

## 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

Giuseppe R. Gristina, Luciano Orsi, Marco Vergano\*

COViD-19 PANDEMIC AND TRIAGE: PHILOSOPHY AND THE LAW SOMETIMES LOOK AT THE TREE WHILE MEDICINE TRIES TO PUT OUT THE FOREST FIRE

ABSTRACT: On February 21st, 2020, the first case of severe acute respiratory failure due to the coronavirus 2 (SARS-CoV-2), was identified in Italy. As of March 8th, 2020, Italy was the 2nd most affected country in the world. As of March 6th, 2020, the Italian Society of Anesthesia and Intensive Care (SIAARTI) published the clinical ethics Recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances, in order to support the clinicians involved in the care of critically-ill CoViD-19 patients and facing a scenario of imbalance between supply and demand of ICU beds. The SIAARTI Recommendations have raised stir within the medical-scientific community, and also among legal experts, philosophers, and in the media. The aims of this paper are: 1) to summarize the ethical foundations of the SIAARTI recommendations; 2) to report the scientific evidence on which the recommendations are grounded; 3) to describe the economic, organizational and epidemiological context; 4) to reply to some of the criticisms.

KEYWORDS: CoViD-19; pandemic emergency; allocation of resources; triage; intensive care unit

SOMMARIO: 1. Background – 2. I fondamenti delle Raccomandazioni SIAARTI – 3. Le prove scientifiche – 4. Gli eventi e le loro premesse – 5. Alcune risposte alle critiche – 6. Conclusioni.

*«Out in the heartland  
I looked into your eyes  
And I asked "Are you ready?  
Ready for this life?»*

Beach House – "PPP", from the album "Depression Cherry", 2015

---

\* Giuseppe R. Gristina, Medico anestesista-rianimatore, Roma; Comitato Etico Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). Mail: [geigris@fastwebnet.it](mailto:geigris@fastwebnet.it). Luciano Orsi, Medico palliativista, Crema; Direttore scientifico della Rivista Italiana di Cure Palliative. Mail: [orsiluciano@gmail.com](mailto:orsiluciano@gmail.com). Marco Vergano, Medico anestesista-rianimatore Servizio di Anestesia e Rianimazione, Ospedale San Giovanni Bosco, Torino; Coordinatore del Gruppo di Studio di Bioetica Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). Mail: [m.vergano@gmail.com](mailto:m.vergano@gmail.com). Il presente lavoro è aggiornato al 2 maggio 2020.

## 1. Background

Il 9 gennaio 2020 un'epidemia di Coronavirus 2 (SARS-CoV2) è stata segnalata ufficialmente per la prima volta nella città di Wuhan, provincia di Hubei in Cina<sup>1</sup>.

Il virus, altamente contagioso, è in grado di causare, nelle forme più gravi, una polmonite (CoViD-19) che può complicarsi con una grave forma d'insufficienza respiratoria acuta.

In Italia il primo caso è stato ufficialmente dichiarato il 21 febbraio 2020.

Oggi la malattia è diffusa ovunque nel mondo e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'undici marzo 2020, ha dichiarato lo stato di pandemia<sup>2</sup>.

Da allora, in Italia, per tutto il mese di marzo e la prima metà di aprile il numero di casi è andato aumentando progressivamente (Figura 1)<sup>3</sup>.

L'incontrollata diffusione del contagio e la mancanza di un'adeguata risposta organizzativa in termini di sanità pubblica (mancato controllo sanitario del territorio, approccio ospedale e intensivo-centrico)<sup>4</sup>, hanno fatto sì che in Lombardia, in breve tempo, un numero elevatissimo di pazienti sottoponesse a una pressione drammatica gli ospedali, e in particolare i reparti di Terapia Intensiva (TI) (Figura 2). Questo afflusso senza sosta, per più giorni, ha fatto diventare veri e propri focolai di contagio gli ospedali e, dall'altro, ha determinato ben presto nelle TI una disproporzione 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<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Istituto Superiore di Sanità, *Epicentro. L'epidemiologia per la sanità pubblica – Focolaio internazionale di infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2*, <https://bit.ly/3bJ1HeD> (ultimo accesso 30 marzo 2020).

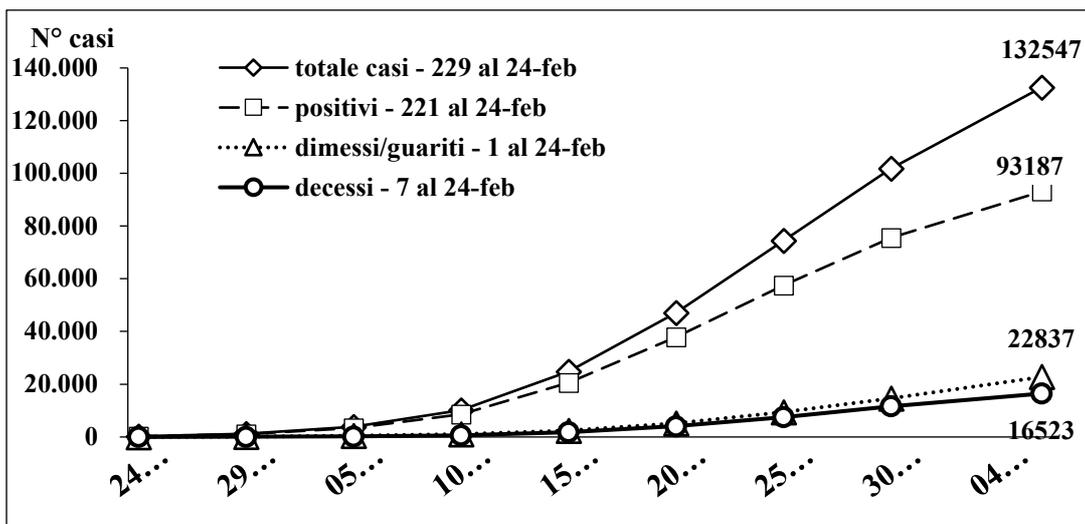
<sup>2</sup> World Health Organization. *Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020*, <https://bit.ly/3aJz8gl> (ultimo accesso 30 marzo 2020).

<sup>3</sup> *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00028)*, GU Serie Generale n.61 del 09-03-2020.

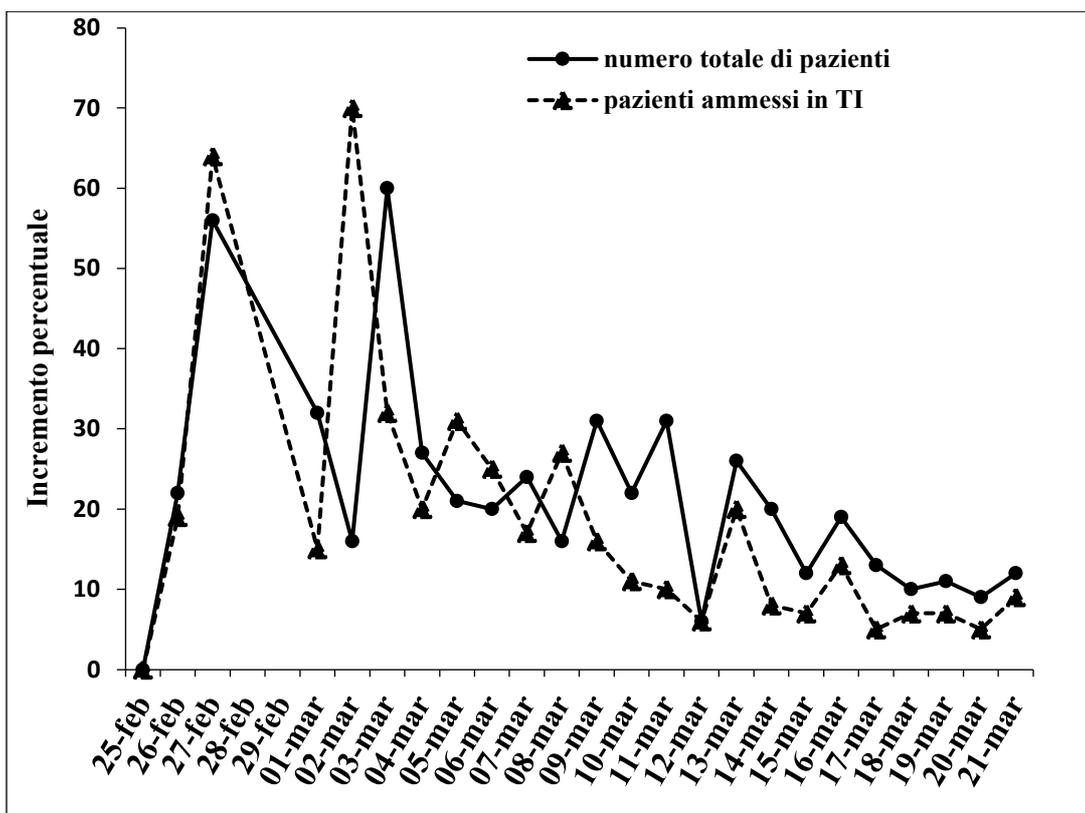
<sup>4</sup> In argomento v. M. NACOTI, A. CIOCCA, A. GIUPPONI, P. BRAMBILLASCA, F. LUSSANA, M. PISANO ET AL. *At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation*, in *catalyst.nejm.org*, April 1, 2020, <https://bit.ly/341ZKHm>; FROMCEO Lombardia. *Nuova lettera indirizzata ai vertici della sanità lombarda – I presidenti degli ordini provinciali della Regione Lombardia* (FROMCeO, 06.04.2020, <https://bit.ly/2XjuCBL>).

<sup>5</sup> In argomento v. R.D. TRUOG, C. MITCHELL, G.Q. DALEY. *The toughest triage: allocating ventilators in a pandemic*, in *New England Journal of Medicine*, March 23, 2020; M. FERRARESI. *A coronavirus cautionary tale from Italy: don't do what we did*, in *Boston Globe*, March 13, 2020, <https://bit.ly/2UZxh1Y>; P. CORRIAS. *Claudia sola in trincea, costretta a decidere chi poteva salvarsi*, in *La Repubblica*, 11.04.2020, <https://bit.ly/2JXUStF> (ultimo accesso 12 aprile 2020).

