

Criteri di priorità per l'allocazione di risorse sanitarie scarse nel corso della pandemia da CoViD-19

Antonio Rimedio*

PRIORITY CRITERIA FOR THE ALLOCATION OF SCARCE HEALTH RESOURCES DURING THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT: The SARS-CoV-2 virus pandemic has highlighted a serious shortage of health resources, which in this work is analyzed with reference to the specific context of Italy. The ethical principles and values that, from time to time, have justified the priority criteria for the allocation of scarce health resources in three areas are examined: territorial assistance, triage for admission to ICU, scarcity of CoViD-19 vaccines. The argument concludes that the prevalence of the public "benefit" in pandemic circumstances involves a change of perspective but does not require the change of the ethical-regulatory paradigm that structures the National Health Service in Italy.

KEYWORDS: CoViD-19; public ethics; solidarity; health resources allocation; ICU triage

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. La solidarietà come principio di riferimento per un'etica comunitaria – 3. Principi etici per un'emergenza sanitaria pubblica – 4. La priorità dell'assistenza sul territorio: il principio di prevenzione – 5. Giustizia e beneficiabilità nel triage per l'ammissione alla terapia intensiva – 5.1. Il ruolo della terapia intensiva durante il CoViD-19 – 5.2. La posizione deontologica: salvare il maggior numero di vite – 5.3. Il modello utilitaristico moderato: le *Raccomandazioni* SIAARTI (6 marzo 2020) – 5.4. La soluzione solidaristica della «comunità dei pazienti» – 5.5. L'uguaglianza di valore di ogni persona nella nuova linea guida SIAARTI – SIMLA (13 gennaio 2021) – 5.6. La valorizzazione dell'autodeterminazione del malato – 5.7. Aspetti di giustizia procedurale: le decisioni di *triage* – 6. La giustizia come equità nei confronti dei gruppi vulnerabili – 6.1. Anziani e disabili – 6.2. Malati cardiopatici e oncologici – 6.3. L'equità come "reciprocità" nei confronti del personale sanitario – 7. Uguaglianza ed equità per l'allocazione prioritaria dei vaccini anti CoViD-19 – 8. Conclusioni.

1. Introduzione

In questo lavoro siamo interessati ad approfondire i problemi creati dalla grave carenza di risorse sanitarie, ovvero, dallo squilibrio tra la richiesta esondante di assistenza, indotta dalla pandemia da SARS-CoV-2 ancora in corso, e la capacità del sistema sanitario di dare risposte adeguate. I temi che abbiamo scelto di affrontare sono tre: 1) la carenza di assistenza territoriale, 2) la necessità del triage per l'ammissione alle cure intensive, 3) la scarsità di vaccini anti CoViD-19, almeno per tutto il 2021. Le ristrettezze, che nelle prime fasi dell'emergenza sono emerse soprattutto in talune

* Esperto in bioetica, membro del Comitato Etico Interaziendale A.O.U. "Maggiore della Carità" di Novara e AA.SS.LL. Biella, Novara, Verbania, Verbano Cusio Ossola; componente della Conferenza Regionale per le sperimentazioni cliniche (Regione Piemonte), affiliato al Centro di Ricerca in Etica Clinica (CREC) dell'Università degli Studi dell'Insubria. Mail: antonio.rimedio@tiscalinet.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

strutture ospedaliere del Nord Italia, hanno posto in discussione, e persino costretto a “violare”, i valori progressivamente maturati all’interno di un modello sanitario come quello italiano, fondato sui principi di uguaglianza e universalità delle prestazioni (legge 833/1978, art. 1). Al contempo si sono imposti all’attenzione pubblica, attraverso gli esiti tragici registrati in particolare nelle residenze sanitarie per anziani e disabili, gli urgenti bisogni di protezione delle popolazioni vulnerabili, più soggette al rischio di complicazioni gravi e di morte.

Affrontiamo l’analisi dei singoli temi con il proposito di evidenziare i principi e i valori etici, sulla base dei quali hanno trovato giustificazione i “criteri di priorità” di volta in volta adottati per allocare le risorse sanitarie scarse. Del resto, questa è una delle istanze che ha contribuito alla nascita e allo sviluppo della bioetica. Infatti, quando nel 1961 venne inaugurata presso lo Swedish Hospital di Seattle (USA) l’apparecchiatura per l’emodialisi, dal costo allora considerato proibitivo, fu formato un apposito Comitato, conosciuto sotto il nome di *God Committee (Admissions and Policies Committee of the Seattle Artificial Kidney Center at Swedish Hospital)*, allo scopo di scegliere i malati da trattare tra il gran numero di coloro che si trovavano in insufficienza renale irreversibile, e quindi con brevissima aspettativa di vita¹.

