente.

Allora, come afferma Del BO,⁶¹ è necessario cambiare prospettiva, nel senso che, in un contesto di triage, dovrebbe valere non il criterio del maggior numero di anni di vita salvati, che genera discriminazioni nei confronti delle persone più vulnerabili, bensì il criterio del maggior numero di vite salvate, al fine di ottenere una più rapida rotazione delle risorse di terapia intensiva e quindi privilegiando nell'assegnazione chi le occuperebbe per meno tempo.

Alla fine questa soluzione è quella adottata dal documento intitolato “Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di

⁵⁹Piccinni, M “ Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento SIAARTI” en *Recenti progressi in Medicina*, 2020, pag. 214

⁶⁰Gristina, Orsi, Vergano, “Pandemia da COVID-19 e triage: la filosofia e il diritto talvolta guardano l'albero mentre la medicina prova a spegnere l'incendio della foresta” en *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, Special Issue 1/2020*, pag. 396.

⁶¹Del Bo', C. “COVID-19 e criteri di ammissione alla terapia intensiva. Uno sguardo filosofico sulle Raccomandazioni Siaiarti” en *Notizie di Politeia*, XXXVII, 141, 2021. ISSN 1128-2401 pp. 11-24.

pandemia di COVID-19" sottoscritto congiuntamente dalla Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, (SIMLA) e SIAARTI,⁶²ove si legge che "la finalità del triage di terapia intensiva è (...) garantire i trattamenti di supporto vitale al maggior numero possibile di pazienti che ne possano avere benefici"⁶³.

Cosicché alla domanda di chi ammettere alle cure, a chi dare l'unica possibilità di accesso alla terapia intensiva occorre rispondere che è eticamente ingiusto applicare il criterio "first come, first served" o il sorteggio o meno che mai quello legato al ruolo sociale o alle possibilità economiche del paziente, perché si prescinde aprioristicamente dall'analisi del caso concreto⁶⁴.

Invece, per quanto concerne il criterio dell'età mi preme fare una precisazione: nel caso in cui si stabilisce aprioristicamente una soglia tale per cui in Terapia Intensiva debbano essere ricoverati tutti i malati con età inferiore a un definito numero di anni indipendentemente da qualsiasi altra variabile (gravità e/o patologia), allora l'età è sì un criterio extra-clinico o di valore. Ma qualora lo si consideri all'interno del quadro clinico del paziente, l'età, diventa a tutti gli effetti, un criterio clinico, poichè l'elevata età anagrafica può essere considerata un indicatore sintetico dell'età biologica, poichè è noto che con l'aumentare dell'età si riducono le probabilità di risposta di risposta alle cure intensive⁶⁵.

In tal modo si va a valutare se la persona anziana eventualmente affetta da patologie possa trarre effettivamente un beneficio concreto dal trattamento invasivo, per evitare, così, di sfociare

⁶²Il 19 novembre 2020 il Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la qualità e la sicurezza delle cure (CNEC) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che gestisce il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), aprì una consultazione pubblica su un ulteriore documento "Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia di COVID-19" redatto congiuntamente della SIAARTI e dalla Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA), accompagnato da un testo introduttivo del Direttore del CNEC. Il 7 gennaio 2021 è stata pubblicata la versione definitiva. Nel documento si enunciano 13 statement. Nello statement n. 6 si afferma: "Il triage deve basarsi su parametri clinico-prognostici definiti e il più possibile oggettivi e condivisi. La valutazione, mirata a stratificare le probabilità di superare l'attuale condizione critica con il supporto delle cure intensive, dovrà procedere basandosi sulla valutazione globale di ogni singola persona malata attraverso i seguenti parametri: numero e tipo di comorbidità; stato funzionale pregresso e fragilità rilevanti rispetto alla risposta alle cure; gravità del quadro clinico attuale; presumibile impatto dei trattamenti intensivi, anche in considerazione dell'età del/la paziente; volontà della persona malata riguardo alle cure intensive, che dovrebbe essere indagata prima possibile nella fase iniziale del triage".https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/01/2021_01_13_LINEE-GUIDA_DECISIONI-CURE-INTENSIVE_Def.pdf.