*Special issue*



**Figura 1:** Incremento numerico (dal 200<sup>mo</sup> caso in poi) dei pazienti totali, positivi, dimessi/guariti, deceduti per complicanze da infezione da Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in Italia tra il 25 Febbraio 2020 e il 6 Aprile 2020. I dati sono derivati dai report quotidiani del Dip. di Protezione Civile disponibili al link: <https://bit.ly/2QH5AZq>.



**Figura 2:** Incremento percentuale di pazienti ammessi in TI con insufficienza respiratoria acuta da CoViD-19 in Lombardia correlata al numero totale di pazienti ammessi negli ospedali tra il 25 Febbraio 2020 e il 21 Marzo 2020. I dati sono derivati dai report quotidiani del Dip. di Protezione Civile e sono disponibili al link: <https://bit.ly/2QH5AZq>.



Questa drammatica situazione ha generato nei professionisti sanitari coinvolti un pesante “moral distress” che si è andato ad aggiungere alla già enorme fatica richiesta per fronteggiare una situazione mai fino a oggi sperimentata<sup>6</sup>.

## 2. I fondamenti delle Raccomandazioni SIAARTI

In questo contesto la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) ha ritenuto necessario redigere delle Raccomandazioni<sup>7</sup> con 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.

Non è qui d’interesse una spiegazione puntuale di ciascuna delle 15 Raccomandazioni, può essere invece utile sintetizzare i fondamenti dell’approccio etico.

L’eccezionale scenario caratterizzato da uno squilibrio tra domanda e offerta di assistenza può richiedere criteri di accesso alle cure intensive non soltanto di appropriatezza clinica e di proporzionalità etica, ma anche ispirati a un principio condiviso di giustizia distributiva e di appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate.

Come estensione dei due suddetti principi, l’allocazione delle risorse sanitarie in una situazione di grave carenza deve puntare a garantire i trattamenti, in questo caso intensivi e sub-intensivi, ai pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico: si tratta dunque di privilegiare la “maggior speranza di vita”.

Questo scenario è assimilabile a quelli propri della “medicina delle catastrofi”, con una sostanziale differenza: nelle maxi-emergenze in cui l’evento inizia e si conclude in un tempo definito di ore o, al massimo, di qualche giorno (terremoti, incendi, crolli etc.) il numero dei pazienti, per quanto elevato, può essere rapidamente definito permettendo un rapido adattamento delle risorse alle necessità. Nel caso della pandemia in corso, lo stato di maxi-emergenza si prolunga invece per un tempo non definibile apriori, caratterizzato da un flusso di pazienti continuo con picchi legati alla diffusione incontrollata del contagio<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> In argomento v. M. NACOTI ET AL, *op. cit.*; FROMCEO Lombardia, *op. cit.*; M. IMARISIO, *Coronavirus, il medico di Bergamo: «Negli ospedali siamo come in guerra. A tutti dico: state a casa»*, in *Corriere della Sera*, 09.03.2020, <https://bit.ly/2UyNg77> (ultimo accesso 30 marzo 2020); I. DOMINIONI, *Mario Riccio: «Ogni giorno devo decidere chi deve essere intubato e chi no, chi deve vivere o morire»*, in *Linkiesta*, 27.03.2020, <https://bit.ly/3bNOhhv> (ultimo accesso 30 marzo 2020); L. ROSENBAUM, *Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic’s Front Line*, March 18, 2020, <https://bit.ly/3bKvFyy> (ultimo accesso 30 marzo 2020).

<sup>7</sup> SIAARTI, *Raccomandazioni di etica clinica per l’ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*. 06.03.2020, <https://bit.ly/3dNkE1y> (ultimo accesso 30 marzo 2020).

<sup>8</sup> In argomento v. J.L. ZIMMERMAN, C.L. SPRUNG, *Medical procedures. Recommendations and standard operating procedures for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster*. *European Society of Intensive Care Medicine’s Task Force for intensive care unit triage during an influenza*

Il giudizio sull'appropriatezza clinica delle cure intensive e sub-intensive deve pertanto essere integrato, caso per caso, con altri elementi di "idoneità clinica" che comprendono: il tipo e la gravità della malattia, l'età biologica, la presenza di comorbidità, la compromissione di altri organi e apparati e la loro reversibilità. Questo comporta di non dover necessariamente seguire un criterio di accesso alle cure intensive di tipo "first come, first served".

L'applicazione di criteri di razionamento è giustificabile soltanto dopo che da parte di tutti i soggetti coinvolti è stato compiuto ogni sforzo per aumentare la disponibilità di risorse e dopo che è stata valutata ogni possibilità di trasferimento verso centri con maggiore disponibilità di risorse.

Nel nostro Paese<sup>9</sup> le Raccomandazioni hanno suscitato un vivo dibattito rispetto al quale, ora che la pandemia in Italia ha assunto un andamento più controllato, riteniamo necessari alcuni chiarimenti.

### 3. Le prove scientifiche

Nei Paesi occidentali, in particolare in Italia, la proporzione di anziani nella popolazione generale è in continua crescita, tuttavia l'aumento dell'aspettativa di vita che caratterizza oggi le classi di età più

---

*epidemic or mass disaster*, in *Intensive Care Medicine*, 36, 1, 2010, 65-69; M.D. CHRISTIAN, G.M. JOYNT, J.L. HICK, J. COLVIN, M. DANIS, C.L. SPRUNG ET AL. *Critical care triage. Recommendations and standard operating procedures for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster*. European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster, in *Intensive Care Medicine*, 36, 1, 2010, 55-64; C. SANDROCK. *Manpower. Recommendations and standard operating procedures for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster*. European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster, in *Intensive Care Medicine*, 36, 1, 2010, 32-37.

<sup>9</sup>. In argomento v. F. ANELLI. *Coronavirus. FNOMCeO sul documento anestesisti: "Nostra guida resta Codice deontologico. Non dobbiamo metterci nelle condizioni di applicare questi inaccettabili triage di guerra"*, in *Quotidiano Sanità*, 08.03.2020, <https://bit.ly/2K5UoJq> (ultimo accesso 14 aprile 2020); G. GRISTINA. *Gli anestesisti-rianimatori rispondono alla FNOMCeO: "Già oggi siamo costretti a scegliere chi curare. Ora, questo è ammissibile in tempo di 'pace' e non lo è in tempo di 'guerra'?"*, in *Quotidiano Sanità*, 09.03.2020. <https://bit.ly/3ciP0Ye> (ultimo accesso 14 aprile 2020); D. RODRIGUEZ. *Dagli anestesisti-rianimatori una difficile presa in carico di responsabilità che merita rispetto*, in *Quotidiano Sanità*, 09.03.2020, <https://bit.ly/2RzhUuX> (ultimo accesso 14 aprile 2020); L. CRAXI, D. NERI. *Il documento degli anestesisti-rianimatori non è in contrasto con il Codice deontologico*, in *Quotidiano Sanità*, 10.03.2020, <https://bit.ly/3aEbDFj> (ultimo accesso 14 aprile 2020); M. COZZOLI. *A chi dare la precedenza? Riflessioni etiche sulle Raccomandazioni della Siaarti*, in *Quotidiano Sanità*, 19.03.2020, <https://bit.ly/2yazGhs> (ultimo accesso 14 aprile 2020); F. BRESSAN. *La posizione della Siaarti è scomoda, ma realistica e giusta*, in *Quotidiano Sanità*, 11.03.2020, <https://bit.ly/34GUp8L> (ultimo accesso 14 aprile 2020); B. RAVERA. *Nel documento degli anestesisti nessun darwinismo sociale*, in *Quotidiano Sanità*, 20.03.2020, <https://bit.ly/3b8UBjD> (ultimo accesso 14 aprile 2020); M. MORI. *Manzoni, la negazione della realtà (della peste), e l'analogo atteggiamento circa le Raccomandazioni Siaarti sull'emergenza Coronavirus*, in *Quotidiano Sanità*, 26.03.2020, <https://bit.ly/3bbucBF> (ultimo accesso 14 aprile 2020); A. MANTO. *Coronavirus. "Una sfida immane che ci coinvolge tutti e che sollecita risposte nuove in campo medico, etico ed economico"*, in *Quotidiano Sanità*, 16.03.2020, <https://bit.ly/3cd5Ves> (ultimo accesso 14 aprile 2020). Infine, si vedano in questo fascicolo i contributi di C. DI COSTANZO, V. ZAGREBELSKY. *L'accesso alle cure intensive fra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative*; L. PALAZZANI. *La pandemia e il dilemma per l'etica quando le risorse sono limitate: chi curare?*; L. D'AVACK. *COVID-19: criteri etici*; P. SOMMAGGIO, S. MARCHIORI. *Tragic choices in the time of pandemics*.

avanzata è accompagnato da una elevata incidenza di patologie collaterali<sup>10</sup>. Le malattie cronico-degenerative e la fragilità che caratterizzano l'età adulta e anziana sono quindi in costante aumento. Cresce parallelamente il fabbisogno di cure palliative (CP) precoci e diffuse<sup>11</sup> ma molto resta ancora da fare per garantire che tutti i pazienti che necessitano di CP vengano adeguatamente assistiti<sup>12</sup>. Anche se oggi i ricoveri frequenti o la morte in ospedale sono considerati indicatori attendibili di scarsa qualità dell'assistenza ai pazienti anziani con comorbidità<sup>13</sup>, in Italia durante gli ultimi due mesi di vita il 90% di questi pazienti è stato ricoverato in ospedale nella fase terminale della malattia, mentre solo lo 0.1% è stato accolto in hospice<sup>14</sup>. Al contrario delle cure rivolte contro la malattia, le CP precoci sono le più appropriate per la gran parte di questi pazienti in quanto migliorano il controllo dei sintomi, la qualità della vita residua e della morte, garantendo una attuazione certa della pianificazione condivisa delle cure e delle disposizioni anticipate di trattamento e una attenta prevenzione di cure inappropriate e/o sproporzionate lungo tutta la traiettoria di malattia<sup>15</sup>.

