

La pandemia CoViD-19 e il dilemma per l'etica quando le risorse sono limitate: chi curare?

Laura Palazzani*

THE PANDEMIC AND THE ETHICAL DILEMMA OF LIMITED RESOURCES: WHO TO TREAT?

ABSTRACT: The pandemic and the ethical dilemma of limited resources: who to treat? The article assesses the issue of the allocation of health care resources in conditions of scarcity in the context of the bioethical discussion in relation to the CoViD-19 pandemic and the question of access to treatment. The following are analyzed: libertarian theory, utilitarian theory and theories that focus on equality between human beings, comparing conceptual premises and arguments critically, and analyzing the main documents of national and international scientific societies and bioethics committees.

KEYWORDS: CoViD-19; pandemic emergency; distribution of resources; quality adjusted life years; equality

SOMMARIO: 1. Dalla macro-distribuzione alla micro-distribuzione: problemi di giustizia – 2. Teorie bioetiche a confronto nella discussione su CoViD-19 – 2.1. Teoria libertaria – 2.2. Teoria utilitarista – 2.3. Teorie che pongono al centro l'uguaglianza degli esseri umani – 3. La voce bioetica internazionale.

1. Dalla macro-distribuzione alla micro-distribuzione: problemi di giustizia

La questione della distribuzione delle risorse sanitarie non è certo un tema nuovo in bioetica. Da tempo l'etica medica si è posta il problema a diversi livelli ed in diversi ambiti. È un problema di "macro-distribuzione" delle risorse, ossia di decisioni nel contesto delle politiche sanitarie in senso lato (quanto investire nella sanità e in quali settori prioritariamente, rispetto ad altri investimenti). Tali decisioni assumono una specifica declinazione nei diversi Paesi del mondo, nei differenti contesti politici, economici e sociali. Ed è anche un problema di 'micro-distribuzione', ossia di decisioni che le strutture sanitarie e i medici devono prendere quando le risorse sono limitate rispetto alla quantità delle richieste dei pazienti.

La questione della distribuzione delle risorse in sanità apre molti problemi, estremamente complessi sul piano teorico (il problema del rapporto tra pubblico e privato, tra individuo e società), al punto da presentarsi in talune circostanze come veri e propri dilemmi, sul piano concreto ed operativo. I livelli delineati, dalla macro-allocazione alla micro-allocazione, sono strettamente connessi gli uni con gli altri. Ciò significa che se la scelta di una certa politica sociale sanitaria (*planning decisions*) ha successo, tenderanno a diminuire i problemi di selezione dei pazienti (*rationing healthcare*); ma se la politi-

* Professoressa ordinaria di Filosofia del diritto, Università Lumsa di Roma. Mail: palazzani@lumsa.it. Il presente lavoro è aggiornato al 25 aprile 2020.

ca sanitaria e sociale non sono sufficienti ed evidenziano criticità, i dilemmi di giustizia sanitaria tenderanno ad aumentare ed intensificarsi¹.

Di qui l'emergere di un problema, al centro del dibattito bioetico: come distribuire le risorse scarse? In una situazione ideale di disponibilità sufficiente di risorse per tutti, il problema non sussiste: ma la realtà ci mostra, in modo inesorabile, l'inevitabilità del problema. Si pensi agli scenari di medicina di guerra e di medicina delle catastrofi; all'accesso per coloro che sono in attesa di organi da trapiantare; alla definizione di priorità nella gestione "quotidiana" del pronto soccorso, dei ricoveri, dell'uso di farmaci o di tecnologie costose.

Oggi, la pandemia CoViD-19 ci rende evidente, in modo drammatico e urgente, l'esistenza del problema. Da un lato la crescita rapida e crescente della infezione (l'alta percentuale di pazienti che necessitano di ricoveri, l'accesso e permanenza anche prolungata nei reparti di terapie intensive con uso di ventilazione assistita), dall'altro il limite delle risorse (numero di posti letto, disponibilità di farmaci e tecnologie, presenza di personale medico ed infermieristico), fanno emergere l'allarmante e drammatica necessità di tali scelte.

Si stanno facendo tutti gli sforzi possibili per ampliare le risorse distribuibili per evitare di trovarsi di fronte alla tragica decisione di chi curare e non curare: aumentando i posti letto in terapia intensiva, trasformando e allestendo nuovi reparti, trasferendo pazienti in altre strutture, comprando le tecnologie necessarie, incrementando il personale, predisponendo nuove strutture, sollecitando i cittadini ad essere responsabili nei loro comportamenti per evitare di ammalarsi e di trasmettere il contagio.

Ma se e quando ci si trova di fronte alla scelta di chi includere e di chi escludere dal ricovero, dall'accesso alla terapia intensiva o alla ventilazione, si può scegliere? E su che basi si sceglie? Queste le domande inquietanti che emergono.

È importante, sul piano concettuale, approfondire i diversi concetti e modelli di giustizia nel dibattito attuale. Il problema dell'allocazione delle risorse in sanità è destinato a restare inevitabilmente aperto: il compito della bioetica al riguardo è quello di indicare e giustificare i criteri etici di riferimento su un piano inevitabilmente astratto rispetto alla concretezza della drammaticità di chi si trova in prima linea, nella concretezza delle scelte. L'importante è che la scelta sia ponderata e razionalmente giustificata. È inaccettabile la 'lotteria casuale' o sorteggio come criterio per risolvere un dilemma distributivo: anche se, a volte, a fronte dell'impossibilità di decidere, sembrerebbe essere l'unica soluzione.