⁶³Siaarti-Simla, 2021, p. 10

⁶⁴Nel documento siglato fra SIIARTI E la FNOMCeO in data 22 ottobre 2020 si legge che *"nel caso in cui lo squilibrio tra necessità e risorse disponibili persista, è data precedenza per l'accesso ai trattamenti intensivi a chi potrà ottenere grazie ad essi un concreto, accettabile e duraturo beneficio"*, urly.it/3tsky.

⁶⁵Gristina, G., L'età un criterio clinico o di valore" <https://colloquidibioetica.com/2021/04/08/leta-un-criterio-clinico-o-di-valore/ove> si legge:*Prove scientifiche consolidate mostrano, infatti, che pazienti definiti di età avanzata (età ≥ 65 anni), affetti da una opìu comorbidità, quando ricoverati in Terapia Intensiva, presentano un decorso gravato da un maggior numero di complicanze e da una mortalità, durante il ricovero e dopo la dimissione dalla Terapia Intensiva e poi dall'ospedale, più alta di quella della restante popolazione di pazienti correlata all'età, alle co-morbidità, alla fragilità, allo stato cognitivo, alla qualità della vita prima e dopo la dimissione dalla Terapia Intensiva.*

nell'accanimento terapeutico. Un approccio ritagliato sul singolo paziente appare, pertanto, la soluzione più appropriata e, l'età, gioca un ruolo fondamentale, qualora unita agli altri criteri clinici, fra cui anche l'attualità.⁶⁶

E cosa fare in caso di incapacità? La risposta si rinviene nel documento siglato fra SIIARTI-SIMLA ove si afferma che:

“deve essere verificata con attenzione l'eventuale presenza di volontà precedentemente espresse dai pazienti attraverso disposizioni anticipate di trattamento” e che “in caso di DAT contrarie all'inizio dei trattamenti indicati, la volontà della persona deve essere rispettata” e in presenza di un legale rappresentante o di un fiduciario, il medico si relaziona con questi”⁶⁷.

L'applicazione di criteri di oggettivi dovrebbero ridurre significativamente le problematiche generate dalle raccomandazioni italo-spagnole, ed in particolare, la pericolosa tendenza dell'affermarsi di un modello di cura improntato ad una “sanità selettiva”, che considera residuale la vita di disabili e anziani.

In realtà, è un discorso già presente in letteratura ove si discute di dover limitare l'uso di costose tecnologie salva vita in una popolazione che ha meno prospettive di beneficiare rispetto ai gruppi più giovani.⁶⁸

La tesi secondo cui una più breve speranza di vita comporti una diminuzione legale del suo valore è ripugnante e non può trovare posto in uno Stato di diritto.

Non solo, in caso di scarsità delle risorse, il criterio dell'età e del valore sociale della persona, tanto osteggiati nella decisione di chi intubare e chi no, fanno sorgere, un ulteriore e grave interrogativo: “da criteri straordinari”, utilizzabili per scenari propri della cd. “medicina delle catastrofi”, potrebbero divenire “parametri ordinari”, ai quali ricorrere per ogni possibile scelta allocativa.

La tutela della salute, infatti, che può essere declinata come diritto all'integrità fisica, diritto alla dignità e all'uguaglianza ed infine come diritto universale, si configura come un diritto soggettivo perfetto, esigibile dalla persona, fondandosi su norme giuridiche.

⁶⁶Nel parere del C.N.B intitolato “COVID-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del triage in emergenza pandemica” dell'8/04/2020 si legge che il triage si debba basare anche sull’**attualità** che inserisce la valutazione individuale del paziente fisicamente presente nel pronto soccorso nella prospettiva più ampia della “comunità dei pazienti”, con una revisione periodica delle liste di attesa.”

⁶⁷Linee-Guida_Decisioni-Cure-Intensive_Siiarti-Simla.

