

## **Una questione di interpretazione?**

# **Note critiche su Raccomandazioni SIAARTI, discriminazione in base all'età ed emergenza sanitaria**

**Maria Giulia Bernardini\***

A MATTER OF INTERPRETATION? CRITICAL CONSIDERATIONS ON SIAARTI RECOMMENDATIONS, AGE DISCRIMINATION AND HEALTHCARE EMERGENCY

**ABSTRACT:** Elderly people have been particularly affected by the pandemic emergency. One of the most controversial issues that have characterized the public debates concerns the importance of age as a possible and controversial criterion for admission to intensive care units, due to the inability of health systems to meet the demands received within contexts characterized by the exceptional imbalance of health resources. In Italy, for example, the approval of the SIAARTI Clinical Ethics Recommendations was considered an expression of ageism, a form of structural discrimination against the elderly, which reveals the lower value assigned to their lives. In her contribution, the Author analyses the debate that has arisen in recent months, in order to understand if and within what margins this inference is justified.

**KEYWORDS:** Elderly; ageism; SIAARTI Recommendations; precautionary utilitarianism; distributive justice

**SOMMARIO:** 1. Pandemia e condizione anziana: un'introduzione – 2. Le Raccomandazioni SIAARTI – 2.1. Il criterio dell'età: intendimenti – 2.2. Il criterio dell'età: fraintendimenti – 3. Dopo l'emergenza.

### **1. Pandemia e condizione anziana: un'introduzione**

**N**el corso degli ultimi mesi, la comune esigenza di comprendere gli aspetti qualificanti della pandemia da SARS-CoV-2 (nota come "CoViD-19"), di individuarne gli strumenti di gestione e gli effetti prodotti sulla vita delle persone ha favorito l'instaurazione di un vivace confronto su numerose questioni assai rilevanti. Alcune erano oggetto di attenzione all'interno del dibattito pubblico già prima dell'avvento dell'emergenza occorsa, anche se il grado di consapevolezza circa la rilevanza del fenomeno è stato spesso inadeguato; in tali casi, la pandemia ha funzionato so-

---

\* Università degli Studi di Ferrara. Mail: [maria giulia.bernardini@unife.it](mailto:maria giulia.bernardini@unife.it). Ringrazio Paolo Addis, Francesco Ferraro, Filippo Ghelma, Baldassare Pastore per le preziose occasioni di confronto e per avere letto e commentato questo testo nel suo contenuto e nei dettagli stilistici. Il lavoro è aggiornato al 20 settembre 2020. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

prattutto come una lente di ingrandimento che ha permesso di *riproporre* alcune questioni rilevanti, talvolta amplificando criticità già esistenti<sup>1</sup>.

Altre, al contrario, costituivano un rimosso della contemporaneità: in relazione a questi profili, la pandemia ha dunque operato nel senso di (*im*)porre all'attenzione pubblica temi che, per ragioni primariamente culturali, erano dibattuti pressoché solo all'interno di circoli ristretti.

Molti di essi hanno trovato un punto di convergenza nella condizione anziana, intesa quale specifica declinazione del nesso tra corpi, diritti, soggettività (e "soggettivazione")<sup>2</sup>. Le persone anziane sono infatti state colpite in modo particolare dall'emergenza pandemica: nonostante gli indici di infezione e di mortalità registrati all'interno dei diversi Stati siano anche sensibilmente diversi, nel corso dei mesi è emerso come, pressoché ovunque, il tasso di mortalità di tali soggetti durante la fase acuta della pandemia sia stato assai più elevato rispetto a quello degli altri individui. A questo riguardo, l'accordo sul fatto che l'età (di norma, non in sé e per sé considerata, ma qualora sia unita alla comorbidità) possa costituire una fonte di maggior vulnerabilità al virus è stato pressoché unanime<sup>3</sup>. Eppure, l'analisi dei dati relativi al contagio rivela anche aspetti ulteriori, che impediscono di individuare nel nesso tra accresciuta vulnerabilità "ontologica"<sup>4</sup> e invecchiamento l'unica ragione di una così alta esposizione al contagio (e alla mortalità) di tali persone, come raccontano i casi di cronaca relativi agli ospiti delle strutture di *long term care*<sup>5</sup>. Piuttosto, i dati inducono a ritenere che la vulnerabilità di cui si discute sia, in primo luogo, di tipo "patogeno", ossia relativa al sistema di relazioni che circondano i soggetti anziani. La pandemia sembra allora avere *esacerbato* la vulnerabilità<sup>6</sup> di

<sup>1</sup> Ad esempio, le questioni connesse alle disuguaglianze (in special modo di genere) o all'inclusione della cura all'interno del progetto democratico. Sul tema, per quanto riguarda il fronte istituzionale, ai fini introduttivi si vedano il *policy brief* delle Nazioni Unite, *The impact of COVID-19 on women* (09/04/2020) e il documento della Commissione europea *The impact of sex and gender in the COVID-19 pandemic* (05/2020). Nell'ambito della vasta letteratura, *ex multis*, cfr. almeno G. SERUGHETTI, *Democratizzare la cura, curare la democrazia*, Milano, 2020; in un quadro più ampio, C. SARACENO, *Politiche per le famiglie e disuguaglianze*, in *Politiche sociali*, 1, 2020, 103-124.

<sup>2</sup> Il richiamo alla soggettivazione rinvia chiaramente al lessico foucaultiano e, in particolare, all'idea che il potere trasformi gli individui in soggetti, classificandoli in categorie, marchiandoli, fissandoli alla loro identità, e che esso imponga altresì una legge di verità che tanto loro stessi, quanto gli altri, sono tenuti a riconoscere. Cfr. M. FOUCAULT, *Il soggetto e il potere* (1982), in H.L. DREYFUS, P. RABINOW, *La ricerca di Michel Foucault. Analitica della verità e storia del presente*, Firenze, 1989.

<sup>3</sup> *Ex multis*, World Health Organization, *Coronavirus disease 2019 (Covid-19). Situation Report – 36*, 25/02/2020.

<sup>4</sup> Nella letteratura filosofico-giuridica, si intende per tale quella forma di vulnerabilità universalmente condivisa, che ha a che fare con la natura corporea degli esseri viventi, e che li rende bisognosi di cibo, vulnerabili agli altri, esposti alla ferita e alla morte.

<sup>5</sup> Sul punto, cfr. almeno la *Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e socio-sanitarie*, Istituto Superiore di Sanità. *Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale: 05/05/2020*. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-finale.pdf>.

<sup>6</sup> La vulnerabilità patogena è una delle fonti di vulnerabilità in senso ampio enucleate in C. MACKENZIE, W. ROGERS, S. DODDS (a cura di), *Vulnerability. New essays in ethics and feminist philosophy*, New York, 2014, 7 ss. Essa comprende tutte quelle fonti che hanno l'effetto di escludere, discriminare o opprimere taluni individui, esacerbando vulnerabilità già esistenti o generandone di nuove. Più ampiamente, sul dibattito che, dopo il *vulnerability turn*, è particolarmente vivace, cfr. almeno B. PASTORE, O. GIOLO (a cura di), *Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*, Roma, 2018 e A. FURIA, S. ZULLO (a cura di), *La vulnerabilità come metodo*, Roma, 2020.

questi individui sotto molteplici aspetti, a partire da versanti come quelli medico-sanitario, psicologico e relazionale.

Più nello specifico, in riferimento alla condizione anziana, i profili che hanno suscitato l'interesse degli esperti e dell'opinione pubblica sono stati principalmente due: da un lato, il rilievo dell'età quale possibile e controverso criterio di ammissione ai reparti di terapia intensiva, a fronte dell'incapacità dei sistemi sanitari di soddisfare le domande pervenute all'interno di contesti caratterizzati da un eccezionale squilibrio di risorse sanitarie. In relazione a tale aspetto, la pandemia non solo ha amplificato la perdurante crisi in cui già versava il sistema sanitario nazionale a causa del sotto-finanziamento e della privatizzazione della sfera sanitaria in atto ormai da qualche decennio<sup>7</sup>, ma ha anche rivelato inefficienze e ritardi nell'aggiornamento del Piano Pandemico nazionale, raccomandato dall'OMS sin dalla fine del 2003, quando i focolai di influenza aviaria diventarono endemici, rendendo più concreto il ripetersi di una pandemia. Inefficienza e sotto-finanziamento hanno dunque reso il sistema sanitario nazionale incapace di fare fronte alle esigenze sanitarie della collettività.