Consolidate prove scientifiche mostrano che pazienti con età maggiore di 80 anni<sup>16</sup>, affetti da una o più comorbidità, quando ricoverati in TI, presentano un decorso gravato da un maggior numero di complicanze<sup>17</sup> e da una mortalità, in TI e dopo la dimissione, più alta di quella della restante popola-

<sup>10</sup> J.R. BEARD, A. OFFICER, I. ARAUJO DE CARVALHO, R. SADANA, A.M. POT, J.P. MICHEL ET AL. *The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing*, in *Lancet*, 387, 2016, 2145-2154.

<sup>11</sup> World Health Organization, *Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course*, in *Journal Pain Palliat Care Pharmacother*, 28, 2014, 130-134.

<sup>12</sup> Economist Intelligence Unit, *The 2015 Quality of Death Index: ranking palliative care across the world*, 2015, <http://bit.ly/2ibuqAO>.

<sup>13</sup> W. GAO, Y.K. HO, J.VERNE M. GLICKMAN, I.J. HIGGINSON. *GUIDE Care Project. Changing Patterns in Place of Cancer Death in England: A Population-Based Study 2013*, available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001410>.

<sup>14</sup> G. MICCINESI, D. PULITI, E. PACI. *End-of-life care and endof-life medical decisions: the ITAELD study*, in *Epidemiologia e Prevenzione*, 35, 2011, 178-187.

<sup>15</sup> In argomento v. X. GÓMEZ-BATISTE, M. MARTÍNEZ-MUÑOZ, C. BLAY, J. ESPINOSA, J.C. CONTEL, A. LEDESMA. *Identifying needs and improving palliative care of chronically ill patients: a community-oriented, population-based, public-health approach*, in *Current Opinion in Supportive and Palliativd Care*, 6, 2012, 371-378; L. ORSI. *Lights and shadows of palliative sedation in Italy: the role of anesthetists*, in *Minerva Anestesiologia*, 81, 2015, 937-939; K. PUNTILLO, J.E. NELSON, D. WEISSMAN, J.R.CURTIS, S. WEISS, J. FRONTERA, ET AL. *Palliative care in the ICU: relief of pain, dyspnea, and thirst—A report from the IPAL-ICU Advisory Board*, in *Intensive Care Medicine*, 40, 2014, 235-248; L. ORSI, G.R. GRISTINA. *Palliative sedation: the position statement of the Italian National Committee for Bioethics (INCB)*, in *Minerva Anestesiologia*, 83, 2017, 524-528.

<sup>16</sup> D. POOLE, S. FINAZZI, G. NATTINO, D. RADRIZZANI, G. GRISTINA, P. MALACARNE, ET AL. *The prognostic importance of chronic end-stage diseases in geriatric patients admitted to 163 Italian ICUs*. *Minerva anestesiologia*, 83, 12, 2017, 1283-12983

<sup>17</sup> In argomento v. F. PHILIPPART, A. VESIN, C. BRUEL, A. KPOJJI, B. DURAND-GASSELIN, P. GARCON, ET AL, *The ETHICA study (part I): elderly's thoughts about intensive care unit admission for life-sustaining treatments*, in *Intensive Care Medicine*, 39, 2013, 1565-73; K. LORENZ, J. LYNN, S.C. MORTON, S. DY, R. MULARSKI, L. SHUGARMAN, ET AL, *Agency for Health Research and Quality Evidence Report Summaries. End of Life care and outcomes*, 2004, available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11874> (ultimo accesso 14 aprile 2020); P. NASA, D. JUNEJA, O. SINGH, R. DANG, A. ARORA. *Severe sepsis and its impact on outcome in elderly and very elderly patients admitted in intensive care unit*, in *Journal of Intensive Care Medicine*, 27, 2012, 179-183.

zione di pazienti<sup>18</sup> correlata sia all'età e alla comorbilità<sup>19</sup> che alla fragilità<sup>20</sup>, allo stato cognitivo<sup>21</sup>, alla qualità della vita prima e dopo la dimissione dalla TI<sup>22</sup>.

Come è noto, il tasso di mortalità aumenta in modo esponenziale con il trascorrere del tempo secondo la legge di Gompertz<sup>23</sup> per la quale «la diminuzione della resistenza di un uomo alla morte è tale che alla fine di uguali intervalli di tempo infinitamente piccoli, egli perde uguali porzioni della forza di resistenza alla morte che gli rimane e che aveva all'inizio di quegli intervalli». Questo modello fu concepito da Gompertz per quantificare l'aspettativa di vita ed è ancora oggi sfruttato dalle compagnie di assicurazione per stabilire se assicurare o no e con quali premi.

Makeham<sup>24</sup>, successivamente, corresse la legge di Gompertz aggiungendo alla componente della mortalità dovuta al solo invecchiamento, una componente per causa accidentale.

In sintesi, al crescere dell'età diminuisce la capacità fisiologica di impedire la propria decadenza fisica di per sé, ma anche in ragione del fatto che gli esseri umani accumulano deficit funzionali (malattie, sintomi, limitazioni funzionali, anomalie biochimiche) che, agendo come fattori di stress biologici, li rendono sempre più vulnerabili alla morte.

Le sindromi geriatriche in particolare svolgono un ruolo importante nel definire un *outcome* avverso. Tra queste la fragilità, misurabile attraverso il "Frailty Index" (FI)<sup>25</sup>, è definita come uno stato clinico

<sup>18</sup> G.C. IHRA, J. LEHBERGER, H. HOCHRIESER, P. BAUER, R. SCHUMTZ, B. METNITZ ET AL, *Development of demographics and outcome of very old critically ill patients admitted to intensive care units*, in *Intensive Care Medicine*, 38, 2012, 620-626.

<sup>19</sup> A. GARLAND, K. OLAFSON, C.D. RAMSEY, M. YOGENDRAN, R. FRANSOO. *Distinct determinants of long-term and short-term survival in critical illness*, in *Intensive Care Medicine*, 40, 2014, 1097-1105.

<sup>20</sup> In argomento v. H. FLAATTEN, D.W. DE LANGE, A. MORANDI, F.H. ANDERSEN, A. ARTIGAS, G. BERTOLINI, ET AL. *VIP1 study group. Withholding or withdrawing of life-sustaining therapy in older adults (≥ 80 years) admitted to the intensive care unit*, in *Intensive Care Medicine*, 43, 12, 2017, 1820-1828; J. MUSCEDERE, B. WATERS, A. VARAMBALLY, S.M. BAGSHAW, J.G. BOYD, D. MASLOVE ET AL, *The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis*, in *Intensive Care Medicine*, 43, 8, 2017, 1105-1122; B. GUIDET, H. FLAATTEN, A. BOUMENDIL, A. MORANDI, F.H. ANDERSEN, A. ARTIGAS ET AL. *Withholding or withdrawing of life -sustaining therapy in older adults (≥ 80 years) admitted to the intensive care unit. VIP 1 study group*, in *Intensive Care Medicine*, 44, 7, 2018, 1027-1038; L.E. FERRANTE, M.A. PISANI, T.E. MURPHY, E.A. GAHBAUER, L.S. LEO-SUMMERS, T.M. GILL. *The Association of Frailty With Post-ICU Disability, Nursing Home Admission, and Mortality: A Longitudinal Study*. *Chest*, 153, 6, 2018, 1378-1386; Y. LAUNEY, H. JACQUET, M. ARNOUAT, C. ROUSSEAU, N. NESSELER, P. SEGUIN. *Risk factors of frailty and death or only frailty after intensive care in non-frail elderly patients: a prospective non-interventional study*, in *IntensiveCare Medicine*, 7,48, 2019; S.M. BAGSHAW, H.T. STELFOX, R.C. McDERMID, D.B. ROLFSON, R.T. TSUYUKI , N. BAIG ET AL. *Association between frailty and short- and long-term outcomes among critically ill patients: a multicentre prospective cohort study*, in *CMAJ*, 186, 2014, 95-102.

<sup>21</sup> T.J. IWASHYNA, E.W. ELY, D.M. SMITH, K.M. LANGA. *Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis*, in *JAMA*, 304, 1, 2010, 1787-1794.

<sup>22</sup> J.M. KAHN, D.C. ANGUS, C.E. COX, C.L. HOUGH, D.B. WHITE, S. YENDE, ET AL. *The Epidemiology of Chronic Critical Illness in the United States*, in *Critic Care Medicine*, 43, 2015, 282-287.

<sup>23</sup> B. GOMPERTZ. *On the nature of the function expressive of the law of human mortality and on a new model of determining life contingencies*, in *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 1825, 115, 513-585.

<sup>24</sup> W.M. MAKEHAM, *On the Law of Mortality and the Construction of Annuity Tables*, in *Journal of the Institute of Actuaries and Assurance Magazine*, 1860, 8, 301-310.

<sup>25</sup> K. ROCKWOOD, X. SONG, C. MACKNIGHT, H. BERGMAN, D.B. HOGAN, I. MCDOWELL, ET AL. *A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people*, in *CMAJ*, 173, 5, 2005, 489-495.

di maggiore vulnerabilità multidimensionale causato dal declino dei sistemi fisiologici e delle loro riserve funzionali associato o meno all'età<sup>26</sup>.

Il FI è espresso come rapporto tra il numero dei deficit funzionali presenti nel singolo paziente che aumentano nel tempo e il totale dei deficit funzionali riconosciuti in letteratura<sup>27</sup>. È oggi accertato che il tasso medio annuale di accumulo di deficit funzionali a cominciare dall'età di 20 anni è pari a circa il 4.5%, raddoppia in media ogni 15.4 anni e triplica tra i 50 e gli 80 anni<sup>28</sup>. Le fluttuazioni individuali dei tassi di accumulo dei deficit sono a loro volta da ascrivere ai differenti tempi di recupero che si riducono al crescere dell'età e all'intensità dell'agente in grado di indurre il deficit<sup>29</sup>, così il numero di deficit accumulati sarà pari al prodotto dell'intensità per il tempo di recupero.