Si registra un accordo sul fatto che la distribuzione debba essere "giusta", secondo il significato condiviso di giustizia come "non danneggiare l'altro" e "dare a ciascuno il suo". Ma, nell'ambito della discussione pluralista esistono modi diversi di concepire sul piano teorico la giustizia e di applicarla sul piano pratico. E queste teorie si stanno riaffacciando nella discussione oggi, con maggiore o minore intensità, o con diverse formulazioni, anche nel contesto di pronunciamenti di società scientifiche (in particolare di intensivisti e anestesisti, direttamente coinvolti nella questione) e di Comitati nazionali e internazionali di bioetica.

¹ Per una attenta analisi del rapporto tra macroallocazione e microallocazione cfr. L. D'AVACK, *CoViD-19: criteri etici*, in questo fascicolo.

2. Teorie bioetiche a confronto nella discussione su CoViD-19

2.1. La teoria libertaria

La teoria del libertarismo, a partire da una antropologia individualistica e da un'etica soggettivista (secondo la quale i valori individuali sono privati ed equivalenti), pone al centro della riflessione bioetica la difesa dei diritti individuali di libertà².

In questo contesto la giustizia coincide con la tutela dell'autodeterminazione individuale: "non danneggiare" assume il significato di non impedire o restringere la libertà dell'"altro". In questo ambito assume un particolare rilievo la giustizia commutativa, che si limita a controllare la correttezza dei contratti tra individui liberi. La giustizia distributiva si riduce al minimo, in quanto lo Stato ha l'obbligo di astenersi da ogni intervento che interferisca con la libertà soggettiva. "Dare a ciascuno il suo" assume il significato di attribuire ad ogni individuo libero risorse e beni secondo i meriti, le capacità, il contributo che fornisce, la libera iniziativa: in questo senso la minimizzazione delle funzioni dello Stato (*minimum State*) deve lasciare spazio al libero mercato (*maximal market*)³.

L'argomento alla base di questo modello di giustizia è la considerazione secondo la quale la società non è responsabile delle disuguaglianze: l'assenza della responsabilità sociale deriva dal fatto che i risultati della "lotteria naturale" (ossia dei cambiamenti imprevedibili della sorte di un individuo a causa di forze naturali, danni naturali o malattie, come il caso della pandemia) e della "lotteria sociale" (ossia dei cambiamenti imprevedibili dovuti ad azioni sociali, dunque la distribuzione di vantaggi/svantaggi nella società) sono "sfortunati", non iniqui o ingiusti. Ne consegue che la società non è tenuta a compensare le differenze o a riparare i danni, non essendoci un obbligo diretto di aiutare i bisognosi. Semmai rimane possibile avere un atteggiamento filantropico, meramente volontario, verso chi è più emarginato: ma resta fermo il principio di autonomia, per il quale il bisogno degli altri non deve vincolare o condizionare la libertà individuale. In questa prospettiva i diritti di autonomia degli individui prevalgono sui doveri sociali di beneficenza.

A livello micro-allocativo, nelle scelte di selezione dei pazienti si tende a preferire il giovane rispetto all'anziano, il ricco rispetto al povero, l'individuo che riveste importanti cariche sociali rispetto a chi è ai margini nella società, chi è più autonomo rispetto a chi lo è meno o non lo è più, ossia chi ha perso la capacità cognitiva ed è in condizione di dipendenza da altri. Si tratta di un approccio economicistico, secondo il quale la selezione dei pazienti per il trattamento avviene in base alla libera scelta individuale e alla capacità di pagare (*ability to pay*). In tale senso si parla di diritti "negativi" all'assistenza sanitaria: ha diritto all'assistenza sanitaria chi se lo può permettere, che non deve subire interferenze o ostacoli da parte dello Stato o di terzi.

Questa teoria presente sul piano del dibattito teorico, e che ha ispirato alcune politiche sanitarie, è scarsamente menzionata nell'ambito della discussione sulla pandemia CoViD-19. Anche i sistemi sanitari dei Paesi ispirati a tale modello hanno cercato e stanno cercando soluzioni non individualistiche comprendendo la priorità della tutela della salute pubblica. Per certi aspetti la proposta basata sulla

² M. CHARLESWORTH, *L'etica della vita. I dilemmi della bioetica in una società liberale*, Roma, 1996, 92; H.T. ENGELHARDT jr., *Manuale di bioetica*, Milano, 1999, 391 ss.

³ È la teoria che si ispira al pensiero di R. NOZICK, *Anarchia, Stato e utopia. I fondamenti dello Stato minimo*, Firenze, 2000.

“*herd immunity*” (o immunità di gregge) segue questo approccio, che si basa sull’idea di non imporre restrizioni ma lasciare la spontaneità dei comportamenti individuali responsabili, nella convinzione che l’epidemia si fermi nel momento in cui si sarà raggiunto un sufficiente numero di persone sopravvissute alla infezione. Un approccio liberale-libertario che si ispira alla strategia del “*laissez-faire*” tende a non intervenire nella pandemia, lasciando l’esposizione ai rischi (delle persone più vulnerabili) con l’obiettivo di immunizzare la comunità (i “più forti” si salvano dalla patologia e sopravvivono immunizzati, assicurando la protezione della comunità), con benefici complessivi e costi in termini economici più contenuti.