Dall'altro, l'attenzione si è appuntata sulle strutture che ospitano le persone anziane – in particolare, quelle non autosufficienti –, come RSA, residenze protette o case di riposo, ossia l'arcipelago di strutture deputate alla *long term care*. Se queste ultime già da qualche tempo sono oggetto di attenzione per la loro attitudine a configurarsi come luoghi almeno potenzialmente segreganti<sup>8</sup>, durante la pandemia sono diventate una parte qualificante delle strategie istituzionali dirette a gestire e contenere la diffusione del virus al di fuori degli ospedali. I numerosi casi di cronaca rivelano infatti come, in pressoché ogni Stato, si sia scelto di chiudere le strutture che ospitavano le persone anziane e finanche di trasferirvi coloro i quali erano positivi al CoViD-19, compiendo un'operazione che ha contribuito in modo significativo al verificarsi di quella che è stata efficacemente narrata come una *strage silenziosa*<sup>9</sup>.

L'attenzione a tali luoghi, a ben vedere impermeabili al territorio già *prima* di essere chiusi al pubblico a causa della pandemia (da qui il frequente ricorso al lessico dell'istituzionalizzazione e della segregazione), ha dunque permesso di appuntare l'attenzione sulle perduranti criticità dei sistemi di *welfare* contemporanei, secondo un'ottica diversa ma complementare rispetto a quella relativa all'impossibilità di soddisfare le richieste di ammissione alle terapie intensive. In entrambi i casi, infatti, è emerso con prepotenza come l'incapacità di tutelare al miglior grado possibile il diritto alla vita e alla salute delle persone (anziane, ma non solo) sia stata determinata solo in parte

<sup>7</sup> Per alcuni dati, cfr. ad esempio il *Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019, Il defanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*, Bologna, 2019, <https://bit.ly/381Y3xT> (ultimo accesso 15/09/2020).

<sup>8</sup> G. MERLO, C. TARANTINO (a cura di), *La segregazione delle persone con disabilità. I manicomi nascosti in Italia*, Santarcangelo di Romagna, 2018.

<sup>9</sup> Per gli Stati in cui sono disponibili dati ufficiali, il numero dei morti collegati al CoViD-19 nelle strutture per anziani è molto elevato: si attesta infatti tra il 19% e il 72% di tutti i morti per Covid-19. Una forbice così ampia è giustificata dal fatto che, in molti casi, non sono stati effettuati accertamenti in relazione alle cause delle morti. Uno dei primi studi internazionali sulle evidenze della mortalità associata al CoViD-19 all'interno delle strutture, periodicamente aggiornato, è A. COMAS-HERRERA, J. ZALAKAIN, C. LITWIN, A.T. HSU, N. LANE, L.-L. FERNANDEZ, *Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence*, in *LTCcovid.org – International LongTerm Care Policy Network*, <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/> (ultimo aggiornamento 26/06/2020; ultimo accesso 20/09/2020).

dall'emergenza pandemica, e piuttosto debba essere addebitata anche a carenze strutturali preesistenti, legate in primo luogo ad una ormai consolidata gestione neoliberale dello Stato sociale<sup>10</sup>.

Tanto nel caso dell'accesso alle terapie intensive, quanto in quello della organizzazione della *long term care*, il problema attiene quindi primariamente alla sfera della giustizia distributiva, ma non si limita ad essa. La pandemia ha infatti reso evidente la condizione di invisibilità ontologica, epistemologica e pratica in cui versano le persone anziane, ponendo in primo piano anche il tema del riconoscimento<sup>11</sup>, proprio in ragione del diffuso e strutturale misconoscimento della soggettività anziana riscontrabile ancora oggi.

Nei mesi scorsi, del resto, è emerso chiaramente come durante l'emergenza la tutela dei diritti fondamentali delle persone anziane sia stata fortemente a rischio, quando non negata *tout court*: l'accesso selettivo ai tests per CoViD-19 o alle strutture sanitarie, l'isolamento, l'incremento del rischio di essere sottoposte a forme di abbandono e violenza, l'inasprimento del conflitto intergenerazionale, la stigmatizzazione e l'esposizione a forme di *hate speech* sono solo alcuni degli aspetti che hanno portato a ritenere che l'*ageism*<sup>12</sup>, inteso quale forma peculiare di discriminazione strutturale<sup>13</sup> che colpisce ormai da tempo gli individui anziani, abbia subito un inasprimento, tanto da portare ad una sempre più ampia attenzione istituzionale<sup>14</sup>. L'"irrompere" della soggettività delle persone anziane sul piano pubblico, purtroppo favorita dai drammatici accadimenti occorsi negli ultimi mesi, ha così posto i diversi ordinamenti davanti alla necessità di riflettere sui modelli culturali accolti ed istituzionalizzati al proprio interno, nonché alla responsabilità di esplicitarli.

Questo dibattito ha notoriamente riguardato anche l'ordinamento italiano: l'approvazione, da parte della Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI), del documento *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio*<sup>15</sup> (d'ora innanzi *Raccomandazioni*) e l'adozione di strategie di

<sup>10</sup> In quest'ottica, pare opportuno segnalare come, seppur all'interno di un giudizio di natura primariamente tecnica, di recente la Corte costituzionale abbia espressamente ribadito la specificità del sistema di salute pubblica italiano e la sua irriducibilità ad una gestione aziendalistica privata: cfr. Corte cost., sent. 157 del 21 luglio 2020.

<sup>11</sup> Che il riconoscimento sia una questione di giustizia e che tanto il riconoscimento quanto la distribuzione siano due dimensioni equifondamentali della giustizia è la nota tesi di Nancy Fraser, almeno a partire da N. FRASER, A. HONNET, *Redistribuzione o riconoscimento? Lotte di genere e disuguaglianze economiche* (2003), Roma, 2020.

<sup>12</sup> Coniato alla fine degli anni Sessanta da Robert Butler, il termine *ageism* indica il prodotto dell'interazione tra tre componenti: la presenza di pregiudizi nei confronti delle persone anziane, dell'anzianità e dell'invecchiamento; la messa in atto di pratiche discriminatorie nei confronti delle persone anziane; la diffusione di pratiche istituzionali e di *policies* che perpetuano tali stereotipi. Cfr. R. BUTLER, *Ageism: another form of bigotry*, in *The Gerontologist*, 9, 4, part 1, 1969, 243-246.

<sup>13</sup> Di norma, la nozione di "discriminazione strutturale" è impiegata in contrapposizione a quella di "discriminazione volontaria". Mentre quest'ultima è intenzionalmente operata da alcuni soggetti nei confronti di altri, o è presente all'interno di disposizioni finalizzate ad ottenere effetti discriminatori, al contrario la discriminazione strutturale prescinde dalla volontà di discriminare e deriva dal sistema sociale e dalle condizioni sociali che caratterizzano i gruppi esclusi.

<sup>14</sup> Tra i documenti più recenti, cfr. ad esempio Fundamental Rights Agency (FRA), *Coronavirus Pandemic in the EU – Fundamental rights implications: with a focus on older people*, Luxembourg, 06/2020.

<sup>15</sup> Il riferimento è alla versione 01, 06/03/2020: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>.

prevenzione e contenimento del virus che hanno reso molte strutture di *long term* luoghi al contempo segreganti e di morte, dai più sono state ritenute rivelatrici della presenza diffusa di una discriminazione strutturale ai danni delle persone anziane. Le riflessioni che seguono provano ad inserirsi all'interno del confronto – a tratti fortemente polarizzato – che è sorto in relazione alle *Raccomandazioni*, per cercare di comprendere se ed entro quali margini tale inferenza sia giustificata<sup>16</sup>.

## 2. Le Raccomandazioni SIAARTI

Sulle *Raccomandazioni* in questi mesi molto è stato scritto<sup>17</sup>, sicché pare sufficiente offrire un inquadramento sintetico dei suoi profili generali, per poi concentrarsi più specificamente sulla questione che in questa sede si assume come rilevante, ossia il rilievo dell'età come criterio di ammissione al trattamento in terapia intensiva (TI).

Le *Raccomandazioni* sono state elaborate dalla SIAARTI<sup>18</sup> con lo scopo di fornire un supporto agli operatori sanitari che, in condizioni di «enorme squilibrio tra le necessità cliniche reali della popolazione e la disponibilità effettiva di risorse intensive»<sup>19</sup>, si trovino a dover selezionare chi ammettere al trattamento in terapia intensiva (TI), orientandoli nel compimento di scelte che possono rivelarsi emotivamente assai gravose, appunto in ragione dell'eccezionalità della situazione. In particolare, vi si prevede che, nel caso di situazioni di carattere emergenziale – come, appunto, una pandemia – possano essere adottati criteri straordinari e flessibili di ammissione e dimissione dei pazienti (colpiti o meno da CoViD-19) che abbisognino di terapia intensiva, derogando a tal fine al criterio della priorità degli arrivi (c.d. *first come, first served*).