Per comprendere come età e deficit funzionali agiscano nel determinismo della mortalità è possibile utilizzare un modello<sup>30</sup> in cui: 1) lo stato di salute individuale può essere approssimato a una rete di nodi interconnessi (variabili biologiche e cliniche) ciascuno dei quali può trovarsi in due stati: danneggiato o non danneggiato; 2) l'evoluzione dello stato della rete è governata da perturbazioni casuali (stocastiche) ad azione continua che rappresentano l'ambiente e che possono cambiare lo stato di ciascun nodo; 3) la transizione di un singolo nodo allo stato "danneggiato" è influenzata dallo stato dei nodi connessi, che, se danneggiati a loro volta, accelerano la transizione del primo. Attraverso la rete il danno dei singoli nodi accelera e facilita quindi il danno di tutti gli altri nodi collegati; 4) l'architettura di rete ovvero come sono collegati i nodi con gli altri nodi, varia notevolmente. L'asimmetria della distribuzione dei nodi riflette il fatto che mentre la maggior parte di essi ha solo un piccolo numero di connessioni (per es. articolazione del gomito), alcuni sono invece correlati a molte variabili (per es. funzioni cardiocircolatoria e respiratoria); 5) i nodi con il numero più alto di connessioni definiscono lo stato generale della rete e condizionano la mortalità meglio di qualsiasi altro sottoinsieme di nodi più piccolo.

Questo modello riflette in generale le proprietà dell'organismo: la sua struttura di rete, la sua asimmetria, il ruolo dell'ambiente, e l'effetto cumulativo del danno.

Ciononostante, l'età continua a fornire un contributo indipendente e significativo al rischio di morte. Gli anziani tendono infatti a morire prima degli individui più giovani sia a parità di FI, sia in condizione di punteggio FI più basso, il cosiddetto "stato zero"<sup>31</sup>. Pertanto, mentre il FI fornisce una rilevante informazione aggiuntiva circa l'età reale (biologica) dell'organismo di una persona soprattutto nel ran-

<sup>26</sup> R.C. McDERMID, S.M. BAGSHAW. *Scratching the surface: the burden of frailty in critical care*, in *Intensive Care Medicine*, 40, 2014, 740–742.

<sup>27</sup> In argomento v. J. WOO, W. GOGGINS, A. SHAM, S.C. HO. *Public health significance of the frailty index. Disability and Rehabilitation*, 28, 8, 2006, 515-521; K. ROCKWOOD, A.B. MITNITSKI. *Frailty in relation to the accumulation of deficits*, in *Journal of Gerontology*, 62, 2007, 722–727.

<sup>28</sup> A.B. MITNITSKI, K. ROCKWOOD, *The rate of aging: the rate of deficit accumulation does not change over the adult life span*, in *Biogerontology*, 17, 2016, 199–204.

<sup>29</sup> A.B. MITNITSKI, X. SONG, K. ROCKWOOD, *Assessing biological aging: the origin of deficit accumulation*, in *Biogerontology*, 14, 2013, 709–717.

<sup>30</sup> A.B. MITNITSKI, A.D. RUTENBERG, S. FARRELL, K. ROCKWOOD. *Aging, frailty and complex networks*, in *Biogerontology*, 18, 2017, 433–446.

<sup>31</sup> S. FARRELL, A.B. MITNITSKI, K. ROCKWOOD, A. RUTENBERG, *Network model of human aging: frailty limits and information measures*, in *Physical Review Journal*, 94, 2016, 5-1.

ge di età compreso tra 70 e 90 anni e nei più giovani ma con alto FI, in tutti gli altri casi il FI da solo non racchiude l'intera informazione relativa al danno correlato all'età.

Si comprende quindi come sia possibile considerare l'età anagrafica come un surrogato dell'età biologica<sup>32</sup>.

Questo modello interpretativo dei rapporti che legano età, fragilità e mortalità è entrato già da tempo a far parte del processo di valutazione clinica del paziente anziano potenzialmente candidabile a cure intensive quando medici, pazienti e parenti discutono gli obiettivi di cura, mentre il FI è oggi comunemente utilizzato come indicatore negli studi di esito in medicina intensiva<sup>33</sup>.

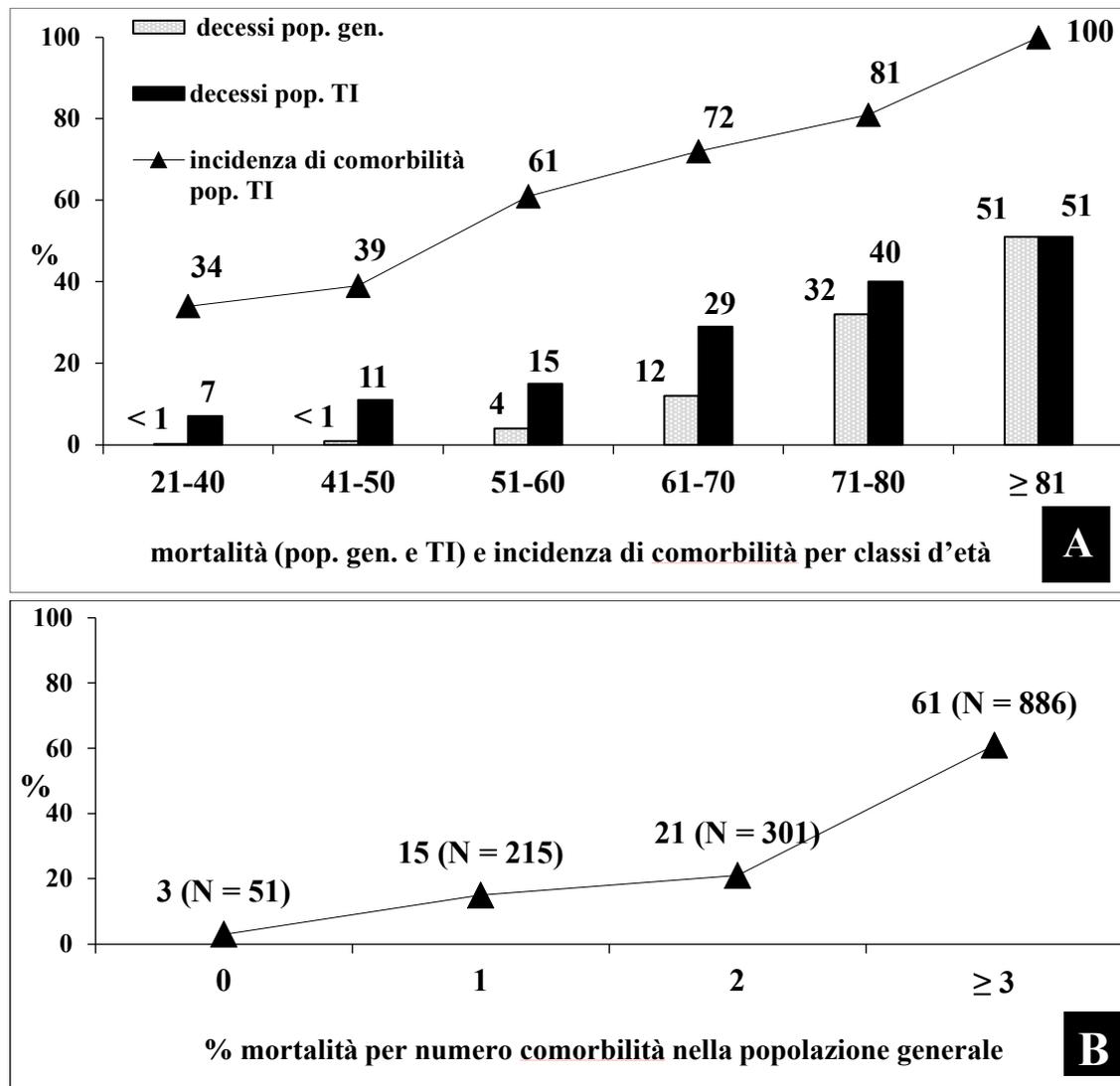
A riprova di quanto detto i dati disponibili in Italia a tutto il 9 aprile 2020 confermano per la popolazione generale dei deceduti e per quella dei deceduti in TI che la mortalità va progressivamente aumentando al crescere dell'età e delle comorbidità come mostra la figura 3 in cui (grafico A) sono poste a confronto la mortalità nella popolazione generale italiana positiva a SARS-CoV2 (16.654 decessi, pari al 17%)<sup>34</sup> e quella di un campione di pazienti affetti da insufficienza respiratoria acuta da CoViD-19

<sup>32</sup> A.B. MITNITSKI, S. TANEJA, A. RUTENBER, K ROCKWOOD. *The origin of biological age: statistical mechanics of deficit accumulation*, in *Journal of Gerontologist*, 54, 2, 2014, 164.