⁶⁸ Galletti, M., “La bioetica al tempo del COVID-19. Scelte tragiche e criteri di giustizia”, in Filosofi in Ciabatte. Divulgazioni ai tempi del Coronavirus, 2020, pag. 99

Se questa esigibilità viene messa in discussione, ogni Stato deve correre ai ripari e, una delle prime misure che deve necessariamente adottare, per garantire un'efficiente distribuzione delle risorse sanitarie, è la cosiddetta "preparedness", definita dall'OMS come:

"un programma di attività di sviluppo a lungo termine i cui obiettivi sono rafforzare la capacità complessiva di un Paese di gestire in modo efficiente tutti i tipi di emergenza e realizzare una transizione ordinata dal soccorso al ripristino della normalità".

Ciò è indispensabile per ottimizzare la gestione integrata dei percorsi clinico-assistenziali e monitorare i processi per evitare che, laddove non vi siano adeguate risorse organizzative e/o strutturali, come è accaduto nelle strutture residenziali, le persone più vulnerabili vengano abbandonate o trascurate, o vedano divenire difficile o impervio l'accesso ai percorsi di cura⁶⁹.

In tal caso, si potrebbe ricorrere, ad esempio, alla medicalizzazione delle case di cura o di pazienti anziani in ospedali costruiti ad hoc, che contribuirebbe a ridurre il numero di infezioni nelle case di riposo e a diminuire l'accesso alle unità di terapia intensiva.

Altra soluzione potrebbe essere quella di potenziare la medicina territoriale: ad esempio stabilire che, qualora le unità di terapia intensiva si trovino a dovere gestire un afflusso di pazienti superiore alla capacità massima del reparto (pari all'80%), dovrà chiedere aiuto all'attività di intermediazione dell'Unità di coordinamento che, con il parere favorevole della o delle unità riceventi, dovrà avviare i trasferimenti secondo la modalità di trasporto individuata in accordo con gli ospedali interessati e con il call center di emergenza sanitaria locale competente per il trasporto.

Il trasferimento dovrà sempre tenere conto dello stato di salute in cui versa il paziente e dovrà essere data priorità "ai pazienti con buone prospettive di ripresa" e, al contempo, offrire "la possibilità di riammetterli in reparto qualora il decorso dovesse protrarsi".

Per i malati non destinati a cure intensive e a prognosi infausta sarebbe oltremodo opportuno implementare un programma di intervento palliativo che garantisca a tutti i pazienti alla fine della vita, in qualunque setting assistenziale, un adeguato controllo dei sintomi, un ampio ricorso alla sedazione palliativa per una morte dignitosa.

Infine, è altrettanto prioritario considerare le conseguenze psicologiche sui familiari e sul personale medico e infermieristico, cercando di costruire percorsi adeguati di diagnosi e trattamento.

⁶⁹Radiografía de la COVID-19 en las residencias de ancianos in <https://www.rtve.es/noticias/20221209/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>

In definitiva, per potenziare al massimo il livello di prevenzione e attuare il principio di equità e uguaglianza delle cure, richiamato, peraltro, nel documento successivo elaborato dalla SIIARTI congiuntamente con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO),⁷⁰ gli Stati devono investire molte più risorse nel settore sanitario, anziché procedere a continui tagli di spesa.

Alla luce delle considerazioni suesposte, è possibile sostenere che le raccomandazioni italo-spagnole non hanno avuto il precipuo intento di mettere in discussione il valore della vita, nel senso di utilizzare una logica discriminatoria, tra vite degne e vite non degne di essere vissute, ma si è trattato di salvaguardare la vita “in condizioni eccezionali”.

Esse: “hanno avuto il merito di smuovere le acque, ma conservano il limite di non aver governato con sufficiente attenzione filosofica le onde che si sono prodotte”⁷¹.

In questo senso la pandemia è un “fenomeno biopolitico” che ha riproposto i limiti dell’umano, della sua finitudine mortale e che ci ha portato a riflettere su alcune domande fondamentali della vita, della malattia e della morte.