Si tratta di un approccio che garantisce un successo nell’ambito delle vaccinazioni, ma non provato e non condiviso dagli scienziati nell’applicazione alle pandemie in generale e alla pandemia CoViD-19 in modo specifico, data la virulenza e la rapidità della diffusione del virus e date le incertezze rispetto alle immunizzazioni. A ciò vanno aggiunte le prevedibili conseguenze negative per gli individui e la società al livello delle singole nazioni ma anche al livello internazionale (il non contenimento in un Paese diviene pericoloso per gli altri), con l’inevitabile aumento delle diseguaglianze, senza la garanzia del risultato. Un approccio che porta inevitabilmente al sovraccarico del Sistema sanitario, mettendo a repentaglio la vita e la salute di tantissimi cittadini.

Il Comitato Nazionale di Bioetica della Germania (Deutscher Ethikrat), nel parere *Solidarity and Responsibility during the Coronavirus Crisis, Ad Hoc Recommendation* (27 marzo 2020)⁴, affronta esplicitamente la questione prendendo le distanze dal modello libertario, nel contesto specifico di CoViD-19: «Date le caratteristiche del nuovo virus, la distribuzione dei rischi, e le aspettative delle ricadute sul sistema sanitario, in modo particolare sul sistema ospedaliero, la strategia del “*laissez-faire*” sembra irresponsabile».

In questa direzione si è pronunciato anche il Comitato Internazionale di Bioetica dell’Unesco (IBC), che insieme alla Commissione Mondiale per l’Etica della Conoscenza Scientifica e delle Tecnologie (COMEST) con il documento *Statement on Covid-19: Ethical Considerations from a Global Perspective* (26 marzo 2020)⁵, che ha espresso una posizione contro la nozione di “*herd immunity*”, ritenendo che «necessita di una cauta revisione etica, considerando l’impatto sul numero di vite esposte a minacce e condizioni mediche di insostenibilità data la mancanza di disponibilità di strutture per cure intensive anche in Paesi sviluppati. In un contesto di incertezza con possibili conseguenze negative devastanti per la salute e la vita di individui e comunità rende le politiche basate su questa nozione “pratiche non etiche» perché agiscono nella direzione individualistica, contro lo sforzo di costruire una risposta comune globale alla pandemia.

Il modello libertario è dunque oggetto di critica per le implicazioni umane e sociali che ne conseguono, in particolare nei confronti dei più deboli, dei poveri e degli emarginati. Tale modello non tiene in adeguata considerazione gli effetti sociali delle azioni individuali, nella falsa speranza che una “mano invisibile” risolva i problemi, accentuando l’egoismo soggettivo, la logica fredda del calcolo e l’indifferenza ai bisogni, negando la dimensione costitutiva della responsabilità sociale verso se stessi e verso gli altri.

⁴ <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/englisch/recommendation-coronavirus-crisis.pdf> (ultima consultazione 25 aprile 2020).

⁵ <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115> (ultima consultazione 25 aprile 2020).

2.2. La teoria utilitarista

Nell'ambito della teoria utilitarista, basata sull'etica consequenzialista nella versione collettivista della ricerca del miglior saldo di piacere sul dolore (inteso come massimizzazione dei benefici e minimizzazione dei danni) per il maggior numero di individui, la giustizia assume il significato di "non danneggiare" nel senso di non procurare o aumentare la sofferenza dell'"altro" riferito all'individuo avente interessi. La giustizia secondo l'utilitarismo coincide con la garanzia di un certo livello di qualità della vita, intesa come benessere nel bilanciamento piacere e dolore: la distribuzione mira a dare al maggior numero possibile di individui la soddisfazione dei loro interessi, per garantire la convenienza e l'efficienza, ossia il prevalere di benefici sui costi. L'assegnazione delle risorse va orientata al raggiungimento, a parità di spesa, del miglior risultato pragmatico possibile in rapporto alla produttività sociale⁶. Ogni obbligazione sociale è giustificata in vista del raggiungimento del vantaggio collettivo: se i trattamenti sono inutili o futili, ossia il potenziale beneficio è poco probabile o comunque molto limitato a fronte di elevati costi (in termini di sofferenza e di costi economici), essi non sono dovuti, anzi è obbligatorio non attivarli o sospenderli per il vantaggio sociale.

In questa prospettiva, si privilegia il paziente con migliore prospettiva in termini di recupero, misurato sulla quantità e qualità di vita, giustificando il non trattamento per chi si trova in condizione di scarsa qualità di vita. Tale strategia è espressa dalla formula "quality adjusted life years" (QALY), ossia numero di anni di vita tenuto conto della qualità e dei costi, per i maggior numero di individui. L'assegnazione delle risorse limitate in termini di accesso alle cure è ritenuta giusta quando raggiunge, a parità di spesa, il miglior risultato pragmatico possibile in rapporto alla convenienza, dunque al numero di pazienti che sopravvivono con la prospettiva di anni di vita da vivere, con qualità. Tale scelta, se espressa in termini radicali, porta inevitabilmente alla emarginazione dei soggetti più deboli, considerati "marginali" (anziani, malati terminali, persone con disabilità).

La teoria utilitarista è al centro della discussione nella pandemia CoViD-19. È in questo contesto che è emerso il dibattito sul c.d. "ageismo" (*ageism*), ossia la discriminazione in base all'età: l'approccio utilitarista inevitabilmente, in modo esplicito o implicito, correla il massimo beneficio ottenibile in contesti di risorse limitate con il privilegio delle persone più giovani rispetto alle persone più anziane, che hanno meno aspettativa di vita (in termini di numero di anni da vivere oltre che di livello presumibile di qualità) e hanno già vissuto anni di vita. Nell'ambito della pandemia CoViD-19 questo aspetto è particolarmente rilevante, essendo colpite dal virus in modo particolare le persone anziane. Anche la discussione sulla discriminazione delle persone con disabilità, sia fisiche che psichiche, è emerso in modo forte in questo contesto, con esplicite politiche o pronunciamenti di esclusione dall'accesso di persone con un certo livello di disabilità, anche con esplicito riferimento all'assenza o riduzione di capacità cognitive⁷.