Obiettivo della SIAARTI era dunque fornire dei criteri – di natura tecnica o quantomeno, come essa stessa si premura di precisare, non «meramente di valore»<sup>20</sup> – che potessero coadiuvare gli operatori

<sup>16</sup> A questo riguardo, pare opportuno mettere in rilievo un dato significativo: mentre il dibattito relativo al rilievo dell'età quale criterio di ammissione alla TI è riferibile agli anziani *tout court* (pur con i rilevanti margini di incertezza in ordine all'individuazione della "età di passaggio" alla condizione anziana), quello che ha avuto ad oggetto la strage occorsa all'interno delle strutture residenziali riguarda principalmente le persone anziane non autosufficienti.

<sup>17</sup> Tra i contributi più recenti, senza pretesa di esaustività, cfr. P. BORSELLINO, *Covid-19: Quali criteri per l'accesso alle cure e la limitazione terapeutica in tempo di emergenza sanitaria?*, in *Notizie di Politeia*, XXXVI, 138, 2020, 5-25.

<sup>18</sup> Non essendosi ancora perfezionato il procedimento di validazione contenuto nella legge Gelli-Bianco, ad oggi le *Raccomandazioni* sono prive del grado di vincolatività proprio delle linee guida; più in generale, la rilevanza giuridica delle raccomandazioni è controversa. Ciò non toglie che esse possano essere ascritte al novero delle fonti di *soft law*. Per un inquadramento del dibattito relativo alla vincolatività delle *Raccomandazioni*, cfr. C. INGENITO, *Le raccomandazioni SIAARTI del 6 marzo 2020: una nuova occasione per riflettere sul rapporto tra scienza e diritto*, in *Rivista trimestrale di Scienza dell'Amministrazione. Studi di teoria e ricerca sociale*, 2, 2020, [http://rtsa.eu/RTSA\\_2\\_2020\\_Ingenito.pdf](http://rtsa.eu/RTSA_2_2020_Ingenito.pdf), 9 ss.; sulla *soft law*, cfr. B. PASTORE, *Principio di legalità, positivizzazione giuridica, soft law*, in G. PINO, V. VILLA (a cura di), *Rule of law. L'ideale della legalità*, Bologna, 2016, 153-176.

<sup>19</sup> *Raccomandazioni*, cit., 3.

<sup>20</sup> *Ivi*, raccomandazione n. 3, 5.

sanitari nell'effettuazione di scelte connotate da un inevitabile tasso di tragicità, a causa dei valori in gioco (nello specifico, non solo la salute, ma la vita stessa)<sup>21</sup>.

Per compiere questa operazione, la SIAARTI ha ritenuto opportuno assimilare lo scenario pandemico a quello che costituisce il presupposto applicativo della medicina delle catastrofi<sup>22</sup>, sì da rifarsi ad una riflessione etica di settore ormai consolidata, ma fino ad oggi non così nota al di fuori della comunità scientifica di riferimento. Invero, come è noto, l'approvazione delle *Raccomandazioni* ha dato impulso ad un vivace dibattito, che ben presto ha travalicato i confini nazionali<sup>23</sup>, e che ha permesso di registrare almeno due opposte tendenze.

Da un lato, l'analisi dei documenti analoghi elaborati all'interno dei diversi Stati ha portato taluni a rilevare una significativa convergenza in relazione all'individuazione dei criteri cui ricorrere per decidere quali pazienti ammettere alla terapia intensiva, tanto da far ravvisare un «emerging international consensus»<sup>24</sup> sul punto. D'altro canto, sembra che l'accordo pratico raggiunto da numerose società scientifiche non possa essere davvero assunto quale espressione di una piena convergenza etica diffusa. Piuttosto, dal confronto tra i documenti in questione e quelli adottati dai comitati di bioetica nazionali emergono sovente delle impostazioni etiche differenti, che rendono arduo rinvenire una posizione condivisa, anche e soprattutto in riferimento al rilievo dell'età e della comorbidità come criteri che assumono rilievo ai fini dell'ammissione alla TI<sup>25</sup>.

Un esempio di questa tensione è rappresentato proprio dall'ordinamento italiano, dove l'individuazione dei criteri in oggetto ha notoriamente destato molto clamore. Alcune previsioni contenute nelle *Raccomandazioni* hanno suscitato infatti critiche e preoccupazione tanto all'interno della comunità degli esperti, quanto nell'opinione pubblica, in ragione degli effetti (almeno potenzial-

<sup>21</sup> Si tratta di *scelte tragiche* che, come è ampiamente emerso nel corso dei mesi scorsi, rivelano veri e propri *dilemmi morali*, che finiscono per porre *questioni mortali*. Con riferimento alle *questioni mortali*, immancabile il riferimento a T. NAGEL, *Questioni mortali* (1979), Milano, 1986, in cui il filosofo statunitense in realtà si interroga su valore, significato, finalità e fine della vita. Sulle scelte tragiche, cfr. invece il noto G. CALABRESI, P. BOBBITT, *Scelte tragiche* (1978), Milano, 2006 e il recente V. NITRATO IZZO, *Dilemmi e ragionamento giuridico. Il diritto di fronte ai casi tragici*, Napoli, 2019.

<sup>22</sup> Le due situazioni non sono però perfettamente assimilabili: nel caso delle maxi-emergenze (cagionate da terremoti, incendi, etc.) la durata dell'evento è definita, sicché è possibile avere un quadro tendenzialmente preciso del numero di pazienti e, di conseguenza, anche dell'adattamento delle risorse rispetto alle necessità emerse. Al contrario, nel caso della pandemia non v'è alcuna certezza circa la durata dello stato emergenziale e, dunque, non è possibile effettuare alcuna stima.

<sup>23</sup> Cfr. ad esempio Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias), *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos* (marzo 2020); N. BERLINGER, M. WYNIA, T. POWELL ET AL., *Ethical framework for health care institutions responding to novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for institutional ethics services responding to COVID-19. Managing uncertainty, safeguarding communities, guiding practice*, The Hastings Center (16 marzo 2020).

<sup>24</sup> Cfr. S. JOEBGES, N. BILLER-ANDORNO, *Ethics guidelines on COVID-19 triage: an emerging international consensus*, in *Critical Care*, 24, 2020, 201-205. Criteri analoghi sono stati proposti anche negli Stati Uniti: cfr. E. EZEKIEL ET AL., *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19*, in *The New England Journal of Medicine*, 382, 21, 2020, 2049-2055.

<sup>25</sup> Il quadro delle posizioni assunte dai comitati nazionali e internazionali di bioetica è offerto in L. PALAZZANI, *La pandemia CoViD-19 e il dilemma per l'etica quando le risorse sono limitate: chi curare?*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, Special issue 1, 2020, 359-370, in particolare 367 ss.

mente) discriminatori cui la loro applicazione pare idonea a dare luogo. In particolare, il riferimento è a quelle raccomandazioni (rispettivamente, le nn. 3 e 4) che ergono l'età anagrafica, la presenza di eventuali comorbidità e lo *status* funzionale a criteri che permettono di selezionare chi può essere ammesso alle TI. Poiché si sono invocati al riguardo l'*ageism* e il *disablism*, pare opportuno soffermarsi più compiutamente su questo profilo, prestando particolare attenzione al criterio dell'età.

### 2.1. Il criterio dell'età: intendimenti

Dalla lettura delle raccomandazioni nn. 3 e 4 si evince che «può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in TI», riservando le risorse in primo luogo a favore di chi ha più alte probabilità di sopravvivenza e, secondariamente, di chi può beneficiare di un maggior numero anni di vita salvata, nell'ottica della massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone. Nell'ottica della SIAARTI, la scarsità delle risorse disponibili impone infatti di scegliere i soggetti da ammettere alle TI anche tenendo conto del fatto che maggiore è il tempo di degenza all'interno del reparto, minore è la possibilità di ammettere altri individui al trattamento salvavita. Poiché le persone anziane (al pari di quelle che presentino comorbidità o abbiano uno status funzionale compromesso) *possono* essere maggiormente "resource consuming", data l'eccezionalità della situazione contingente, potrà dunque rendersi necessario preferire altri soggetti.