Bibliografia

- ◆ Albert, M. (2020) “Vulnerabilidad y atención sanitaria: derecho y protocolos médico”. *Cuadernos de Bioética*: 183-202.
- ◆ Amore, A. (2020) “Terapia intensiva, principi etici ed emergenza COVID-19. Parla il prof. Spagnolo”. urly.it/3rc-h.
- ◆ Ariès, P. (1978). Storia della morte in Occidente: dal medioevo ai giorni nostri. Rizzoli.
- ◆ Botti, F. (2021) “Svizzera e Italia: soluzioni di triage e medicina intensiva a confronto”. <https://www.statoeche.it>, 3, 21-43.
- ◆ Del Bo', C. (2021) “COVID-19 e criteri di ammissione alla terapia Intensiva. Uno sguardo filosofico sulle Raccomandazioni Siaarti” in *Notizie di Politeia*, XXXVII, 141, 11-24.
- ◆ Castagliuolo, J. (2020) “Senza sepoltura, senza lacrime-dalla negazione della morte all’annegazione della vita”, *DNA, Di Nulla Accademia*, (1) 2, 117.
- ◆ Cottarelli, C., Paudice, F. (2020) “L’aumento dei posti in terapia intensiva: alcuni chiarimenti su dati e tempistiche”. <https://osservatoriocpi.unicatt.it>.
- ◆ Cottarelli, C. Paudice, F. (2021) “Perché il COVID-19 non è uguale per tutti”. urly.it/3ttfj.

⁷⁰Nel documento sottoscritto dalla SIIARTI FNOMCeO sono evidenziate le fondamentali questioni da tenere presente in tempo di emergenza: a) il principio di eguaglianza tra le persone e l’equità di accesso ai trattamenti rimane imprescindibile; b) il principio “non negoziabile dell’uguaglianza di valori di ogni essere umano” rimane intangibile; c) la legittimità anzi il dovere dei medici di rivendicare presso il gestore politico e l’organizzazione sanitaria ulteriori risorse aggiuntive; d) i criteri di ammissione/esclusione alle terapie intensive hanno validità esclusivamente “in stato di assoluta necessità (emergenza/ urgenza indifferibile in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili)”.

⁷¹ Del Bo', *op.cit.*, pp. 11-24.

- ◆ Cardini, F. (2020) “Un tempo contro le epidemie si pregava, oggi si chiudono le chiese”.urly.it/3rcyq
- ◆ D’Avack, L. (2020) “COVID-19: criteri etici”, *Biolaw Journal* 2020,4.
- ◆ De Montalvo, F., Bellver, V. (2020) “La Bioética en los tiempos del coronavirus: una reflexión acerca de algunos dilemas éticos-legales de la pandemia a partir del Informe del Comité de Bioética de España”, Atienza, E, Rodríguez Ayuso, J.S., Las respuestas del Derecho a las crisis de salud pública, Dykinson, Madrid, 249.
- ◆ Di Costanzo, C., Zagrebelsky, V. (2020) “L’accesso alle cure intensive fra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative” *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, (2),7.
- ◆ Europa Press (2020). La OMS calcola che 55.000 anziani siano morti per COVID-19 nelle case di cura in Europa. urly.it/3rcy-.
- ◆ _____ (2020) <https://www.nextquotidiano.it/coronavirus-spagna-i-medici-dovranno-scegliere-chi-curare/>.
- ◆ _____ (2020) Radiografia de la COVID-19 en las residencias de ancianos. Urly.it/3rdrz.
- ◆ Fantauzzi, A., (2020) “Dis-umana morte: dall’isolamento del morente alla solitudine del parente nella pandemia” *Diario sulla salute pubblica*, 3.
- ◆ Faggion, MP, González-Melado F.J, Di Pietro ML. (2021) “National health system cuts and triage decisions during the COVID-19 pandemic in Italy and Spain: ethical implications”, *Med Ethics*, 47:300–307.
- ◆ Galletti, M., “La bioetica al tempo del COVID-19. Scelte tragiche e criteri di giustizia”. *Filosofi in Ciabatte. DivulgazioniaitempidelCoronavirus*, 99.
- ◆ García Sánchez, E. (2020) “Humanizar la muerte en tiempos de crisis sanitaria: morir acompañado, despedirse y recibir atención espiritua”. *Cuadernos de Bioética*, 206.
- ◆ Gemelli, S. (2014) “Così muoiono i vecchi”, FPE- Franco Pancallo Editore.
- ◆ Gelati, M.A. (2021) “Formazione tanatologica e COVID-19 intervista a Maria Angela Gelati di Davide Sisto”. urly.it/3rn28.
- ◆ Gristina, Orsi, Vergano (2020) “Pandemia da COVID-19 e triage: la filosofia e il diritto talvolta guardano l’albero mentre la medicina prova a spegnere l’incendio della foresta”. *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, Special Issue (1)*: 396.
- ◆ Maarad, B. (2020) “In Spagna i medici dovranno scegliere chi curare” urly.it/3rc-.
- ◆ Marcone, V. (2020) “Anziani e Coronavirus: danni collaterali”, urly.it/3rc_6
- ◆ Norbert, E. (1982) *La solitudine del morente*, Il Mulino, Bologna.
- ◆ Palazzani, L. (2020) “La pandemia COVID-19 e il dilemma per l’etica quando le risorse sono limitate: chi curare?” *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto, Special Issue (1)* 360.
- ◆ Piccinni, M. (2020) “Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento SIAARTI”. *Recenti progressi in Medicina*, 214.
- ◆ Provenzano, V. (2021) “COVID-19, documento SIAARTI e gerarchie di cura: cambiamenti e comportamenti sanitari in Italia”. *EyesReg*, (11), 2:5.
- ◆ Razzano, G. (2020) “Riflessioni a margine delle raccomandazioni SIIARTI per l’emergenza COVID-19 fra triage, possibili discriminazioni e vecchie Dat: verso un rinnovata sensibilità alla vita?” *AIC*, (3), 112.
- ◆ Rimedio, A. (2021) “Criteri di priorità per l’allocazione di risorse sanitarie scarse nel corso della pandemia da COVID-19” *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, (1) 25.
- ◆ Rosenbaum, L. (2020) “Epidemia di COVID-19 in Italia: gli aspetti etici, logistici e clinici della risposta in prima linea”. *Recenti Prog Med* ; 111: 192-197.