⁶ P. SINGER, *Etica pratica*, Napoli, 1991; J. HARRIS, *Qualifying the Value of Life*, in *Journal of Medical Ethics*, 13, 1987, 117-123; J. HARRIS, *The Value of Life*, London, 1985. Secondo l'autore la qualità della vita (in termini di aumento del benessere e riduzione della sofferenza) è l'unità di misura della salute e del valore della vita (ossia della vita degna di essere vissuta).

⁷ Office for Civil Rights at the U.S Department of Health and Human Services, *Bullettin: Civil Rights, HIPAA, and the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, 28 March 2020 con riferimento alle politiche di esclusione dall'accesso alle cure di persone con disabilità.

L'orientamento utilitarista è presente, seppur con toni mitigati, nel documento della Organizzazione Mondiale della Sanità, prima di CoViD-19, con riferimento in generale alle pandemie *Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks* (2016)⁸, ove si fa riferimento al «numero totale di vite salvate, numero totale di anni di vita salvati, o numero totale di “quality-adjusted life years saved”», anche se bilanciato con il riferimento alla equità e al dovere di non abbandonare i pazienti vulnerabili.

Su questa linea, la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias e la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, *Plan de Contingencia para los Servicios de Medicina Intensiva frente a la pandemia COVID-19* (marzo 2020)⁹, con esplicito riferimento al limite dei trattamenti per persone anziane (con indicazione anche dell'età) e persone con disabilità cognitive.

Tale discussione è emersa in Italia con riferimento al documento alla Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio* (13 marzo 2020)¹⁰. Nel contesto di un documento apprezzabile per la linearità argomentativa, emergono alcuni elementi che, seppur non esplicitamente utilitaristi, presentano alcuni elementi interpretabili in questa logica. In particolare in due passaggi. Il primo passaggio riguarda la possibilità di «porre un limite di età all'ingresso in terapia intensiva», al fine di consentire l'accesso «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». Va riconosciuto che primario rimane il principio della «probabilità di sopravvivenza», ma a parità di condizioni il criterio anagrafico viene introdotto (numero di anni di vita salvata)¹¹. In un altro punto il documento afferma: «la presenza di comorbidità e lo status funzionale devono essere attentamente valutati, in aggiunta all'età anagrafica», sembrerebbe riportare il criterio anagrafico come primario, a cui si aggiunge il criterio clinico e prognostico. La ragione che giustifica questa scelta nel documento è spiegata con riferimento al fatto che le stesse risorse potrebbero essere usate per un tempo più breve per un paziente meno grave risparmiando rispetto all'uso per pazienti anziani e fragili. Si tratta di un approccio che, pur nella comprensibilità della situazione drammatica di eccezionalità della pandemia, rischiano di introdurre nella prassi criteri d'impostazione utilitarista. Il secondo passaggio riguarda il «non dover necessariamente seguire un criterio di accesso alle cure intensive di tipo *first come, first served*»: qui non si tratta solo di negare l'ordine di arrivo come criterio di distribuzione nelle risorse (definendo diverse priorità cliniche), ma anche di ammettere la possibilità di non fare accedere un paziente

⁸ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580> (ultima consultazione 25 aprile 2020).

⁹ <https://semicyuc.org/2020/03/la-semicyuc-presenta-el-plan-de-contingencia-para-los-servicios-de-medicina-intensiva-frente-a-la-pandemia-de-covid-19/> (ultima consultazione 25 aprile 2020).

¹⁰ <https://bit.ly/2LWqq3X> (ultima consultazione 25 aprile 2020). Il gruppo di lavoro composto da: Marco Vergano, Guido Bertolini, Alberto Bertolini, Giuseppe Gristina, Sergio Livigni, Giovanni Mistraretti, Flavia Petrini.

¹¹ Questo elemento è emerso nelle dichiarazioni di Lorenzo d'Avack, Presidente del Comitato Nazionale per la Bioetica, che ha affermato: «Non dobbiamo dimenticare che il punto di riferimento deve restare la carta costituzionale, che riconosce lo stesso diritto per tutti i cittadini a ricevere le cure necessarie alla tutela della salute» (ansa, 13 marzo 2020).

“presente” al pronto soccorso o in reparto lasciando aperta la possibilità di cura per un successivo paziente “futuro” che potrebbe avere migliore prognosi, in termini di quantità e qualità di vita.

Il criterio utilitarista dei QALY è suscettibile di obiezioni sul piano scientifico e filosofico. Una prima obiezione riguarda l'incertezza e la difficoltà a calcolare la predizione probabilistica del numero di anni di vita da vivere; inoltre la soggettività del modo di intendere e vivere la qualità di vita, non oggettivabile e non proiettabile su altri e la variabilità individuale rispetto alla “media” generalizzata riferita a gruppi di individui. È difficile applicare il criterio utilitaristico a causa della impossibilità di misurare e comparare la qualità di vita di persone diverse in differenti circostanze, anche rispetto a pazienti non ancora clinicamente valutati. L'approccio utilitarista introduce distinzioni estrinseche tra vite con dignità o senza dignità, tra vite con più o meno dignità, in base a condizioni di vita di qualità, numero di anni da vivere, recuperabilità (in termini di guarigione della malattia e di benessere), negando il riconoscimento della dignità intrinseca di ogni essere umano e del suo diritto fondamentale alla cura della salute.