Nel porsi il problema dell'individuazione dei criteri attraverso i quali procedere all'allocazione delle risorse sanitarie scarse (a questo riguardo da considerarsi come posti letto, farmaci, tecnologie, personale sanitario), la SIAARTI affronta chiaramente un problema di giustizia distributiva (e, nello specifico, micro-distributiva)<sup>26</sup>. La stessa SIAARTI vi fa esplicito riferimento, laddove osserva che lo squilibrio estremo tra richiesta e disponibilità può giustificare un giudizio di appropriatezza in relazione all'accesso alle cure intensive assumendo il criterio della giustizia distributiva come l'*unico* rilevante, in ciò derogando all'operatività dei quattro principi etici internazionalmente condivisi (oltre alla giustizia distributiva, l'autonomia, la beneficiabilità e la non maleficabilità). A questo proposito, la SIAARTI non manca di osservare come, in circostanze normali, il problema allocativo non entri nel processo decisionale, ma al contempo tale valutazione sia ormai inevitabile, appunto per la presenza di uno squilibrio eccezionale tra necessità e disponibilità<sup>27</sup>.

Come è noto, l'allocazione costituisce un tradizionale tema della riflessione filosofica e bioetica, in relazione al quale nel corso del tempo le varie teorie della giustizia hanno assunto posizioni marcatamente diverse, anche in ragione del pluralismo etico che contraddistingue in modo crescente le società occidentali. La situazione emergenziale permette dunque di porre questioni ulteriori rispetto a

<sup>26</sup> A livello teorico più generale, per un approfondimento del tema cfr. almeno L. FORNI, *La sfida della giustizia in sanità. Salute, equità, risorse*, Torino, 2016 e L. PALAZZANI, *La filosofia per il diritto. Teorie, concetti, applicazioni*, Torino, 2014, 177 ss.

<sup>27</sup> Si tratta, è bene osservarlo, di uno squilibrio che certamente rimanda ad un serio e pressante problema di giustizia distributiva a livello macro-allocativo, che appunto impone un ripensamento del finanziamento e della struttura stessa del *Welfare State*, e che tuttavia pare inevitabilmente destinato a porsi nel caso in cui si verifichi una pandemia. La questione è dunque "di grado".

quelle già di norma oggetto del dibattito, riproponendo l'attualità di un confronto che vede contrapporsi (almeno) libertarismo, utilitarismo e teorie egalitariste<sup>28</sup>.

Il riferimento al maggior numero di anni di vita salvata e alla massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone ha indotto molti commentatori a ritenere che il documento adottato dalla SIAARTI abbia un'impostazione etica utilitarista<sup>29</sup>, nonché ad avanzare critiche tanto in relazione al profilo etico, quanto in riferimento a quello giuridico.

In estrema sintesi (e al prezzo di inevitabili semplificazioni), le diverse posizioni sono sembrate concordi nel mettere in rilievo che, se pure la teoria utilitarista di per sé *non necessariamente* giustifica la graduazione del valore delle vite umane distinguendo tra esse quelle più o meno degne di essere visute, al contempo non appare idonea a costituire un argine irresistibile al compimento di tale operazione, anche per il frequente riferimento, operato al suo interno, ad indici econometrici finalizzati a misurarne la qualità, come i QALYs (e i DALYs)<sup>30</sup>. Poiché tale valutazione può essere facilmente impiegata per giustificare giudizi normativi di "dispensabilità" di talune vite, come quelle anziane (e con disabilità), si è così dedotto che le *Raccomandazioni* abbiano un carattere ageista (e disabilista). Per questa ragione, esse verrebbero a confliggere (oltretutto con il codice di deontologia medica) con il principio personalista e con quello di eguaglianza, entrambi accolti all'interno della Costituzione, nonché con il quadro delle fonti sovranazionali ed internazionali, parimenti informate al rispetto della dignità intrinseca di ciascun individuo, alla garanzia dell'equità, eguaglianza ed universalità del diritto alla salute al divieto di discriminazione, anche in ragione dell'età (e della disabilità)<sup>31</sup>.

Nei giorni successivi alla pubblicazione del documento, il dibattito sul tema ha assunto i caratteri di uno scontro acceso<sup>32</sup>, probabilmente esacerbato anche dalla trattazione mediatica, talvolta forse semplicistica, della questione. In parte, sembra che questo accadimento sia da addebitarsi ad un ori-

<sup>28</sup> Sul punto, cfr. ad esempio L. PALAZZANI, *La pandemia CoViD-19 e il dilemma per l'etica quando le risorse sono limitate*, cit. Con riferimento specifico all'allocazione durante un'emergenza di salute pubblica, cfr. anche D.B. WHITE ET AL., *Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions*, in *Ann. Intern. Med.*, 150, 2, 2009, 132-138; C. SPRUNG ET AL. *Triage of intensive care patients: identifying agreement and controversy*, in *Intensive Care Med.*, 39, 2013, 1916-1924.

<sup>29</sup> *Ex multis*, sposano questa interpretazione M. PICCINI 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 in medicina*, 111, 2020, 212-222, 218.

<sup>30</sup> Acronimi, rispettivamente, di *Quality adjusted life years* e *Disability adjusted life years*.

<sup>31</sup> L. D'AVACK, *Covid-19: criteri etici*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, Special issue 1, 2020, 371-378; C. DI COSTANZO, V. ZAGREBELSKY, *L'accesso alle cure intensive fra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, Special issue 1, 2020, 441-446. Questa anche la mia prima interpretazione, a caldo, delle *Raccomandazioni*: sia permesso rimandare a M.G. BERNARDINI, *Dilemmi mor(t)ali. Scelte etiche, ageism e diritti fondamentali ai tempi del Covid-19*, in *Diritto virale. Collana del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Ferrara*, 1, 2020, 38-45. Tuttavia, un'analisi più approfondita della questione mi ha indotta a riconsiderare talune delle posizioni precedentemente assunte. Si è da subito pronunciata a favore della compatibilità del documento in oggetto con il quadro costituzionale Lucilla Conte, in L. CONTE, *Covid-19. Le Raccomandazioni di etica clinica della SIAARTI. Profili di interesse costituzionale*, in *Federalismi.it – Osservatorio emergenza Covid-19*, consultabile al <https://bit.ly/2FG6h2w> (ultimo accesso 20/09/2020).

<sup>32</sup> Lo dimostra, ad esempio, il dibattito multidisciplinare condotto sulla testata *quotidianosanita.it*.



ginario difetto di comunicazione: se pure l'intento della SIAARTI era certamente meritorio<sup>33</sup>, l'urgenza di rispondere con tempestività alle questioni poste dagli operatori sanitari ha probabilmente indotto a sottostimare come le comunità che avrebbero recepito il messaggio contenuto nel documento fossero profondamente differenti. Mentre quella degli operatori sanitari che lavorano in TI era in grado di cogliere in modo più immediato i termini rilevanti della questione, nei confronti della società civile sarebbe forse stato opportuno approfondire un maggiore sforzo comunicativo, argomentando più diffusamente la giustificazione razionale dei criteri proposti, in modo da favorirne (se non l'accettabilità almeno) la comprensione nei termini corretti. Ciò è tanto più vero se si tiene presente come, nei casi in cui deve trovare applicazione la medicina delle catastrofi, la comunità degli operatori sanitari tenda a giustificare la deroga al criterio delle pari opportunità nell'accesso alla salute, in ragione del passaggio dalla medicina dell'individuo a quella della comunità resa necessaria dalla situazione contingente, mentre a livello socio-politico di norma non si ammettano eccezioni a tale principio<sup>34</sup>.

In ogni caso, il confronto avutosi a seguito del venir meno del sovraccarico delle TI ha permesso di chiarire alcuni dei profili più significativi, stemperando in parte l'originario conflitto, anche in relazione all'individuazione dell'età quale criterio (della cui natura, *clinica* o *extra-clinica*, si discuterà nel prosieguo) che può assumere rilievo nella decisione di *triage*. Una decisione, quest'ultima, che deve essere considerata di carattere *etico*, e non *tecnico*, come sembra suggerire la SIAARTI quando afferma che la scelta di apporre un limite d'età all'ingresso in TI non sarebbe «meramente di valore»<sup>35</sup>, e che va appunto inquadrata all'interno di una situazione contingente ed eccezionale, che vede il necessario e imprescindibile temperamento tra l'interesse della comunità e quello del singolo. In particolare, pare doversi ammettere che proprio la situazione emergenziale possa – seppure nel rispetto di determinate e circoscritte condizioni – giustificare la scelta di dare priorità al primo rispetto al secondo, senza che in ciò debba *inevitabilmente* rinvenirsi una discriminazione.