Nel ricercare il filo conduttore di una bioetica emergenziale della scarsità di risorse, trasversale sia alla medicina clinica (assistenza ai malati acuti) che agli interventi di sanità pubblica (vaccinazione anti COVID-19), assumiamo a riferimento costante il contesto sanitario nazionale italiano, caratterizzato da propri valori, norme e soluzioni organizzative, perché solo in una prospettiva d’insieme si rende possibile individuare il “paradigma” etico-normativo che, pur nelle difficoltà della presente pandemia, funge da struttura portante della “cura” nel nostro Paese². La dimensione “pubblica” della salute ha richiesto in più occasioni un diverso bilanciamento dei valori, tuttavia la maggiore importanza acquisita dalla giustizia distributiva e l’urgenza di un’equa allocazione delle risorse sanitarie non hanno reso necessario un cambio di “paradigma”, ovvero, il passaggio ad un sistema di principi giuridici e di valori etici alternativi rispetto a quelli in vigore³. La medicina clinica e la sanità pubblica, i cui interventi fanno parte in Italia dei livelli essenziali di assistenza (LEA)⁴, rimangono i due diversi volti dello stesso Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

¹ A. SHANA, *They Decide Who Lives, Who Dies*, in *Life*, November 9, 1962, 102-125.

² Il concetto di “paradigma”, così come applicato dall’epistemologo THOMAS S. KUHN alla ricerca scientifica, indica un sistema teorico-concettuale di base (principi, procedimenti metodologici e concezioni culturali universalmente riconosciuti), che funge da riferimento per la comunità scientifica in una determinata epoca storica (*La struttura delle rivoluzioni scientifiche* - 1962, trad. it., Torino, 1999). Per analogia noi trasferiamo il concetto di “paradigma” al complesso sistema di principi, valori e norme che in questo momento caratterizzano il Servizio Sanitario in Italia.

³ C. PETRINI, *Etica per Covid-19 o etica in Covid-19?*, in *Tutela della salute individuale e collettiva: temi etico-giuridici e opportunità per la sanità pubblica dopo COVID-19*, a cura dell’Unità di Bioetica – Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN 20/30, Roma 2020, 1-5: <https://www.iss.it/rapporti-istisan> (ultima consultazione 10.02.2021).

⁴ DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 - *Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica*, Supplemento ordinario n. 15 alla *Gazzetta Ufficiale* - Serie generale - n. 65, 18.03.2017: <https://www.trovanorme.salute.gov.it> (ultima consultazione 10.02.2021).

2. La solidarietà come principio di riferimento per un'etica comunitaria

L'etica pubblica⁵ non può fare a meno di confrontarsi con i principi della nostra *Carta* costituzionale, che presenta la salute come «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività» (art. 32, c. 1)⁶. Unico tra i diritti enunciati nella prima parte della *Costituzione* ad essere definito «fondamentale», il diritto alla salute richiama la dimensione giuridica dell'autodeterminazione della persona, così come di recente affermata nella legge 219/2017⁷. D'altra parte, in quanto «interesse della collettività», la salute esprime la dimensione del benessere sociale, cui tutti sono chiamati a contribuire, perché non vivono come unità isolate (in-dividui), bensì condividono le loro esistenze all'interno di una Comunità («con-dividui»)⁸. Nella sua natura «bifronte»⁹, il bene-salute non può che essere unitario, configurandosi come un bene di tutti i singoli individui-persone (*bene comune*) e, al contempo, un bene che appartiene a tutti (*bene pubblico*)¹⁰.

La chiave interpretativa, che nell'ambito della *Costituzione* consente di cogliere la convergenza tra bene individuale e bene collettivo, è il principio di solidarietà: «La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo [...] e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale» (*Cost.*, art. 2). Come sottolinea il Comitato nazionale per la bioetica (CNB), il principio di solidarietà «muove dalla consapevolezza dell'interdipendenza fra gli esseri umani, e quindi delle possibili ricadute della tutela della salute di ognuno sulla salute di altri»¹¹. Pertanto, la solidarietà richiede a ciascuno un'assunzione di «responsabilità» per sé e, al contempo, per gli altri.