2.3. Le teorie che pongono al centro l'uguaglianza tra gli esseri umani

Vi sono teorie che, sulla base di diversi fondamenti e argomenti, condividono, nel contesto della questione della distribuzione di risorse scarse, la centralità dell'uguaglianza tra gli esseri umani nell'accesso alle cure.

La teoria dell'egualitarismo sociale, a partire da un'antropologia individualistica moderata, riconosce la priorità del valore dell'uguaglianza. L'intervento dello Stato (o Stato del benessere) è considerato rilevante per evitare gli inconvenienti del libero mercato. In questo contesto la giustizia, che è concepita come avente origine da un accordo pratico convenzionale, esprime l'esigenza di tutelare i diritti di libertà di tutti e l'equità nell'accesso alle risorse. È la teoria che si ispira a J. Rawls che, immaginando l'ipotesi fittizia di una «posizione originaria» dietro un «velo di ignoranza», ritiene che si possa raggiungere un accordo intersoggettivo razionale sulla giustizia¹², articolato in due principi: il principio di uguaglianza nell'assegnazione dei diritti/doveri, ove la protezione della libertà è limitata dal riconoscimento dell'uguale libertà a tutti, e il principio di differenza o compensazione delle ineguaglianze sostanziali mediante la regola del «maximin», secondo la quale la distribuzione è giusta se produce benefici compensativi per i meno avvantaggiati. Su tali basi, se ognuno ignorasse chi è (quale è la sua condizione alla nascita, la sua età, la sua condizione personale e sociale) non potrebbe che accogliere il criterio egualitario di giustizia come il criterio «più giusto»¹³. È la teoria del «mercato minimo» e dello «Stato massimo», che, riducendo gli spazi della libera iniziativa, intende garantire standard minimi di cura e assistenza come diritti “positivi”. L'argomento alla base di questa prospettiva è la necessità che la società si faccia carico delle disuguaglianze derivanti dalla «lotteria naturale» e dalla «lotteria sociale»: le disuguaglianze naturali e sociali vanno corrette e riparate in quanto

¹² J. RAWLS, *Una teoria della giustizia*, Milano, 1982; *Id.*, *La giustizia come equità (saggi 1951-1969)*, Napoli, 1995.

¹³ Nella versione del «*welfare egalitarianism*» sono riconosciute le «pari opportunità» (a prescindere dalla situazione psico-fisica e socio-economica, ognuno deve avere le stesse chance: i meno avvantaggiati devono poter competere in termini eguali con chi è in condizione più favorevole) e nella versione del «*socialist egalitarianism*» si ritiene che si debba «dare all'indigente ciò di cui ha bisogno», anche nel senso di risorse materiali, con il riconoscimento particolare e il sostegno delle situazioni di debolezza e fragilità.

ritenute ingiuste, nel continuo sforzo di compensazione delle differenze. Cura ed assistenza sanitaria sono considerati bisogni fondamentali che vanno garantiti al cittadino, “massimizzando il minimo”, ossia aumentando la possibilità e l’opportunità di accesso alle cure e all’assistenza per i meno avvantaggiati, considerando tali condizioni “immeritate limitazioni di opportunità” che vanno ristabilite¹⁴.

È la prospettiva condivisa in bioetica dalla teoria del «principalismo», che ammette la possibilità di trovare un consenso, pur nella differenza delle teorie etiche, sul diritto ad un «minimo decente di cure» e di assistenza sanitaria come un aspetto della tutela sociale contro minacce esterne dalle quali l’individuo non può proteggersi da solo, considerando la malattia in generale – in questo caso specifico della pandemia – una condizione analoga alla guerra, alla criminalità e alle calamità naturali¹⁵. L’equa opportunità prevede che le possibilità di accesso ai benefici sanitari e sociali siano aperte a tutte le persone, a prescindere dagli svantaggi immeritati da cui possono essere afflitte.

La teoria comunitaria, nella convinzione che l’etica si incarni nelle pratiche o azioni sociali delle comunità, che definiscono i valori collettivi condivisi di “vita buona”, è una prospettiva che rivaluta cooperazione e responsabilità del gruppo per l’individuo e dell’individuo per il gruppo, affermando la giustizia come bene comune nella solidarietà. È l’approccio che si interseca con la teoria della virtù, che riconosce la doverosità del trattamento in funzione dei valori buoni condivisi nell’ambito della comunità e della virtù intrinseca dell’agire medico, come responsabilità a curare e prendersi cura del malato. In questo senso l’etica biomedica, basata su valori comunitari, porta a ritenere che nella distribuzione di risorse scarse non si debba tenere conto solo della durata della vita di qualità e l’efficacia tecnologica, ma anche del dovere di “umanizzazione” della cura con una medicina equa e sostenibile che sappia combinare il mercato con le cure necessarie a tutti¹⁶. In particolare la teoria della virtù, che pone al centro la responsabilità deontologica del medico nei confronti di chi è più bisognoso, si basa sulla priorità del principio di beneficenza nella relazione medico-paziente, sull’affidamento fiducioso del paziente al medico e sull’obbligo etico (oltre che deontologico) del medico di curare la malattia. La virtù è l’obbligazione etica che scaturisce dall’“atto della professione” e dall’“atto medico” di fronte al “fatto della malattia”¹⁷.