<sup>33</sup> In argomento v. C.L. SPRUNG, M. DANIS, M.A. BAILY, D. CHALFIN, T.F. DAGI, F. DAVILA, ET AL, *Consensus Statement on the Triage of Critically Ill Patients*, in *JAMA*, 271, 15, 1994, 1200-1203; J.L. NATES, M. NUNNALLY, R. KLEINPELL, S. BLOSSER, J. GOLDNER, B. BIRRIEL, ET AL, *ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research*, in *Critical Care Medicine*, 44, 8, 2016, 1553-1602; P. LE MAGUET, A. ROQUILLY, S. LASOCKI, K. ASEHNOUNE, E. CARISE, M. SAINT MARTIN, ET AL, *Prevalence and impact of frailty on mortality in elderly ICU patients: a prospective, multicenter, observational study*, in *Intensive Care Medicine*, 40, 5, 2014, 674-682; D.K. HEYLAND, P. DODEK, S. MEHTA, D. COOK, A. GARLAND, H.T. STELFOX, ET AL, *Admission of the very elderly to the intensive care unit: family members' perspectives on clinical decision-making from a multicenter cohort study*, in *Palliative Medicine*, 29, 4, 2015, 324-335; B. GUIDET, G. LEBLANC, T. SIMON, M. WOIMANT J.P. QUENOT, O. GANANSIA, ET AL, *ICE-CUB 2 Study Network. Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically Ill Elderly Patients in France: A Randomized Clinical Trial*, in *JAMA*, 318, 15, 2017, 1450-1459; A.A. HOPE, J. LAW, R. NAIR, M. KIM, J. VERGHESE, M.N. GONG. *Frailty, Acute Organ Dysfunction, and Increased Disability After Hospitalization in Older Adults Who Survive Critical Illness: A Prospective Cohort Study*, in *Intensive Care Medicine*, 2019; S.M. FERNANDO, D.I. MCISAAC, B. ROCHWERG, S.M. BAGSHAW, J. MUSCEDERE, L. MUNSHI, *Frailty and invasive mechanical ventilation: association with outcomes, extubation failure, and tracheostomy*, in *Intensive Care Medicine*, 45, 12, 2019, 1742-1752; L.K. BECH, A. LINDHARDT, C.S. MEYHOFF. *Clinical impact of frailty among patients with severe vital sign derangement: An observational study*, in *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 2020 Feb 5; L. DE GEER, M. FREDRIKSON, A.O. TIBBLIN, *Frailty predicts 30-day mortality in intensive care patients: A prospective prediction study*, in *European Journal of Anaesthesiology*, 2020 Jan 23; B. GUIDET, D.W. DE LANGE, A. BOUMENDIL, S. LEAVER, X. WATSON, C. BOULANGER, ET AL, *VIP2 study group. The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study*, in *Intensive Care Medicine*, 46, 1, 2020, 57-69; J.A. SILVA-OBREGÓN, M. QUINTANA-DÍAZ, S. SABOYA-SÁNCHEZ, C. MARIAN-CRESPO, M.Á. ROMERA-ORTEGA, C. CHAMORRO-JAMBRINA, ET AL, *Frailty as a predictor of short- and long-term mortality in critically ill older medical patients*, in *Journal Critical Care*, 55, 2020, 79-85; M. GARROUSTE-ORGEAS, A. TABAH, A. VESIN, F. PHILIPPART, A. KPODJI, C. BRUEL, ET AL, *The ETHICA study part II): simulation study of determinants and variability of ICU physician decisions in patients aged 80 or over*, in *Intensive Care Medicine*, 39, 2013, 1574-1583.

<sup>34</sup> Epicentro – Istituto Superiore di Sanità, <https://bit.ly/2VfMvio> dati al 09.04.2020 (ultimo accesso 11 aprile 2020).

e ricoverati nelle TI lombarde dal 20.02.20 al 18.03.20 (1591 decessi, pari al 26%)<sup>35</sup>. Per la popolazione generale viene invece descritto (grafico B) l'andamento della mortalità in relazione al progressivo aumento del numero delle comorbidità presenti in ciascun paziente deceduto.



**Figura 3:** A. confronto tra la mortalità della popolazione generale e in TI per classe d'età e incidenza delle comorbidità nella popolazione dei deceduti in TI – B. mortalità per numero di comorbidità nella popolazione generale. Dati derivati dai report quotidiani del Dip. di Protezione Civile e disponibili al link: <https://bit.ly/2QH5AZg>

- A. Comorbidità nella popolazione TI = % del N° di casi con dati disponibili (N = 1043)  
 B. comorbidità nella popolazione generale = N° cartelle cliniche accessibili (N = 1453)  
 A. Decessi pop. generale N = 16654; età mediana = 80 (IQR 73-85); M = 67%  
 B. Decessi pop. TI N = 1591; età mediana = 63 (IQR 56-70); M = 82%

<sup>35</sup> G. GRASSELLI, A. ZANGRILLO, A. ZANELLA, M. ANTONELLI, L. CABRINI, A. CASTELLI, ET AL. *Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy*, in *JAMA*, April 6, 2020.

#### 4. Gli eventi e le loro premesse

Secondo molti epidemiologi<sup>36</sup> la pandemia avrebbe dovuto produrre effetti sostanzialmente controllabili su gran parte della popolazione, e seri solo su una piccola frazione di essa. Al contrario, in Italia, in alcuni Paesi europei, e negli Stati Uniti, il grave indebolimento del sistema sanitario pubblico ha contribuito, assieme ad altri fattori, a trasformare questo evento in una catastrofe umanitaria e in una severa minaccia per i sistemi economici.

In Italia, una progressiva trasformazione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) pubblico in un'industria medica in fase di privatizzazione<sup>37</sup> si è sviluppata dopo la regionalizzazione della sanità<sup>38</sup>. In dieci anni si sono così generati sistemi sanitari differenti da regione a regione in grado di garantire un diverso livello di qualità dell'assistenza con forti sperequazioni. Sono stati sottratti alla sanità 37 MLD di euro, i posti-letto negli ospedali pubblici sono diminuiti del 30% e la spesa sanitaria pro capite (15% inferiore rispetto alla media UE pari a 2884€/persona) si è ridotta fino a portare l'Italia al livello dei Paesi dell'Europa orientale. In sintesi, mentre l'Italia spendeva 1.844€/persona, la Francia ne spendeva 3.201, la Germania 3.605 e la Gran Bretagna 2.857. Una simile politica di contenimento delle spese considerate "improduttive", corrisponde alla necessità di rendere efficiente il sistema. Questo obiettivo, per essere raggiunto, implica, la trasformazione del SSN in un apparato che ha, di fatto, sostituito il suo principale obiettivo istituzionale, cioè il riconoscimento e il soddisfacimento dei bisogni della persona malata, con la produzione, al costo più conveniente per il "produttore" e per il "compratore", di prestazioni che alla persona malata possono garantire, al massimo, la qualità. Non è previsto pertanto alcun "eccesso" di capacità produttiva (le prestazioni sono erogate, per regola economica, in modo proporzionale alla domanda) mentre qualsiasi intermediazione tra "produttore" e "compratore" deve essere limitata se non abolita. È così che questo processo di trasformazione del SSN ha anche provocato una costante marginalizzazione delle funzioni e dei compiti di prevenzione, proprie della Sanità pubblica. Si può quindi comprendere come sia stato possibile che non si siano ascoltati gli allarmi già lanciati dal Centro Europeo per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie all'inizio del gennaio 2020<sup>39</sup>, non ci si sia premuniti in tempo dei presidi necessari a una corretta e efficace attività di prevenzione del rischio di espansione incontrollata del contagio, non si sia elaborata una strategia articolata anche in presidi di territorio, si sia fondata esclusivamente sugli ospedali, e in

<sup>36</sup> In argomento v. J.D. MICHEL. *Covid-19: fin de partie?!*, in *Les Blogs*, <https://bit.ly/3996Evs>, 18 mars 2020 (ultimo accesso 13 aprile 2020); T. PUEYO. *Coronavirus: The Hammer and the Dance. What the Next 18 Months Can Look Like, if Leaders Buy Us Time*, in *Medium*, <https://bit.ly/3bjAA9K> 19 march 2020 (ultimo accesso 13 aprile 2020).

<sup>37</sup> GIMBE, *Quarto rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, 11.06.2019. <https://bit.ly/3aaurM1> (ultimo accesso 13 aprile 2020).

<sup>38</sup> In argomento v. Governo italiano Presidenza del Consiglio dei ministri, *Titolo V – Le Regioni, le Province e i Comuni*. <https://bit.ly/2VmA988> (ultimo accesso 13 aprile 2020); V. ANTONELLI. *Regionalismo sanitario: verso una sanità a macchia di leopardo?*, in *Sole24ore sanità*, 13.02.2019, <https://bit.ly/2V5IMGw> (ultimo accesso 13 aprile 2020).

<sup>39</sup> European Centre for Disease Prevention and Control, *Rapid Risk Assessment: Cluster of pneumonia cases caused by a novel coronavirus, Wuhan, China, 2020*, 17 gennaio 2020, <https://bit.ly/2xpJLp> (ultimo accesso 13 aprile 2020).

particolare sulle Terapie Intensive, l'unica risposta che il sistema è riuscito a organizzare, con tutti i limiti che l'epidemia ha tragicamente sovraesposto.

In particolare, in Lombardia, nel 2015, la riforma strutturale del sistema sanitario regionale ha depotenziato il reale potere programmatico e di controllo delle Asl e il ruolo della medicina di prossimità (medici di famiglia), mentre l'unico piano anti-pandemico, elaborato dopo la pandemia H1N1 del 2009, aveva dimostrato gravi lacune, tanto da richiedere una revisione mai effettuata<sup>40</sup>.

Così, quando tra la seconda metà di dicembre 2019 e i primi giorni del gennaio 2020, a Piacenza, si verifica un picco di 40 polmoniti in una settimana, il 7 gennaio a Milano si segnalano più polmoniti della media (da 50 a 80 in più al giorno all'ospedale San Paolo e 70 al giorno in più all'ospedale Niguarda), e a Como i reparti di pronto-soccorso degli ospedali cittadini segnalano un aumento di casi di polmonite, non vi è nessuna struttura epidemiologica in grado di raccogliere queste informazioni e lanciare l'allarme fino al 20 febbraio, quando una anestesista dell'ospedale di Codogno (che assieme agli altri dieci comuni del Basso Lodigiano si rivelerà come principale epicentro dell'epidemia) pone diagnosi di polmonite interstiziale da coronavirus in un uomo di 38 anni, ufficializzando il primo caso italiano<sup>41</sup> e l'inizio dell'epidemia da SARS-CoV2. Da quel momento gli ospedali lombardi hanno costituito l'unico punto di riferimento per tutti i pazienti CoViD-19 finendo per diventare paradossalmente essi stessi centri di diffusione del contagio<sup>42</sup>.

Inizia parallelamente il problema della riduzione fino all'esaurimento delle risorse intensive che ha tragicamente caratterizzato la situazione sanitaria in Lombardia e in altre regioni del Nord-Italia.