## 2.2. Il criterio dell'età: fraintendimenti

Ponendo specifica attenzione alla raccomandazione n. 3, il profilo della possibile discriminatorietà del criterio dell'età sembra emergere in relazione ad almeno tre profili: (1) di contesto, (2) nel riferimento alla probabilità di sopravvivenza e al maggior numero di anni di vita salvata, nonché (3) per il fatto che nel documento si procede alla nomina esplicita.

Per quanto concerne il contesto al cui interno la scelta viene effettuata, la previsione in oggetto confligge *prima facie* con l'art. 3 del Codice di deontologia medica (oltretutto con i principi costituzionali). La tutela della vita e della salute figura infatti tra i doveri del medico, che è tenuto a rispettare la libertà e dignità del paziente, e al quale è fatto divieto di compiere discriminazioni, quali che siano le

<sup>33</sup> L'obiettivo in realtà era duplice: fornire supporto agli operatori sanitari nell'effettuazione delle scelte tragiche e rendere espliciti i criteri di allocazione delle risorse sanitarie, in un'ottica di trasparenza.

<sup>34</sup> Il punto è ben evidenziato da Robert Veatch in riferimento al contesto americano, ma l'analisi sembra potersi utilmente applicare anche all'esperienza italiana, dove anzi l'inammissibilità della deroga appare ancora più netta, per il carattere costituzionale che il fondamentale diritto alla salute assume all'interno del nostro ordinamento. Cfr. R.M. VEATCH, *Disaster preparedness and triage: Justice and the common good*, in *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 72, 4, 2005, 236-241.

<sup>35</sup> Raccomandazione n. 3.

condizioni istituzionali o sociali (ossia il contesto) in cui egli opera, in tempi tanto di pace, quanto di guerra. Alla luce del dato testuale, sembrerebbe dunque che prendere in considerazione l'età possa configurare una deroga al principio egualitarista e che il medico che vi faccia riferimento ponga in essere una condotta discriminatoria (almeno, questa pare la conclusione cui si è giunti nel dibattito pubblico).

Tale interpretazione non è però l'unica possibile, sia perché è noto come non sempre riconoscere una specificità integri gli estremi di una discriminazione, sia perché l'analisi del contesto offre anche una valutazione alternativa. In particolare, sembra plausibile ritenere che le condizioni cui si riferisce il codice deontologico siano quelle *ordinarie*, non contraddistinte dal grado di tragicità che si verifica durante la pandemia, sicché l'eccezionalità di tale ultima circostanza – ed essa sola – potrebbe aprire alla *necessità* (e non alla mera possibilità) di effettuare scelte che, *nel caso concreto*, finiscano per pregiudicare un soggetto in relazione alla tutela del bene-salute (e verosimilmente del bene-vita), stante il pari rango dei beni coinvolti, a seguito di una valutazione globale che può portare il medico a prendere in considerazione anche (e non unicamente) l'età.

È opportuno notare che ciò si verifica perché, nelle situazioni di maxi-emergenza, l'universalità delle cure – che rimane un principio fondamentale (e, in condizioni ordinarie, inderogabile) del nostro ordinamento, assieme a quello di equità – concretamente non può essere in alcun modo garantita sicché, nell'interesse della comunità, si rende necessaria una deviazione dal giuramento ippocratico<sup>36</sup>. Che una scelta alternativa non sia possibile è desumibile, del resto, dalle premesse esplicitate all'interno del documento: «[...] l'applicazione di criteri di razionamento è giustificabile soltanto dopo che da parte di tutti i soggetti coinvolti [...] sono stati compiuti tutti gli sforzi possibili per aumentare la disponibilità di risorse erogabili (nella fattispecie, letti di Terapia Intensiva) e dopo che è stata valutata ogni possibilità di trasferimento dei pazienti verso centri con maggiore disponibilità di risorse»<sup>37</sup>. Inoltre, incidono sulla giustificabilità della scelta in oggetto anche ulteriori elementi, quali la necessità di rispettare l'eventuale presenza di disposizioni anticipate di trattamento, l'onere di adeguata motivazione in relazione alla decisione di limitare le cure, la rivalutazione quotidiana dell'appropriatezza clinica, degli obiettivi di cura e della proporzionalità delle stesse, il riferimento al criterio di giustizia distributiva e all'appropriata allocazione delle risorse sanitarie.

Il fatto che la SIAARTI abbia esplicitato che le scelte di giustizia distributiva nell'allocazione delle risorse debbano essere effettuate sempre tenendo fermo il principio di appropriatezza clinica e la loro attualità sembra peraltro stemperare il contrasto, da più parti rinvenuto, con quanto affermato dal Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) nel documento approvato l'8 aprile u.s., dove appunto si rimarca come l'appropriatezza clinica debba costituire il faro dell'operato dei professionisti sanitari<sup>38</sup>. I termini della questione sembrano infatti i seguenti: premessa la necessità di valutare l'efficacia del trattamento rispetto al bisogno clinico di ogni singolo paziente (anche avuto riguardo alla gravità della patologia e alla possibilità prognostica di guarigione) ed esclusa la liceità del ricorso

<sup>36</sup> C. PETRINI, *Triage in public health emergencies: ethical issues*, in *Intern. Emerg. Med.*, 5, 2010, 137-144, 138.

<sup>37</sup> *Raccomandazioni*, cit., 3.

<sup>38</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio de "triage in emergenza pandemica"*, 08/04/2020, [http://bioetica.governo.it/media/3987/p136\\_2020\\_covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica.pdf](http://bioetica.governo.it/media/3987/p136_2020_covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica.pdf).

all'accanimento terapeutico, come si può procedere alla distribuzione di risorse che, nelle circostanze attuali, sono inevitabilmente ed oltremodo scarse? La SIAARTI si richiama alla maggior *probabilità* di sopravvivenza e al numero di anni di vita salvata, mentre il CNB si riferisce alla maggior *possibilità* di sopravvivenza, che in realtà non pare azzardato assimilare al primo criterio adottato dalla Società italiana di anestesia all'interno della raccomandazione n. 3, anche se nella posizione del CNB può forse rinvenirsi un anelito più esplicitamente egalitarista<sup>39</sup>. Accogliendo l'ipotesi interpretativa che rinviene una tendenziale coincidenza tra le due espressioni, si è sostenuto che la divergenza sarebbe relativa all'ammissibilità o meno del riferimento a criteri extra-clinici nell'effettuazione della scelta, con l'effetto di risolversi nella maggiore attitudine delle *Raccomandazioni* a fornire criteri in grado di orientare la condotta dei professionisti<sup>40</sup>.

Al riguardo, due osservazioni paiono opportune. In primo luogo, quando si tratta di stabilire la natura *esclusivamente* clinica o extra-clinica dell'età, sembra impossibile effettuare una scelta di campo netta. Si tratta infatti di un criterio ibrido, al contempo clinico ed extra-clinico, che di fatto viene sempre in rilievo quando si tratta di valutare la condizione del paziente. Del resto, da un lato le evidenze mediche rivelano come al crescere dell'età diminuisca la capacità fisiologica di impedire la decadenza fisica, anche in ragione del fatto che gli esseri umani accumulano deficit funzionali che agiscono come fattori di stress biologici, rendendoli più vulnerabili alla morte<sup>41</sup>; in questa prospettiva, il criterio è clinico. D'altro canto, è ormai noto che l'età biologica e quella anagrafica non sempre coincidono (si pensi alla differenza tra invecchiamento attivo e non autosufficienza)<sup>42</sup>, e che nella valutazione dello stato di benessere psicofisico individuale influiscono anche elementi condizionati dalla percezione socio-culturale di una data condizione soggettiva, che inevitabilmente finiscono per aprire il campo anche a considerazioni di carattere extra-clinico.

All'interno delle *Raccomandazioni*, la SIAARTI dimostra di essere ben consapevole di entrambi i profili. Il riferimento all'età per valutare la probabilità di sopravvivenza del soggetto sembra infatti rimandare ad una valutazione di carattere clinico, al fine di stabilire un ordine di priorità per l'ammissione

<sup>39</sup> Nel caso delle emergenze sanitarie, il *triage* può infatti essere ispirato ad un'etica tanto utilitarista, quanto egalitarista; nel primo caso, l'obiettivo è quello di salvare coloro che hanno le maggiori speranze di vita, mentre nel secondo chi, tra coloro che hanno possibilità di sopravvivenza, è più svantaggiato. Sul punto, si veda almeno R. BAKER, M. STROBERG, *Triage and equality: An historical reassessment of utilitarian analysis of triage*, in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2, 2, 1992, 103-123.