Sulla stessa linea, la teoria personalista che pone al centro il riconoscimento della dignità intrinseca dell’essere umano¹⁸, intende la giustizia nel significato di «non danneggiare alcuno», come protegge-

¹⁴ N. DANIELS, *Health Care Needs and Distributive Justice*, in *Philosophy and Public Affairs*, 10, 1981, 146-179; R. GREEN, *Health Care and Justice in Contract Theory Perspective*, in R. VEATCH, R. BRANSON (eds.), *Ethics and Health Policy*, Cambridge, 1976, 111-126.

¹⁵ J.F. CHILDRESS, *Priorities in Biomedical Ethics*, Philadelphia, 1981.

¹⁶ La visione comunitaria è esemplificata in un documento della President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Research, *Securing Access to Health Care*, ove si scrive: «la profondità della sollecitudine di una società per l’assistenza sanitaria può essere vista come misura del senso di solidarietà di fronte alla sofferenza e alla morte» (Washington D.C., 1983).

¹⁷ E.D. PELLEGRINO, *Rationing Health Care: Inherent Conflicts within the Concept of Justice*, in W.D. BONDESON, J.W. JONES (eds.), *The Ethics of Managed Care: Professional Integrity and Patient Rights*, Dordrecht, 2002, 1-18.

¹⁸ Cfr. E. SGRECCIA, *Economia e salute: considerazioni etiche*, in *Medicina e Morale*, 1, 1986, 31-46; A. BOMPIANI, *Economia ed etica nello sviluppo del sistema sanitario italiano*, in *Medicina e Morale*, 5, 1996, 923-932; A.G. SPAGNOLO, D. SACCHINI, A. PESSINA, M. LENOCI (a cura di), *Etica e giustizia in sanità: questioni generali, aspetti metodologici e organizzativi*, Milano, 2004; L. PALAZZANI, *Teorie della giustizia e allocazione delle risorse sanitarie*, in *Medicina e Morale*, 5, 1996, 901-921; Id., *Teorie della giustizia e allocazione delle risorse sanitarie*, in F. D’AGOSTINO (a cura di), *Valori giuridici fondamentali*, Roma, 2012, 111-131.

re (in senso negativo) e rispettare (in senso positivo) la vita di ogni essere umano e nel significato di «dare a ciascuno il suo», come riconoscere ad ogni essere umano ciò che gli “spetta” ontologicamente, in forza della stessa natura umana. Secondo questo modo di intendere la giustizia, ogni essere umano ha sostanzialmente gli stessi diritti di qualsiasi altro essere umano pur nella diversità di condizioni. In questo ambito si riconosce il dovere diretto della società di salvaguardare il bene comune, come l'insieme delle condizioni che promuovono e difendono la dignità umana: in tal senso le disuguaglianze naturali e sociali sono considerate inique, e alla società spetta il compito di ristabilire, per quanto possibile, un equilibrio sociale, operando attraverso il bene delle singole persone.

Pur nella diversità argomentativa, tali teorie, applicate alla selezione dei pazienti per l'accesso alle cure, riconoscono come unico criterio applicabile quello della valutazione medica oggettiva, caso per caso, della condizione clinica del paziente, dell'urgenza e della gravità della condizione (considerando la condizione della malattia o la eventuale presenza di altre malattie) e della presumibile efficacia prognostica del trattamento in termini di probabile guarigione, secondo i criteri di proporzionalità ed appropriatezza. Qualsiasi deviazione dalla logica della uguaglianza e della equità (come giustizia del caso singolo), introduce elementi arbitrari di discriminazione. Il criterio dell'età o della preferenza della vita meno vissuta e aperta al futuro rispetto alla vita più vissuta, della qualità di vita probabile, della disponibilità finanziaria, del ruolo sociale, della disabilità o dipendenza, della capacità o efficienza produttiva, del costo sociale, della responsabilità rispetto alla patologia contratta, della nazionalità, dell'etnia, sono criteri inaccettabili in quanto extra-medici, che stabiliscono arbitrariamente ed estrinsecamente disuguaglianze tra gli individui umani.

Il punto di partenza è il riconoscimento “di principio” che tutti devono essere curati. Se “di fatto” le circostanze (quali la scarsità di risorse) costringono inevitabilmente a non potere curare tutti, ma a curare alcuni e non altri, il criterio non può essere definito su basi soggettive o sociali (non mediche), ma dovrebbe essere definito solo su basi oggettive (mediche), ossia sulla base delle condizioni cliniche del paziente. È evidente che le risorse scarse non possono essere usate male e sprecate, ma devono essere efficaci, ossia usate per salvare vite umane. Ma non bisogna dimenticare che al centro vanno posti i bisogni di ogni persona malata. Nel caso della pandemia, va anche ricordato che tale criterio va applicato per tutti i pazienti: la selezione non deve portare ad un trattamento differenziato tra malati di infezione e malati di altre patologie, essendo eticamente dovuta la vigilanza sulla continuità della presa in cura degli altri pazienti. Proprio coloro che sono più vulnerabili, come le persone anziane o con disabilità, le persone povere, non devono essere emarginate da logiche selettive ispirate all'individualismo o alla convenienza sociale. Questo non significa comunque trattare “ad ogni costo” o attuare pratiche di accanimento clinico, che devono essere sempre doverosamente sospese quando sproporzionate, inefficaci e gravose, così come va rispettata l'autonomia del paziente di rifiuto o rinuncia a trattamenti, con la verifica della consapevolezza e della piena informazione delle conseguenze.