Prima dell'inizio della pandemia in Italia erano disponibili circa 5200 posti di TI<sup>43</sup> pari a 9 posti di TI per 100.000 abitanti mentre 8 anni fa in Italia i posti di TI erano 12 per 100.000 abitanti contro i 29 della Germania e i 22 dell'Austria<sup>44</sup>. Una circolare del Ministero della Salute del 1 marzo 2020 stabiliva che aumentassero del 50%<sup>45</sup>. Al 31 marzo in TI erano presenti 4023 pazienti CoViD-19 ma non si era ancora arrivati al picco e le unità in più erano diventate operative strada facendo. Durante il mese di marzo infatti più di un medico degli ospedali di Cremona, Bergamo, Brescia ha drammaticamente ammesso di avere dovuto scegliere quali pazienti candidare alla ventilazione meccanica e quali no in base all'età e alla presenza di gravi patologie collaterali<sup>46</sup>.

<sup>40</sup> A. SPARACIARI, *Il disastro coronavirus in Lombardia era già scritto in un audit del 2010, mai applicato*, in *Business Insider Italia*, 06.04.2020, <https://bit.ly/3a1arvn> (ultimo accesso 13 aprile 2020).

<sup>41</sup> G. VISETTI, *Coronavirus, polmoniti anomale a metà gennaio: Così è nato il focolaio di Codogno*, in *La Repubblica*, 28.02.2020, <https://bit.ly/3cg35pf> (ultimo accesso 13 aprile 2020).

<sup>42</sup> M. NACOTI, ET AL, *op. cit.*

<sup>43</sup> Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2017. *Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*, <https://bit.ly/3adcGvz> (ultimo accesso 13 aprile 2020).

<sup>44</sup> A. RHODES, P. FERDINANDE, H. FLAATTEN, B. GUIDET, P.G. METNITZ, R.P. MORENO. *The variability of critical care bed numbers in Europe*, in *Intensive Care Medicine*, 38, 2012, 1647–1653.

<sup>45</sup> G. RODRIGUEZ, *Coronavirus. Incrementare del 50% posti letto in terapia intensiva e del 100% in pneumologia. Percorso formativo "rapido" per medici e infermieri. E reclutamento operatori da zone meno colpite. La Circolare del Ministero Salute*, in *Quotidiano Sanità*, 04.03.2020, <https://bit.ly/2z3Bk5> (ultimo accesso 15 aprile 2020).

<sup>46</sup> In argomento v. M. NACOTI ET AL., FROMCEO LOMBARDIA, R.D. TRUOG ET AL., M. FERRARESI, P. CORRIAS, M. IMARISIO, I. DOMINIONI, L. ROSENBAUM, *op. cit.*

Proprio per garantire un riferimento chiaro e forte in questa situazione di profonda crisi del SSN che continuò per l'intero mese di marzo, il 6 dello stesso mese la SIAARTI ha pubblicato le Raccomandazioni.

## 5. Alcune risposte alle critiche

Il documento elaborato in questo particolare contesto dalla società scientifica SIAARTI è stato oggetto di critiche mosse sia in nome della deontologia medica, del diritto, dell'etica<sup>47</sup>. È sembrato che la SIAARTI in una logica ageista, senza alcun ragionamento clinico, abbia suggerito di porre un limite di età all'ingresso in TI mettendo con ciò in discussione il diritto alla salute garantito dalla Costituzione o, peggio, negando la dignità della vita umana in qualunque condizione e considerando alcune vite "non degne di essere vissute".

In una congiuntura quale l'attuale, interpretare in questo modo le Raccomandazioni significa però farne una semplificazione veramente pericolosa.

Vogliamo allora prima di tutto ricordare, a testimonianza di quanto una gran parte dei medici italiani – certamente gli anestesisti-rianimatori e i palliativisti – si riconosca nei valori della Costituzione, che nel 2015, in collaborazione con il "Cortile dei Gentili" (fondazione del Pontificio Consiglio della Cultura), la SIAARTI e la Società Italiana di Cure Palliative (SICP) licenziarono un documento condiviso tra credenti e non credenti sulla fine della vita che ha costituito il testo di riferimento fondamentale per la stesura della legge 219/2017 sul consenso informato e sulle dichiarazioni anticipate di trattamento<sup>48</sup>.

In termini scientifici è opportuno sottolineare che il tema complesso dell'ammissione alle cure intensive dei pazienti anziani e fragili è stato in questi ultimi 20 anni analizzato in documenti redatti dalla SIAARTI che offrono ai professionisti sanitari norme di comportamento ormai omogenee, validate, e condivise<sup>49</sup>. Queste norme sono derivate a loro volta da un incessante lavoro di ricerca, basato sulla

<sup>47</sup> In argomento v. F. ANELLI, C. DI COSTANZO ET AL., L. D'AVACK, *op. cit.*

<sup>48</sup> In argomento v. SIAARTI – Cortile dei gentili, *Linee propositive per un diritto della relazione di cura e delle decisioni di fine vita*, <https://bit.ly/2KdG8a5> (ultimo accesso 16 aprile 2020); G.R. GRISTINA. *Un documento condiviso tra credenti e non credenti sulla fine della vita: il dialogo è possibile*, in *Recenti Progressi Medici*, 106, 11, 2015, 535-537; Legge 22 dicembre 2017, n. 219: *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento* (G.U. S. G., n. 12 16.01.2018).

<sup>49</sup> In argomento v. SIAARTI – Gruppo di Studio per la Bioetica, *Raccomandazioni per l'ammissione e la dimissione dalla Terapia Intensiva e per la limitazione dei trattamenti*, in *Minerva Anestesiologica*, 69, 3, 2003, 101-118; SIAARTI – Gruppo di studio per la bioetica. *Le cure di fine vita e l'anestesista-rianimatore: Raccomandazioni per l'approccio al malato morente*, in *Minerva Anestesiologica*, 72, 12, 2006, 927-963; G.R. GRISTINA, L. ORSI, A. CARLUCCI, I.R. CAUSARANO, M. FORMICA, M. ROMANÒ, *Per il Gruppo di Lavoro Insufficienze Croniche d'Organo. Parte I. Il percorso clinico e assistenziale nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura*, in *Recenti Progressi Medici*, 105, 1, 2014, 9-24; ID., *Per il Gruppo di Lavoro Insufficienze Croniche d'Organo. Parte II. Evidenze scientifiche nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura*, in *Recenti Progressi Medici*, 105, 1, 2014, 25-39; C. BARBISAN, C. CASONATO, E. PALERMO FABRIS, M. PICCINI, P. ZATTI, *Parte III. Aspetti etici e giuridici nelle insufficienze croniche d'organo "end-stage". Documento di consenso per una pianificazione condivisa delle scelte di cura*, in *Recenti Progressi Medici*, 105, 1, 2014, 40-44; SIAARTI – Gruppo di Studio per la Bioetica, *Le cure di fine vita e l'anestesista rianimatore: Raccomandazioni*

pratica clinica e sui risultati di esito ottenuti dalle TI italiane, europee e statunitensi, organizzati in un'ampia e consolidata produzione scientifica internazionale già in parte citata nel paragrafo 3.

Sarebbe stato auspicabile allora che, soprattutto in questa particolarissima e tragica situazione, le critiche espresse alle Raccomandazioni si fossero sviluppate all'interno di un dialogo tra differenti saperi<sup>50</sup> su cui costruire la cultura interdisciplinare necessaria alla comprensione della complessità di questo tempo e alla costruzione di un argine alle vere derive anticostituzionali che minacciano concretamente i principi di universalità, solidarietà ed equità alla base del nostro SSN. In questo senso sembra assai significativo il richiamo del Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) alle carenze gestionali della sanità nel nostro Paese<sup>51</sup>. È quindi singolare che i supposti rischi per il diritto alla salute costituzionalmente garantito e per i principi etici del SSN siano stati segnalati proprio oggi in rapporto alle Raccomandazioni SIAARTI e non invece nei lunghi anni in cui si andava davvero attuando quel progetto di vero e proprio smantellamento del SSN prospettato nella richiamata nota del CNB, e che è stato poi una delle cause più incisive nel determinismo dello squilibrio tra domanda e offerta assistenziale verificatosi su tutto il territorio lombardo e in altre regioni del Nord-Italia. In questa prospettiva, non deve quindi meravigliare che proprio a causa della mancanza di una reale presa di coscienza dell'emergenza estrema della situazione, e quindi dell'inevitabile astrattezza dei giudizi, nessuna voce critica si sia sentita in dovere, sulla base di quei valori di cui andava reclamando il rispetto, di offrire una propria risposta al quesito tragicamente concreto: come scelgo chi (non) curare in modo intensivo tra due o più malati se le risorse disponibili sono sufficienti per uno solo?

Altre voci critiche si sono poi concentrate sul 2° obiettivo delle *Raccomandazioni*: *sollevare i clinici da una parte della responsabilità nelle scelte, emotivamente gravose, compiute nei singoli casi*. Subito si

*siaarti per l'approccio alla persona morente* – UPDATE 2018, <https://bit.ly/2VyUSWr> (ultimo accesso 16 aprile 2020).

<sup>50</sup> P. ZATTI. *Diritto e medicina in dialogo: il logos della proporzione*, in *Un Diritto Gentile*, 11.04.2014, <https://bit.ly/34Fi09Y> (ultimo accesso 16 aprile 2020) «[...] Il diritto non può farsi strumento di proporzione in un rapporto se non conosce le forze all'opera nel rapporto medesimo, le grandezze da collegare con un medio proporzionale; solo questa conoscenza, che è conoscenza dell'ecologia dell'ambiente (relazionale) in cui la norma si vuole inserire, consente al diritto di "proporzionarsi" al problema e di studiare, offrire, imporre norme "proporzionate" ovvero "a misura" del compito».