- ◆ Sarteau, C. (2023) “El triaje en emergencia pandémica y lo justo que se debe a cada quien” *Profesiones Jurídicas y dinamismo del derecho*, Trant Lo Blanch, Valencia:263-282.
- ◆ Simone, A. (2020) “COVID-19: il soggetto imprevisto. Rovesci simbolici, emozioni, vita quotidiana”. *Studi sulla questione criminale*, 14 marzo 2020. urly.it/3rcf1.
- ◆ Sozzi, M. (2020) “la morte al tempo del coronavirus”. urly.it/3rcfc.
- ◆ Sozzi, M. (2020) “Le cure palliative hanno qualcosa da dire sul coronavirus?”. urly.it/3rc-d.
- ◆ Sisto, D. (2020) “COVID-19: “Il tabù della morte”. urly.it/3rcgc.

Rapporti

- ◆ Comitato Nazionale per la Bioetica. (2020) “COVID-19: la decisione clinica in carenze di risorse e il criterio del ‘triage in emergenza pandemica’”.
- ◆ Comité de Bioética de España. (2020) “Sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del Coronavirus”.
- ◆ Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità del 2006.
- ◆ Corte dei Conti (2020) “Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica, approvato nell’adunanza delle Sezioni riunite in sede di controllo del 15 maggio 2020”, 286 ss.
- ◆ Esortazione Apostolica Evangelii Gaudium Del Santo Padre Francesco papa – francesco_esortazione-ap20131124 evangelii-gaudium it.pdf.
- ◆ Rapporto Health at a Glance: Europe 202p. State of Health in the EU Cycle dell’OCSE. https://ec.europa.eu/health/state/glance_it.
- ◆ SEMICYUC (2020) La 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.
- ◆ SIIARTI (2020) (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva. Raccomandazioni di etica clinica per l’ammissione dei trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni di eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili.
- ◆ SIAARTI-FNOMCeO, <https://portale.fnomceo.it>.
- ◆ SIAARTI-SIMLA, <https://snlg.iss.it/?p=2706>.

Fecha de recepción: 17 de abril de 2023

Fecha de aceptación: 25 de enero de 2024

Fecha de publicación: 14 de febrero de 2024