È questa la posizione espressa da molte società scientifiche¹⁹ e da Comitati di bioetica, nazionali ed internazionali. In particolare si ricorda il Comité Consultative National d'Etique in Francia nel docu-

¹⁹ Su questa linea si orientano, seppur con alcune differenze, alcune linee guida di società scientifiche. La Belgian Society of Intensive Care Medicine *Ethical Principles concerning Proportionality of Critical Care during the 2020 Covid-19 Pandemic in Belgium: Advice (2020)* afferma: «nonostante l'età avanzata sia associata a peggiori

mento *Enjeux éthiques face à une pandémie* (13 marzo 2020)²⁰, che ritiene nel quadro dei principi etici del rispetto della dignità e giustizia, l'esigenza che l'epidemia non aggravi una situazione di ingiustizia che già esiste; la giustizia va declinata in senso egualitario e di equità, considerando i bisogni del singolo nella circostanza, prendendo le distanze dall'utilitarismo.

Il Nuffield Council on Bioethics in Inghilterra nel documento *Ethical Considerations in Responding to the Covid-19 Pandemic* (2020)²¹, pur soffermandosi in prevalenza su questioni di politica sociale, ribadisce la necessità di un criterio "imparziale" per la micro-distribuzione che riconosca un uguale valore morale ad ognuno (*equal moral worth*). Il *Deutscherethikrat* in Germania nel documento citato, ritiene il criterio della dignità umana l'unico garante dell'uguaglianza contro ogni forma di discriminazione (di genere, origine etnica, età, ruolo sociale, disabilità), affermando che ogni differenziazione, diretta o indiretta, con riferimento alla protezione della vita sia inaccettabile. In particolare si distingue tra "triage ex ante", che può anche "lasciare morire" alcuni pazienti data la scarsità di risorse e l'impossibilità fattuale di salvarli (ammettendo che nessuno può essere obbligato a fare l'impossibile) e "triage ex post" affermando che non è mai legittima la discontinuità del trattamento, ossia la sospensione di un trattamento proporzionato, per salvare un altro paziente mediante ri-assegnazione delle risorse. Il Comitato sammarinese di Bioetica ha ribadito per CoViD-19 un principio espresso nel documento *Bioetica delle catastrofi* (2017) della «priorità dei trattamenti calcolata sulla base di una corretta applicazione del triage, nel rispetto di ogni vita umana, indipendentemente dall'età, dal genere, dall'appartenenza sociale o etnica, dall'abilità»; nel documento *Risposta alla richiesta di parere urgente su aspetti etici legati all'uso della ventilazione assistita in pazienti di ogni età con gravi disa-*

esiti in CoViD-19, l'età isolatamente non può essere usata per decisioni di triage, ma dovrebbe essere integrata con altri parametri»; «molti pazienti di CoViD-19 sono anziani, ma l'età in sé non è un buon criterio per decidere sulla sproporzionalità delle cure. Le priorità dovrebbero essere decise sulla base della urgenza medica». Su questa linea anche il documento *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19), Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to Covid-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice* dell'Hastings Center (17 marzo 2020), che richiama la rilevanza dei comitati di etica clinica a sostegno delle decisioni complesse, e richiama il principio di uguaglianza ed equità nella distribuzione di risorse scarse. Il Department of Health Ireland, *Ethical Considerations Relating to Critical Care in the Context of Covid-19* (2020) afferma, nell'ottica della minimizzazione della perdita di vite e massimizzazione del beneficio, l'accesso per pazienti sulla base dell'urgenza, gravità e con prognosi favorevole. Netta la posizione di Malta, *Managing the Covid-19 Pandemic in Malta, Prudential Clinical Judgments in the Allocation of Healthcare Resources* (2020) che riconosce l'uguaglianza morale di tutti i pazienti senza discriminazione. L'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche, *Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse* (2020) sottolinea l'equità necessaria e riconosce come inaccettabile la disparità di trattamento legate a età, sesso, luogo di residenza, nazionalità, confessione religiosa, posizione sociale, situazione assicurativa o invalidità cronica. Il criterio determinante a livello di triage è la prognosi a breve termine: vengono accettati in via prioritaria i pazienti che, se trattati in terapia intensiva, hanno buone probabilità di recupero, la precedenza viene data ai pazienti che possono trarre il massimo beneficio dal ricovero in terapia intensiva.

²⁰ https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf (ultima consultazione 25 aprile 2020). Il documento riprende principi enunciati nel documento precedente *Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale*, 2009.

²¹ <https://www.nuffieldbioethics.org/news/responding-to-the-covid-19-pandemic-ethical-considerations> (ultima consultazione 25 aprile 2020).



bilità in relazione alla pandemia di Covid-19 (16 marzo 2020)²² il comitato ribadisce che la disabilità non può mai essere un criterio di esclusione, sulla base del principio di uguaglianza tra ogni essere umano a prescindere dalle differenze.