<sup>40</sup> *Posizione di minoranza del Prof. Maurizio Mori: le Raccomandazioni Siaarti puntano nella direzione giusta*, in appendice al parere del CNB summenzionato (cfr. nota n. 38), 12-13.

<sup>41</sup> È questa la Formula di Gompertz, modificata. Più ampiamente, cfr. G.R. GRISTINA, L. ORSI, M. VERGANO, *Pandemia da Covid-19 e triage: la filosofia e il diritto talvolta guardano l'albero mentre la medicina prova a spegnere l'incendio della foresta*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, Special issue 1, 2020, 379-397, in particolare 385. Gli Autori si premurano anche di specificare che, nell'ambito del processo di valutazione clinica del paziente anziano potenzialmente candidabile a cure intensive, laddove medici, pazienti e parenti discutono gli obiettivi di cura, è diffuso ormai da tempo un modello interpretativo dei rapporti che legano età, fragilità e mortalità che porta a considerare l'età anagrafica un surrogato dell'età biologica. Tuttavia, anche alla luce di quanto emerso in questa sede, a mio parere sarebbe opportuno cercare di tenere separate le due valutazioni.

<sup>42</sup> Il rapporto tra età anagrafica e probabilità di sopravvivenza è di proporzionalità inversa, in quanto all'aumentare dell'età si riducono le riserve funzionali e si ha una maggior fragilità psico-fisica, che comporta una minore risposta ai trattamenti e favorisce l'insorgere di effetti collaterali nel caso di trattamenti intensivi. In assenza di comorbidità, l'età biologica coincide con quella anagrafica e, dunque, è parimenti correlata alle aspettative di vita.

alla TI. Su questo punto, CNB e SIAARTI paiono dunque convergere. Tuttavia, il richiamo al più alto numero di anni di vita salvati che viene effettuato nel documento *può aprire* a considerazioni di carattere extra-clinico, e non a caso ha portato ad adombrare la configurabilità dell'ageismo, per la presenza di una (supposta) correlazione necessaria con l'età del paziente<sup>43</sup>.

Se, invero, tale legame appare più probabilistico che necessario<sup>44</sup>, tuttavia è difficile non ammettere che, nella maggior parte dei casi, l'adozione di un simile criterio porterà a privilegiare chi è più giovane rispetto a chi è più anziano. Il punto, dunque, è stabilire se, nella sua tragicità, tale scelta sia ragionevole e, come tale, giustificabile. Tra gli argomenti addotti per contestare le *Raccomandazioni*, si è fatto riferimento soprattutto all'inammissibilità di ogni richiamo alla qualità (magari ricorrendo ai QALYs, come accade in altri ordinamenti) e/o alla non dignità della vita del soggetto anziano, all'impossibilità di ridurre gli individui a meri contenitori di utilità e all'implausibilità del c.d. *fair innings argument*, secondo il quale a ciascuno deve essere data l'opportunità di vivere la propria vita, sicché chi ne ha già vissuto una parte cospicua dovrebbe lasciare spazio a chi ne ha vissuta di meno.

Orbene, sembra che questi argomenti, dal mio punto di vista in sé perfettamente plausibili, non possano però essere utilmente applicati alle *Raccomandazioni*. In primo luogo, all'interno di tale documento non si effettua alcun richiamo a valutazioni concernenti la qualità (o la dignità) della vita dei pazienti; al contrario, il riferimento alla qualità, presente nei documenti ivi richiamati<sup>45</sup> – che la stessa SIAARTI indica come ausili interpretativi –, è relativo alla *percezione soggettiva dell'interessato*, nell'ottica della valorizzazione della sua volontà, sicché appare esclusa *in nuce* qualsiasi possibilità di procedere ad una misurazione della stessa secondo parametri oggettivi. Tra l'altro, in un'ottica utilitarista la condizione anziana di per sé non necessariamente influisce in modo deteriore sulla qualità di vita di un soggetto: la questione rilevante, dal punto di vista etico, è piuttosto comprendere cosa renda "buona" la vita di un individuo o cosa quest'ultimo intenda per "benessere"<sup>46</sup>.

Parimenti, nelle *Raccomandazioni* non si fa riferimento al ruolo e/o all'utilità sociale del soggetto al fine di negare l'eguale valore morale di taluni e, per tale via, stabilire un ordine di priorità relativo all'ammissione in TI<sup>47</sup>. In base al tenore letterale del documento, il richiamo all'utilità può essere ef-

<sup>43</sup> C. DEL BÒ, *L'accesso ai posti letto in terapia intensiva. Qualche spunto di riflessione dopo l'emergenza*, in *La Rivista Il Mulino*, 11/06/2020 <https://bit.ly/3knEFyg> (ultimo accesso 20/09/2020).

<sup>44</sup> Ciò si verificherebbe qualora fossero presenti due soggetti con una rilevante differenza di età e un quadro clinico assimilabile; la situazione sembra più ipotetica che in grado di verificarsi realmente.

<sup>45</sup> Cfr. raccomandazione n. 4.

<sup>46</sup> Mettono in rilievo il punto, seppur in relazione alla condizione disabile e non a quella anziana, J. SAVULESCU, I. PERSSON, D. WILKINSON, *Utilitarianism and the pandemic*, in *Bioethics*, 34, 2020, 620-632, 624.

<sup>47</sup> Diversamente, sempre nell'ottica della salvezza del maggior numero possibile di vite, nel dibattito statunitense l'argomento dell'utilità sociale (o, meglio, del maggior valore strumentale) è assai diffuso, soprattutto per quanto concerne l'accesso ai vaccini. In quest'ottica, non si tratta di assegnare a certe vite un maggiore valore intrinseco, ma di privilegiare quelle vite che abbiano un maggior valore strumentale. Durante una pandemia, dovrebbero dunque essere salvati in via prioritaria gli operatori sanitari, in quanto si tratta di soggetti in grado di salvare a propria volta ulteriori vite, con un effetto moltiplicatore. Questo criterio è però suscettibile di essere impiegato da chi si trova in una posizione di privilegio sociale, rivelandosi così discriminatorio. All'interno della letteratura, cfr. ad esempio J.F. CHILDRESS (ed.), *Triage in response to bioterrorist attack*, Cambridge (MA), 2003; J. SAVULESCU, I. PERSSON, D. WILKINSON, *op. cit.*, 625.

L'inopportunità di fare riferimento al valore sociale di un individuo sembra giocare anche in senso speculare: si è ipotizzato che il riferimento all'età introduca un'asimmetria nell'ambito della giustizia distributiva in ragione

fettuato esclusivamente avuto riguardo alla necessità, ivi esplicitata, di salvare il maggior numero possibile di anni di vita – e, leggendo congiuntamente le raccomandazioni nn. 3 e 4, di vite – stante il fatto che la degenza di chi sia anziano può avere un decorso più lungo e, quindi impedire di salvare la vita a più persone, nell'ottica allargata richiesta dalla medicina di comunità.

A questo riguardo, il richiamo al maggior numero di anni di vita salvata può certamente apparire critico e difficilmente accettabile sul piano etico, ma di fronte a *dilemmi mortali*<sup>48</sup> che impongono *scelte immorali*<sup>49</sup> è necessario chiedersi quali siano le alternative concretamente esperibili, tenuto conto che lo spostamento verso la medicina di comunità impone necessariamente di fare riferimento *anche* alla collettività, oltre che al singolo. Infatti, diversamente dagli scenari che sono stati presentati con più frequenza a livello teorico in questi mesi, il conflitto che *concretamente* gli operatori sanitari si trovano davanti non è tra due beni fondamentali (non solo la salute, ma la vita stessa di due pazienti), ma tra un numero indefinito di essi (la vita di molteplici pazienti in pericolo di vita), sicché una scelta – pur drammatica – basata *anche* sul tentativo di prestare soccorso al numero più alto di persone non pare possa considerarsi irragionevole. Piuttosto, sarebbe opportuno rimarcare che la valutazione prognostica relativa agli anni di vita salvata deve essere appunto effettuata *in concreto* (pur con le specificità del *triage* prospettico<sup>50</sup>) nonché, forse, considerare l'opportunità di individuare un periodo-limite cui riferire la valutazione in oggetto, dato che un elemento determinante nel *triage* è la prognosi a breve termine, che comporta l'accettazione prioritaria dei pazienti che, una volta sottoposti alla TI, abbiano buone probabilità di recupero.