<sup>51</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, 15.04.2020, <https://bit.ly/2VeYtKg> (ultimo accesso 17 aprile 2020), 4 – premessa nota 2: «[...] Sin d'ora possiamo però sottolineare alcune criticità, quali: i finanziamenti inadeguati al Servizio Sanitario Nazionale, come già evidenziato dal CNB nel "Parere In difesa del Servizio Sanitario Nazionale" (2017) e nella "Mozione Diseguaglianze nell'Assistenza alla Nascita: un'Emergenza Nazionale" (2015); un'erronea programmazione nella formazione e nel reclutamento di medici, soprattutto specialisti, connessa anche al blocco del turn-over del personale sanitario; un insufficiente finanziamento delle borse di studio per la frequenza di scuole di specializzazione medica; una struttura organizzativa con pesanti disomogeneità territoriali: nel tempo il nostro Servizio Sanitario Nazionale è andato trasformandosi di fatto in un insieme di Servizi Sanitari Regionali (oltre a quelli delle province autonome), comportando in tal modo un'inaccettabile disuguaglianza tra i cittadini, a seconda della regione in cui risiedono; il mancato aggiornamento e la mancata implementazione, sia a livello nazionale che regionale, del "Piano Nazionale di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale", predisposto dopo l'influenza aviaria del 2003 dal Ministero della Salute e non più aggiornato dopo il 2006; il ridimensionamento del ruolo della medicina di base e territoriale; la progressiva separazione tra politiche sanitarie e politiche socio-assistenziali, con la conseguente svalutazione di queste ultime».

è pensato che grazie a esso gli anestesisti-rianimatori volessero declinare ogni responsabilità derivante dalle proprie azioni, intendendo quindi le Raccomandazioni in chiave di medicina difensiva<sup>52</sup>.

Intendere le Raccomandazioni in questo modo significa non aver colto la tensione etica che ha sotteso le drammatiche situazioni che medici e infermieri di TI si sono trovati a dover gestire. In particolare, quell'accresciuto, spesso schiacciante, senso di responsabilità che i professionisti hanno sentito nei confronti di persone rese fragili e incapaci di provvedere a sé stesse non solo dalla malattia ma anche dalla solitudine imposta dall'isolamento. E vale la pena qui ricordare che proprio la SIAARTI e la SICP hanno redatto assieme ad altre due società scientifiche (ANIARTI – SIMEU) un ulteriore documento per aiutare i colleghi nel difficile compito di comunicare con i famigliari dei malati<sup>53</sup> in una condizione di repentina modifica della trasmissione delle informazioni a causa delle misure di isolamento sociale. Gli stessi operatori sanitari, peraltro isolati dalle proprie famiglie, devono gestire le conseguenze dell'isolamento dai propri congiunti anche nei malati che assistono. La percezione di un'autentica partecipazione umana alla vicenda di malattia è particolarmente importante in caso di morte del paziente, e può influenzare il processo di elaborazione del lutto<sup>54</sup>.

In sintesi, i colleghi che si sono trovati a dover compiere quelle scelte avevano bisogno non di meno, ma di più coscienza ed è in questo senso che la nostra società scientifica ha voluto "sollevarli da una parte delle responsabilità", ha voluto aiutare quei medici e quegli infermieri portando una parte del peso di una croce etica ed emotiva che non si sono meritati.

Va sottolineata qui la presa di distanza dalla SIAARTI della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) il cui Presidente, l'8 marzo, ebbe a dichiarare<sup>55</sup>: «[n]on possiamo permettere che si verifichino gli scenari prospettati dalla SIAARTI ... La nostra guida resta il Codice di Deontologia medica [...]. Non dobbiamo metterci nelle condizioni di applicare questi inaccettabili triage di guerra», come se gli anestesisti-rianimatori non stessero già dimostrando "sul campo" la loro coerenza con il codice deontologico, ma evidentemente ignorando la tragedia degli ospedali dell'epicentro lombardo<sup>56</sup> mentre avrebbe forse dovuto prima di tutto documentarsi per comprendere<sup>57</sup> come e perché una società scientifica avesse sentito il dovere di pronunciarsi ufficialmente con specifiche Raccomandazioni su un problema tanto rilevante.

Un tema ulteriore è poi emerso riguardo a quale Istituzione avrebbe dovuto indicare i criteri di triage<sup>58</sup>. Circa il profilo deontologico delle Raccomandazioni si è suggerita l'interlocuzione con la FNOMCeO, oppure, trattandosi di materia che attiene alla salute pubblica, si è proposto l'intervento

<sup>52</sup> In argomento v. C. DI COSTANZO ET AL., L. PALAZZANI, *op. cit.*

<sup>53</sup> Documento Intersocietario SIAARTI, Aniarti, SICP, SIMEU, *Comunicovid: Come Comunicare con i Familiari in Condizioni di Completo Isolamento*, 20.04.2020, <https://bit.ly/2KjmUjx> (ultimo accesso 20 aprile 2020).

<sup>54</sup> N. PATTISON *End-of-life decisions and care in the midst of a global coronavirus (COVID-19) pandemic*, in *Intensive & Critical Care Nursing*, 58, 02 Apr 2020, <https://bit.ly/2LZIMT3>.

<sup>55</sup> F. ANELLI, *op. cit.*

<sup>56</sup> Ministero della Salute, *Bollettino Protezione Civile*, 08.03.2020, <https://bit.ly/34MUdoy> (ultimo accesso 18 aprile 2020). A tutto l'8 marzo 3422 morti da CoVID-19 nelle sole città di Bergamo, Lodi, Cremona, Brescia e Milano, pari all'82% di tutti i decessi lombardi e al 46% dei decessi nazionali.

<sup>57</sup> Ministero della Salute, *Ordini professionali. Funzioni e competenze*, <https://bit.ly/3csiB1h> (ultimo accesso 18 aprile 2020).

<sup>58</sup> V. ZAGREBELSKY, *Tutelare i diritti del paziente*, in *La Stampa*, 09.03.2020, <https://bit.ly/3dHjWCY> (ultimo accesso 18 aprile 2020).

di un'autorità sanitaria centrale, o addirittura della legge. Un dibattito pubblico per la definizione giuridica e deontologica del triage nelle maxi-emergenze potrebbe anche auspicarsi. Tuttavia, in accordo con quanto contenuto in un documento di collaborazione tra giuristi e medici in merito alle Raccomandazioni<sup>59</sup> proprio sulla base della salvaguardia del principio di autonomia che sottende la responsabilità del medico soprattutto nelle condizioni di emergenza, appare irrinunciabile riconoscere la necessità di garantire che i processi decisionali del triage rimangano sufficientemente elastici, dinamici e quindi adattabili a ciascuna situazione (Raccomandazione 1), nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica e proporzionalità etica e della relazione di cura nel cui ambito solo l'équipe sanitaria e il paziente possiedono strumenti e titoli appropriati per definire le soluzioni terapeutiche concretamente prospettabili da un lato e accettabili dall'altro (Raccomandazione 5). Non a caso, nelle Raccomandazioni SIAARTI nessuna soglia numerica è stata definita, mentre è suggerita una metodologia di approccio al problema proprio al fine di evitare quanto accaduto in altri Paesi dove ha prevalso una logica accentratrice da parte di enti terzi<sup>60</sup>.

Alcuni<sup>61</sup> si sono chiesti se «questi criteri allocativi, considerato che vengono esplicitati all'interno di una situazione emergenziale, siano operanti soltanto nel contesto dell'emergenza oppure anche in una prospettiva più generale». I dati forniti da Gruppo Italiano di Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva (GiViTI) – Istituto Mario Negri<sup>62</sup> mostrano come in dieci anni (2005 – 2015) nella popolazione dei pazienti ammessi nelle TI italiane l'età media sia aumentata da 64 a 68 anni, che il numero di quelli con età maggiore o uguale a 75 anni è passato dal 26 al 37% e che le comorbilità presenti nella stessa popolazione di pazienti siano passate dal 42 al 52%. È quindi evidente che, pur tenendo ben presenti i risultati delle prove scientifiche di cui abbiamo già parlato, in una quota significativa di pazienti la valutazione clinica è e rimane individuale sulla base di criteri di appropriatezza clinica e di liceità etica.

Un secondo quesito è poi sorto circa l'ipotesi che «il conflitto allocativo non potrebbe trovare una possibile composizione attraverso una valutazione svolta caso per caso, che avrebbe la sua sede naturale all'interno di un comitato etico». Tralasciando il velo che questa affermazione solleva sul grado di consapevolezza circa il travolgente svolgersi degli eventi negli ospedali lombardi, a quest'ultima

<sup>59</sup> M. PICCINI, A. APRILE, P. BENCIOLINI, L. BUSATTA, E. CADAMURO, P. MALACARNE, ET AL, *Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento SIAARTI "Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili"*, in *Recenti Progressi Medici*, 111, 2020, 212-222.

<sup>60</sup> In argomento v. R. ROBBINS, *A system to allocate scarce ventilators and ICU beds gains traction for not counting any group out*, in *STAT*, April 2, 2020, <https://bit.ly/34TepFp> (ultimo accesso 22 aprile 2020); Alabama Department of Public Health's, *Criteria for Mechanical Ventilator Triage Following Proclamation of Mass-Casualty Respiratory Emergency*, March 20, 2020, <https://bit.ly/2xDYsGZ> (ultimo accesso 18 aprile 2020); *Coronaviruses Spridning – Sverige, Dokument visar: Personer över 80 år ska prioriteras bort från intensivvården*, 09.04.2020, <https://bit.ly/34Tb1c> (ultimo accesso 18 aprile 2020); M. WALKER, *COVID-19 Triage: Who Lives, Who Dies, Who Decides?*, in *Medpagetoday*, 09.04.2020, <https://bit.ly/2RXbB4Q> (ultimo accesso 18 aprile 2020); A. NE'EMAN, *I Will Not Apologize for My Needs*, in *The New York Times*, March 20, 2020, <https://nyti.ms/2RSJ8x1> (ultimo accesso 22 aprile 2020).

<sup>61</sup> C. DI COSTANZO ET AL., L. PALAZZANI, *op. cit.*

<sup>62</sup> XXV GiViTI Meeting, 19-21 ottobre 2016 – D. RADDRIZZANI, C. ROSSI, *La performance delle terapie intensive nel tempo: 25 anni di dati GiViTI*, <https://bit.ly/3arxxLW> (ultimo accesso 18 aprile 2020).

considerazione altri<sup>63</sup> hanno risposto che «[a] volte i tempi non consentono la consultazione [dei comitati etici, n.d.r.] oppure non esistono tali comitati nelle strutture, e i medici rimangono soli nelle decisioni che devono prendere. È un dramma che bisognerebbe evitare: su questo convergono tutte le teorie etiche». Un po' poco a fronte dei più di 25.000 morti contati a tutt'oggi e distribuiti in questi ultimi tre mesi.