Su una posizione analoga il Comitato di Bioetica della Spagna, *Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus* (25 marzo 2020)²³, che introduce un modello misto²⁴, della utilità sociale (nel senso di massimizzare i benefici, nell'ambito di risorse limitate), tenendo presente i principi di uguaglianza e vulnerabilità come prioritari. La Commissione di Bioetica dell'Austria, nel parere *Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie* (marzo 2020)²⁵ definisce il criterio del triage con riferimento al criterio clinico e prognostico. Il Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida in Portogallo nel documento *The Public Health Emergency caused by the Covid-19 Pandemics, Relevant Ethical Issues* (April 2020) sottolinea necessità, efficacia e proporzionalità come i criteri della selezione delle priorità di cura. Nel documento del Comitato Nazionale del Lussemburgo *Repères éthiques essentiels lors de l'orientation des patients dans un contexte de limitation des ressources thérapeutiques disponibles due à la crise pandémique du COVID-19* (31 mars 2020)²⁶ si parte del principio della dignità umana intangibile, per dedurre i principi di equità e giustizia.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica in Italia nel parere *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del triage in emergenza pandemica* (8 aprile 2020)²⁷ partendo dai principi Costituzionali (in particolare l'art. 32 sulla tutela della salute, l'art. 2 sui doveri di solidarietà e l'art. 3 sull'uguaglianza) e dalla Legge 833 (1978), istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ribadisce che «è doveroso fare sempre tutto il possibile per garantire a tutti, nessuno escluso», rispettando «i principi di giustizia, equità e solidarietà, per offrire a tutte le persone eguali opportunità di raggiungere il massimo potenziale di salute consentito». Il criterio clinico è considerato il più adeguato punto di riferimento per l'allocazione delle risorse, sottolineando che «ogni altro criterio di selezione definito aprioristicamente, quale ad esempio l'età anagrafica, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità²⁸, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, è ritenuto dal Comitato eticamente inaccettabile». Con riferimento al triage in emergenza pandemica, il documento esplicita i criteri di "appropriatezza clinica", intesa come valutazione medica dell'efficacia del trattamento rispetto al bisogno clinico di ogni singolo paziente, con riferimento all'urgenza e alla gravità del manifestarsi della patologia e alla possibilità prognostica di

²²<http://www.sanita.sm/on-line/home/bioetica/comitato-sammarinese-di-bioetica/pareri-csb.html> (ultima consultazione 25 aprile 2020).

²³<https://bit.ly/2ZsqoJ7> (ultima consultazione 25 aprile 2020).

²⁴ E.J. EMANUEL ET AL., *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19*, in *New England Journal of Medicine*, 23 March 2020.

²⁵<https://bit.ly/2ZqvvcY> (ultima consultazione 25 aprile 2020).

²⁶<https://cne.public.lu/dam-assets/fr/publications/avis/Prise-de-position-COVID-19.pdf> (ultima consultazione 25 aprile 2020).

²⁷ Cfr. anche precedenti documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica: *Etica, sistema sanitario e risorse* (1998) e *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute* (2001). <https://bit.ly/3ecTArE> (ultima consultazione 25 aprile 2020).

²⁸ Cfr. Office for Civil Rights (OCR) at the U.S Department of Health and Human Services (HHS), *Bulletin: Civil Rights, HIPAA, and the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, 28 March 2020.

guarigione e il criterio di “attualità”, che include, oltre ai pazienti «fisicamente presenti», anche la «comunità dei pazienti» (non solo ammalati di CoViD-19), ammettendo la revisione di liste di attesa includendo anche i pazienti che sono stati valutati e osservati da un punto di vista clinico, collocati temporaneamente in reparti subintensivi o a domicilio, ma che si aggravano improvvisamente. Una decisione e programmazione, quella del triage, che deve sempre «evitare la formazione di categorie di persone che poi risultino svantaggiate e discriminate».

3. La voce bioetica internazionale

Il tema è stato affrontato anche da comitati internazionali di bioetica, essendo l’argomento strettamente connesso ai diritti umani fondamentali, tra cui va riconosciuto il diritto alla tutela della salute²⁹, espresso nelle costituzioni e nelle normative internazionali.

Il Comitato di Bioetica del Consiglio d’Europa (DH-BIO) nello *Statement in the Context of the Covid-19 Crisis* (aprile 2020)³⁰ afferma, richiamando la base della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (1007), il principio di equità di accesso alle cure, senza discriminazione. L’European Group on Ethics in Science and New Technologies della Commissione europea, nello *Statement on European Solidarity and the Protection of Fundamental Rights in the Covid-19 Pandemic* (2020)³¹, anche se non affronta il problema specifico della distribuzione delle risorse, afferma i principi di dignità, giustizia e solidarietà. Il Comitato internazionale di bioetica e il Comitato mondiale dell’Etica della Conoscenza scientifica e delle Nuove Tecnologie dell’Unesco nella dichiarazione *Statement on Covid-19: Ethical Considerations from a Global Perspective*³², sottolinea che la fondazione etica della macro e microallocazione debba basarsi sui principi di giustizia, beneficenza, equità; «in caso di selezione di pazienti nell’ambito di scarsità di risorse, il bisogno clinico e l’efficacia del trattamento dovrebbero essere di prioritaria considerazione». Il richiamo è ai diritti umani e alla protezione della salute (art. 14 of the UNESCO *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* (2005) che afferma «the highest attainable standard of health» come diritto umano fondamentale. Le persone vulnerabili «diventano ancora più vulnerabili nel periodo della pandemia», in particolare a causa della povertà, discriminazione, genere, malattia, perdita di autonomia, età, disabilità, etnia, carcere, migrazione e pertanto devono essere adeguatamente protette nei loro bisogni di salute.

²⁹ Per una accurata ricostruzione del dibattito e una critica ai modelli libertari e utilitaristi cfr. C. PETRINI, *Triage in Public Health Emergencies: Ethical Issues*, in *Internal Emergencies Medicine*, 5, 2010, 137-144.

³⁰ <https://www.coe.int/en/web/bioethics/dh-bio> (ultima consultazione 25 aprile 2020).

³¹ https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/strategy/support-policy-making/scientific-support-eu-policies/eg_e_en (ultima consultazione 25 aprile 2020).

³² <https://en.unesco.org/themes/ethics-science-and-technology/ibc> (ultima consultazione 25 aprile 2020).