Sempre nell'ottica dell'utilità, sembra potersi inserire un altro interrogativo originato dal riferimento all'età. Ci si è chiesti, infatti, se sia possibile pensare al criterio anagrafico come culturalmente mediato<sup>51</sup> e, dunque, se esso non rifletta inevitabilmente le immagini negative sull'invecchiamento (e sull'inutilità delle persone anziane) socialmente diffuse, rivelandosi così discriminatorio. Tale eventualità non sembra affatto da escludersi, proprio per il duplice profilo – clinico ed extra-clinico – dell'età (a ben vedere, tra l'altro, adottando un costruttivismo ragionevole sembra difficile individuare criteri che non siano culturalmente mediati). E, tuttavia, una lettura sistematica permette di comprendere come la SIAARTI non solo sia consapevole della questione, ma intenda proprio contrastare gli stereotipi socialmente diffusi. Nel documento del 2003 al quale rimanda la raccomandazione n. 4,

---

del fatto che, a parità di condizioni, il paziente più anziano che si vede (*rectius: può vedersi*) negare le cure è colui che ha contribuito maggiormente al sostentamento fiscale di un dato ordinamento (cfr. G. DELVECCHIO, *Etica e scelte di fine vita in epoca di Covid-19*, in [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=83432](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=83432), ultimo accesso 17/07/2020). Tuttavia, se riteniamo che al fine di tutelare il diritto fondamentale di un soggetto non possano essere accolti gli argomenti che si appellano al contributo che un individuo può dare ora o in futuro, in quanto di fatto possono risultare discriminatori nei confronti delle persone anziane, sembra che un analogo discorso debba valere nel caso di un contributo già fornito, in quanto un simile criterio si rivelerebbe parimenti discriminatorio, seppur *a contrario*.

<sup>48</sup> Ha impiegato quest'efficace espressione Marco Revelli, proprio commentando le Raccomandazioni SIAARTI. Cfr. M. REVELLI, *Siamo arrivati ad una sorta di ground zero*, in *Il Manifesto*, 11/03/2020.

<sup>49</sup> Espressione cui ha fatto ricorso Jürgen Habermas. Cfr. J. HABERMAS, *Dans cette crise, il nous faut agir dans le savoir explicite de notre non-savoir*, in *Le Monde*, 10/04/2020.

<sup>50</sup> Diversamente dal *triage* usuale, in quello prospettico si valuta la condizione individuale unitamente a quella di altri pazienti (siano essi presenti, o valutati ed osservati da un punto di vista clinico, ma non presenti nei locali del pronto soccorso).

<sup>51</sup> G. DELVECCHIO, *op. cit.*

essa tiene infatti fermi, considerandoli non superabili, i criteri di appropriatezza clinica, e precisa anche che «[l]’età cronologica di per sé non è un criterio per decidere l’appropriatezza dei trattamenti intensivi poiché non è sempre correlata con l’età biologica»<sup>52</sup>. Inoltre, si premura di esplicitare che «[l]a valutazione di appropriatezza clinica dei trattamenti intensivi non deve comunque essere influenzata dalla immagine negativa che la società ha della vecchiaia»<sup>53</sup>, con ciò – sembra – assegnando all’età un rilievo clinico ai fini della valutazione in oggetto.

Infine, non pare che dal tenore letterale delle *Raccomandazioni* sia possibile inferire che il richiamo all’età trovi giustificazione nella necessità di garantire a ciascuno l’eguale opportunità di vivere la propria vita privilegiando chi sia più giovane (c.d. *fair innings argument*). Dopo il richiamo della maggior probabilità di sopravvivenza, il riferimento è infatti a un criterio numerico (gli anni di vita salvata) che sembra prescindere da ogni considerazione di giustizia intergenerazionale, cui l’argomento in questione sembra invece sostanzialmente rimandare. Ancora una volta, giova rimarcare come tale eventualità (la preferenza accordata a chi sia più giovane rispetto a chi sia più anziano), statisticamente più probabile, non sia però connotata da alcun elemento di necessità, come dimostrano i casi di cronaca verificatisi nei mesi scorsi.

Il carattere contingente del legame permette anche di confutare un’altra tesi presente nel dibattito, in base alla quale «un approccio che puntasse a massimizzare gli anni di vita salvati dovrebbe dare sempre la precedenza alle donne»<sup>54</sup>. L’età, infatti, non è (né può essere) l’unico criterio rilevante ai fini della valutazione da compiersi, né è un predittore certo degli anni di vita restanti. Ancora una volta, va considerato il quadro clinico del soggetto, sul quale l’età anagrafica (così come la comorbidità) di certo influisce, ma congiuntamente ad altri fattori.

Il fatto che l’età non sia assunta dalla SIAARTI come unico criterio rilevante permette di concentrarsi brevemente sull’ultimo possibile profilo di discriminatorietà individuato in precedenza, quello della nominazione. Può la sola esplicitazione del riferimento all’età ai fini dell’ammissione alla TI giustificare l’accusa di ageismo? La risposta al riguardo, pur tendenzialmente negativa, non può però essere netta. Alla luce delle considerazioni svolte, sembra infatti che il riferimento all’età, in sé e per sé considerato, non sia discriminatorio, appunto in ragione del fatto che essa è solo *uno tra i parametri* che la SIAARTI esorta a prendere in considerazione ai fini della valutazione<sup>55</sup>, che assume rilievo (primariamente) come criterio clinico (per la formulazione del giudizio di appropriatezza) e che la formulazione delle raccomandazioni nn. 3 e 4 non stabilisce esplicitamente una netta ed aprioristica esclusione dalla TI in base all’età.

<sup>52</sup> *Raccomandazioni SIAARTI per l’ammissione e la dimissione dalla terapia intensiva e per la limitazione dei trattamenti in terapia intensiva*, in *Minerva Anesthesiol.*, 69, 2003, 101-118, 114.

<sup>53</sup> *Ivi.*

<sup>54</sup> Cfr. DEL BÒ, *op. cit.*, 2, corsivo aggiunto.

<sup>55</sup> Tale opportunità è peraltro ammessa anche dal CNB, seppure con maggiore attenzione alla necessità che il riferimento in oggetto non venga impiegato secondo modalità discriminatorie: «L’età [...] è un parametro che viene preso in considerazione in ragione della correlazione con la valutazione clinica attuale e prognostica ma non è l’unico e nemmeno quello principale. 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» (Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio de “trriage in emergenza pandemica”*, cit., 7).

Tuttavia, l'incipit della raccomandazione n. 3 – «può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in TI»<sup>56</sup> – rivela alcune criticità<sup>57</sup>. Se anche vi si enuncia una mera possibilità di selezione in base all'età, il che non consente di considerarlo apertamente discriminatorio, esso può essere interpretato anche nel senso di aprire il campo ad una successiva esplicita fissazione di tale soglia, inducendo così a trovare nel dato testuale in oggetto un fondamento giustificativo per il compimento di una simile operazione<sup>58</sup>. In questa ipotesi, l'età diverrebbe allora un criterio *cut-off* per l'accesso alla TI e la scelta relativa all'accesso ai vari percorsi di cura sarebbe aprioristica, anziché basata sul *triage* prospettico (che comunque richiede una valutazione, seppure riferita alla “comunità dei pazienti” e non al singolo). Se anche è drammaticamente comprensibile quale sia l'intento che può avere indotto a introdurre questa espressione (la mancanza di tempo nella valutazione dei casi che si presentavano in TI e, si potrebbe ipotizzare, l'esplicitazione di una prassi già in atto, dettata dallo stato emergenziale), una simile eventualità sarebbe però patentemente discriminatoria e, come tale, contrasterebbe non solo con i principi accolti dall'ordinamento italiano, ma anche con quelli fatti propri dalle fonti sovranazionali<sup>59</sup>.