Sarebbe stato invece interessante attivare una discussione, proprio in termini etici, circa la decisione di inviare i pazienti convalescenti ancora positivi dagli ospedali nelle residenze sanitarie assistenziali dedicate notoriamente a quella fascia di popolazione più vulnerabile all'infezione e cioè gli anziani, spesso affetti da malattie cronic-degenerative<sup>64</sup>. Oppure sarebbe stato interessante affrontare il tema dei posti-letto intensivi, in questa occasione riconosciuti come "beni comuni", e riflettere se, in quanto tali, possano essere parte di una trattativa economica tra gestore di medicina privata e gestore pubblico, visto che i proprietari delle strutture requisite riceveranno un indennizzo pari a al 100% del loro valore<sup>65</sup>.

In sintesi, è innegabile che la SIAARTI, con le sue Raccomandazioni, è stata l'unica istituzione scientifica che ha sentito il dovere di mettere al corrente di quanto succedeva le Autorità e i cittadini italiani, assumendo in modo trasparente e condividendo coerentemente la responsabilità delle scelte allocative che si andavano compiendo negli ospedali dagli anestesisti-rianimatori. D'altra parte, la generale reazione ha confermato che da questa assunzione di responsabilità una diversa presa di coscienza e un più consapevole approccio a molte questioni hanno cominciato a svilupparsi. Prova ne sia il documento del CNB<sup>66</sup> che, pur scontando le critiche rilevanti contenute nel parere di minoranza, affronta i temi della distribuzione delle risorse scarse, dei criteri etici per l'accesso alle cure intensive, e del triage in emergenza pandemica.

## 6. Conclusioni

Non c'è dubbio che l'epidemia di CoVID-19 imponga l'esigenza di "ripensare l'intero nostro universo di senso" – come ha scritto recentemente Marco Revelli<sup>67</sup> – e che sia necessario un «cambiamento,

<sup>63</sup> L. PALAZZANI, *op. cit.*

<sup>64</sup> Regione Lombardia, Deliberazione N° XI/2906 Seduta del 08/03/2020, <https://bit.ly/35dftE7> (ultimo accesso 17 aprile 2020); C. AMMENDOLA, *Pazienti Covid-19 mandati nelle case di riposo dalla Regione: cosa è accaduto in Lombardia*, in *Fanpage*, 06.04.2020, <https://bit.ly/2VSoBJW> (ultimo accesso 17 aprile 2020).

<sup>65</sup> A. CAPOCCI, *La sanità privata diventa "pubblica". Ma non basta*, in *Il manifesto*, 17.03.2020, <https://bit.ly/3cPos0R>, «il 38% dei posti-letto intensivi totali in Lombardia, il 40% in Puglia, il 36% nel Lazio, appartengono alla sanità privata» (ultimo accesso 17 aprile 2020).

<sup>66</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, 15.04.2020, <https://bit.ly/2VeYtKg> (ultimo accesso 17 aprile 2020), 7 par. 3: «[...] La priorità andrebbe stabilita valutando, sulla base degli indicatori menzionati, i pazienti per cui ragionevolmente il trattamento può risultare maggiormente efficace, nel senso di garantire la maggiore possibilità di sopravvivenza». E ancora che «i criteri dell'allocazione delle risorse sanitarie in condizioni di scarsità delle stesse necessitano della massima trasparenza». «Rispetto al triage in tempi normali, il triage in emergenza pandemica inserisce la valutazione individuale del paziente nella prospettiva più ampia della comunità dei pazienti», 8 par. 3.

<sup>67</sup> M. REVELLI, *Siamo arrivati a una sorta di ground zero*, in *Il manifesto*, 13.03.2020, <https://bit.ly/34Vt2Tf>, (ultimo accesso 18 aprile 2020).

radicale, di sguardo, linguaggio, categorie e progetto». Ma un nuovo sguardo serve anche a proposito del dilemma etico di una Sanità chiamata dall'emergenza a scegliere chi curare quando la domanda di assistenza supera la quantità complessiva di risorse disponibili.

Da più di 10 anni in Italia, le risorse assegnate al SSN sono insufficienti, tanto da far sì che il nostro Paese si distingua in Europa per avere una delle spese sanitarie pubbliche più basse a fronte di una popolazione che invecchia con costi costantemente crescenti.

Molte Istituzioni, con solidi numeri, descrivono un SSN nel quale crescono le disuguaglianze e sempre più si va affermando una visione della Sanità e della gestione dei problemi della salute di tipo commerciale, economicista, neoliberista.

Tuttavia, come affermato da Stefano Rodotà nella prefazione al libro *Scelte tragiche* di Calabresi e Bobbit<sup>68</sup>, i dilemmi etici non si risolvono con l'abbondanza; essi nascono paradossalmente dal sistema universalista, che essendo per sé stesso un sistema di diritti, crea immediatamente una tensione tra quelli del singolo ad esser curato e quelli della comunità ad esser tutelata.

Qualunque sia l'ammontare delle risorse disponibili, due cose sono davvero imprescindibili: commisurare il trattamento all'efficacia e porsi il problema di quel paziente che non è ancora alla nostra osservazione ma che potrebbe arrivare.

In ogni momento, infatti, a prescindere dalla loro entità, le risorse disponibili sono finite e, in ogni momento, saranno ripartite secondo criteri, impliciti o espliciti, che soddisferanno in modo differente bisogni diversi, ma non tutti. Esplicitare questi criteri li rende valutabili anche in termini etici, permettendo ai cittadini di compiere scelte consapevoli e quindi responsabili.

Il diritto individuale entra così continuamente in conflitto con quello della comunità; lo fu quando furono prodotte le prime apparecchiature per la dialisi<sup>69</sup>, lo è tuttora per i trapianti<sup>70</sup>, lo è stato non più tardi di 4 anni orsono per i farmaci contro l'epatite C<sup>71</sup>. Ma lo è anche per le cose più semplici come una visita oculistica o un esame radiologico e anche in questi casi è necessario stabilire criteri validi per ogni giorno perché ogni giorno, e non solo quando arriva una pandemia, questa uguaglianza viene messa in discussione.

In sintesi, il problema si ripresenterà qualunque sia il livello di disponibilità delle risorse perché intrinseco alla costante aspirazione, spesso conflittuale, di conciliare l'interesse del singolo con quello della collettività. E anche quando come scrive Revelli «più che le regole umanizzate della Polis valgono quelle elementari della sopravvivenza, del Bios», non siamo di fronte ad una situazione straordinaria,

<sup>68</sup> S. RODOTÀ, *Prefazione*, in G. CALABRESI, P. BOBBIT, *Scelte tragiche*. Milano. 2006. «Si determinano così situazioni rispetto alle quali svanisce la speranza d'essere sottratti alla drammaticità di talune scelte da una futura, più larga disponibilità di risorse, si che anche a questa materia si potrebbe guardare secondo l'ottica di uno dei tanti ossimori che accompagnano ormai la discussione pubblica come "emergenza permanente". [...] Quando si affrontano questioni come quelle legate alla tutela della vita e della salute, l'allargamento dell'orizzonte si percepisce immediatamente, si coglie la natura vera del conflitto che attribuisce tragicità alle scelte che vengono compiute, e siamo così obbligati a guardare sempre più da vicino quella sofferenza del mondo».

<sup>69</sup> G. CALABRESI, P. BOBBIT, *op. cit.*

<sup>70</sup> Ministero della Salute, *Sistema Informativo Trapianti. Liste d'attesa*, <https://bit.ly/2z4ZP1w> (ultimo accesso 18 aprile 2020).

<sup>71</sup> S. IVENGAR, K. TAY-TEO, S. VOGLER, P. BEYER, S. WIKTOR, K. DEJONCHEREE, S. HILL. *Prices, Costs, and Affordability of New Medicines for Hepatitis C in 30 Countries: An Economic Analysis*, in *PloS Med*, 13, 5, 2016.

se non da un punto di vista quantitativo. Stiamo solo assistendo a un'estremizzazione della tensione tra individuo e comunità.

Una tensione che non sono certo gli operatori a poter risolvere ma l'intera collettività. Attraverso la politica come luogo di equilibrio tra interesse dei singoli e della comunità appunto<sup>72</sup>, ma anche attraverso ciascun cittadino che dà la propria preferenza di volta in volta alle diverse politiche secondo le sue particolari convenienze<sup>73</sup>.

Se siamo onesti, dobbiamo allora riconoscere che le responsabilità sono numerose e, sia pure in modo diverso, se le deve prendere tutta la società, invece di cercare di addossarle ai medici e agli infermieri che devono inevitabilmente assumere quelle scelte tragiche, addirittura insinuando che non rispettano i diritti fondamentali delle persone o che sono moralmente insensibili.

Attribuire a chi ha formulato le Raccomandazioni per i colleghi che si sono trovati nella prima linea delle TI un'insensibilità giuridica o etica è ingiusto e consegue l'unico risultato di ferire ulteriormente coloro che stanno pagando o hanno già pagato con le loro vite un tributo intollerabile<sup>74</sup>.

---

<sup>72</sup> M BONATI. *Perché la Lombardia è un "outlie": un'anomalia evidenziata dalla Covid-19*, in *R&P*, 36, 1, 2020, 1-6 (ultimo accesso 18 aprile 2020)

<sup>73</sup> F. GIANFRATE. *Che sanità futura col trionfo della Lega?*, in *Quotidiano Sanità*, 27.05.2019, <https://bit.ly/3ct6XTP> (ultimo accesso 18 aprile 2020).

<sup>74</sup> A. CAPOCCI, *Ecatombe sanitaria: 190 morti sul lavoro*, in *Il manifesto*, 20.04.2020, <https://bit.ly/2SpYHMq> (ultimo accesso 20 aprile 2020).