### 3. Dopo l'emergenza

Nel dibattito relativo al riconoscimento della soggettività delle persone anziane e alla tutela dei loro diritti fondamentali che si è sviluppato in questi mesi, le *Raccomandazioni* rilasciate dalla SIAARTI sono state spesso ritenute una delle manifestazioni del fenomeno di discriminazione strutturale noto come “ageismo”. La presenza, all'interno del documento, del riferimento all'età, alla probabilità di sopravvivenza e agli anni di vita salvata – e, più in generale, la sua ispirazione etica, dai più considerata utilitarista<sup>60</sup> – ha infatti indotto molti a vedere nelle *Raccomandazioni* uno dei poli che, unitamente alla gestione del sistema di *long term care*, ha drammaticamente rivelato il minor valore sociale assegnato alle vite delle persone anziane e la loro conseguente dispensabilità. L'analisi condotta in questa sede ha permesso di discostarsi da tale interpretazione, fermi restando i rilievi sulla problematicità dell'incipit della raccomandazione n. 3, che forse una lettura costituzionalmente orientata del documento, complessivamente considerato, può però contribuire ad arginare.

In particolare, le *Raccomandazioni* non sembrano tacciabili di essere direttamente discriminatorie, in ragione del fatto che il criterio dell'età non assume carattere *cut off*.

Si potrebbe allora ritenere che il richiamo alla probabilità di sopravvivenza e agli anni di vita salvata renda le *Raccomandazioni* indirettamente discriminatorie, poiché è ragionevole supporre che, sulla base di questi criteri, alle persone anziane venga negato con più frequenza l'accesso alle TI. Una volta

<sup>56</sup> Limite d'età opportunamente non precisato perché, qualora fosse stato esplicitato, sarebbe stata ravvisabile una discriminazione.

<sup>57</sup> Ciò è vero, a maggior ragione, ove lo si legga disgiuntamente dal riferimento alla frase successiva, in cui la SIAARTI richiama la probabilità di sopravvivenza e gli anni di vita salvata.

<sup>58</sup> È quanto accaduto con la delibera della Giunta Regionale della Lombardia XI/3013 del 30 marzo 2020, e notizie analoghe sono circolate in relazione alle iniziative prese in Piemonte dalla protezione civile: E. DI BLASI, *Italians over 80 “will be left to die” as country overwhelmed by coronavirus*, in *The Telegraph*, 14/03/2020.

<sup>59</sup> Cfr. ad esempio l'art. 21 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

<sup>60</sup> Come si è avuto modo di vedere, il documento presenta solo taluni elementi utilitaristi.

ribadito che tale eventualità in concreto non necessariamente si verifica, bisogna riconoscere che la questione si gioca sul piano della proporzionalità: è infatti unicamente la valutazione del caso concreto a poter rivelare se risorse estremamente limitate sono state usate in modo efficiente ed efficace<sup>61</sup>. A questo riguardo, se fosse possibile inserire le *Raccomandazioni* all'interno di un quadro teorico marcatamente utilitarista, dove si faccia riferimento alla qualità della vita, allora l'accusa di discriminarietà sarebbe certamente fondata. Tuttavia, esse sembrano più affini a quello che è stato teorizzato come "utilitarismo precauzionale", una prospettiva consequenzialista che i suoi stessi proponenti riconoscono non essere davvero utilitarista, ma che chiamano in tal modo perché il termine "utilitarismo" – a differenza di "consequenzialismo" – è noto anche al grande pubblico<sup>62</sup>. In questa prospettiva, il ragionamento è finalizzato alla massimizzazione delle risorse scarse, ma rimangono comunque prioritarie la valutazione clinica della persona e l'analisi dei benefici che deriveranno dal trattamento, in un tentativo di *bilanciare* eguaglianza ed utilità, appunto attraverso il riferimento alla probabilità di sopravvivenza e alla lunghezza della vita residua<sup>63</sup>. In tal modo, non si nega che i soggetti appartenenti a taluni gruppi in concreto potranno essere svantaggiati nell'accesso alla TI, ma questa eventualità sarà giustificata unicamente se essi beneficerebbero dei trattamenti in modo *significativamente inferiore* rispetto ad altri pazienti<sup>64</sup>.

I rilievi in oggetto, uniti al monito della SIAARTI a far sì che la valutazione di appropriatezza clinica dei trattamenti intensivi non sia influenzata dalla immagine negativa della vecchiaia socialmente diffusa emerso in precedenza, inducono infine a ritenere che il documento del 6 marzo u.s. non sia parte del sistema di discriminazione strutturale che comunque attualmente è presente nei confronti delle persone anziane, come rivelano in particolare gli episodi avvenuti all'interno delle strutture di *long term care*. Piuttosto, alle *Raccomandazioni* va riconosciuto il merito di avere favorito l'emersione degli ormai strutturali problemi macro-allocazioni presenti nel nostro ordinamento e di avere dato nuovo impulso al dibattito relativo alla necessità di ripensare il *welfare*, potenziando la prevenzione e, magari, adottando un modello "territoriale" o "di prossimità", dove il legame con il territorio e il coordi-

<sup>61</sup> J. SAVULESCU, J. CAMERON, D. WILKINSON, *Equality or utility? Ethics and law of rationing ventilators*, in *British Journal of Anaesthesia*, 125, 1, 2020, 10-15.

<sup>62</sup> *Ivi*, 13.

<sup>63</sup> Contrariamente a quanto avviene all'interno delle *Raccomandazioni*, in tale approccio si effettua anche un riferimento alla qualità della vita, che ritengo opportuno la SIAARTI non abbia compiuto. Deve però essere notato che, nell'utilitarismo precauzionale, questo criterio è ammesso solo nei casi in cui la tale qualità sia fortemente compromessa. Ad esempio, sarebbe applicabile nel caso in cui un soggetto rimanga in vita, ma in stato di incoscienza; di converso, non sarebbe giustificato nessun giudizio che portasse a preferire una persona ad un'altra solo in ragione della più giovane età o dell'assenza di disabilità (sicché in presenza di due soggetti, di cui uno vedente e uno cieco, la cecità di per sé non costituirebbe un criterio per preferire il primo individuo a scapito del secondo).

<sup>64</sup> «If the difference in the benefit they would derive would be marginal, it may not be acceptable to differentiate between people on this basis. This means more minor differences in probability, length, or quality of life should be ignored, but more significant differences should be relevant» (J. SAVULESCU, J. CAMERON, D. WILKINSON, *op. cit.*, 13). Da questo passaggio si ha riprova di come pure in questa prospettiva etica l'età *non* porti *automaticamente* a preferire la persona più giovane.



namento delle risorse disponibili possono portare a migliorare i servizi (pubblici) offerti, anche nell'ottica di una maggiore integrazione tra la componente sociale e quella sanitaria<sup>65</sup>.

Tale attenzione ha peraltro significativi riflessi anche dal punto di vista socio-culturale: le *Raccomandazioni* hanno infatti contribuito a riscattare dall'invisibilità le persone anziane, imponendole all'attenzione pubblica come soggetti di giustizia e titolari di diritti fondamentali<sup>66</sup>. Purtroppo, il dibattito è solo all'inizio e, una volta affievolitasi l'emergenza pandemica, pare avere perso parte della spinta propulsiva iniziale. Eppure, ciò non fa altro che confermare l'urgenza di riscattare il tema della soggettività delle persone anziane dai margini, per collocarlo finalmente al centro della riflessione pubblica in tema di giustizia e tutela dei diritti fondamentali. E questa, di certo, non è una questione di interpretazione.

*Reviews*

---

<sup>65</sup> In quest'ottica, cfr. anche il parere CNB, *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, 28/05/2020. [http://bioetica.governo.it/media/4051/p137\\_2020\\_covid-19-salute-pubblica-liberta-individuale-solidarieta-sociale\\_it.pdf](http://bioetica.governo.it/media/4051/p137_2020_covid-19-salute-pubblica-liberta-individuale-solidarieta-sociale_it.pdf)

<sup>66</sup> Anche se le *Raccomandazioni* vanno nella giusta direzione, tuttavia è opportuno rimarcare che esse risentono di un quadro di valori e criteri che dovrebbero orientare le decisioni cliniche che appare angusto, in quanto non pone sufficientemente in risalto il profilo dell'autodeterminazione del paziente (tale elemento, di indubbia importanza nell'ottica del pieno riconoscimento della soggettività del paziente stesso, viene invece valorizzato all'interno degli scenari non emergenziali), né fa riferimento agli obiettivi di appropriatezza e proporzionalità, essenziali al fine di assicurare a quest'ultimo la maggior qualità della vita possibile. Ringrazio il *referee* anonimo per avermi sollecitata a precisare tale aspetto. Per maggiori approfondimenti, rinvio a M. GALLETTI, *La bioetica al tempo del Covid-19. Scelte tragiche e criteri di giustizia*, in M. GRAZIANO (a cura di), *Filosofi in ciabatte. Divagazioni filosofiche ai tempi del Coronavirus*, Roma-Messina, 2020, 95-106.