Nell'attuale crisi pandemica l'interesse della collettività si eleva «a valore superiore, capace di giustificare severe restrizioni alla libertà della persona» e di imporre rigorosi limiti ad altri diritti costituzionalmente garantiti¹². Il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, nella dichiarazione del 16 marzo 2020 invitava i cittadini a sopportare i sacrifici imposti dalle leggi di emergenza «per il bene comune, per il

⁵ C.A. VIANO, *Etica pubblica*, Roma-Bari, 2002. Per una rassegna dei diversi modelli etici (individualismo liberista, utilitarismo, personalismo) in relazione all'etica sanitaria, v. 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: <http://rivista.biodiritto.org> (ultima consultazione 20.01.2021). L. FORNI, *La sfida della giustizia in sanità*, Torino, 2016, 103 ss.

⁶ G. BIANCONI, *Coronavirus, intervista a Marta Cartabia: «Nella Costituzione le vie per uscire dalla crisi»*, in *Corriere della Sera*, 29 aprile 2020: <https://www.corriere.it> (ultima consultazione 15.02.2021).

⁷ A. RIMEDIO, *Relazione di cura e volontà anticipate. Un commento etico-giuridico alla legge 22 dicembre 2017, n. 219*, Torino, 2019.

⁸ F. REMOTTI, *Somiglianze. Una via per la convivenza*, Roma-Bari, 2019.

⁹ M. NOCELLI, *La lotta contro il coronavirus e il volto solidaristico del diritto alla salute*, in *Federalismi.it*, 13 marzo 2020: <https://www.federalismi.it> (ultima consultazione 20.01.2021).

¹⁰ S. ZAMAGNI, *L'economia del bene comune*, Roma, 2007.

¹¹ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *COVID-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, Roma, 28 maggio 2020, § 1: <http://bioetica.governo.it> (ultima consultazione 12.02.2021). In argomento v. F. BALAGUER CALLEJÓN, *Solidarietà dimenticata: il fallimento della narrazione pubblica sul coronavirus*, in *laCostituzione.info*, 20 Marzo 2020; Nuffield Council on Bioethics, *Solidarity: reflections on an emerging concept in bioethics*, Published 30.11.2011: <https://www.nuffieldbioethics.org> (ultima consultazione 20.01.2021).

¹² M. NOCELLI, *op. cit.*, 3.

bene più alto che è quello della salute: la salute dei cittadini, la salute pubblica»¹³. La solidarietà, alla quale è dedicato anche il Capo IV (artt. 27-38) della *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea* (Nizza, 7 dicembre 2000), non deve essere però vista come “obbligo” formale, bensì vissuta come valore che sostanzia la convivenza, scardina barriere, congiunge e favorisce la costruzione di legami sociali, oggi più che mai protesi verso una dimensione globale¹⁴.

3. Principi etici per un'emergenza sanitaria pubblica

Nel contesto di un'emergenza pandemica, come quella in atto, l'approccio etico non può che fare riferimento ad una molteplicità di principi, perché istanze anche divergenti si impongono, entrando inevitabilmente in tensione e trovando un diverso bilanciamento in relazione alle problematiche da affrontare¹⁵. Nessun criterio singolo può essere decisivo in una situazione così complessa. Noi assumiamo a riferimento i principi enunciati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella *Guida per la gestione delle questioni etiche nelle ondate epidemiche* (2016, abbr. *Guida OMS*)¹⁶, che in estrema sintesi si possono ricondurre ai principi-guida dell'etica biomedica: *autonomia (rispetto per la persona* nella *Guida OMS*), *beneficialità, non maleficità, giustizia*¹⁷. Cambia però il loro significato, perché sono proiettati nella dimensione di un'emergenza sanitaria pubblica, che deve temperare la presa in carico dei bisogni individuali di salute con le necessità comunitarie¹⁸. Si viene in tal modo a creare «una tensione di fondo tra l'approccio incentrato sul paziente (*patient-centered approach*) dell'assistenza clinica in normali condizioni e l'approccio incentrato sul bisogno collettivo (*public-centered approach*) dell'assistenza clinica in condizioni di emergenza»¹⁹.

Il «rispetto per la persona» (*respect for persons*), la cui primaria importanza non può mai essere posta in discussione, è in Italia principio di rango costituzionale (*Cost.*, art. 32, c. 2). Nella *Guida OMS* viene inteso come «riconoscimento della nostra comune umanità, dignità e diritti inerenti»²⁰. In tale ambito

¹³ Conferenza stampa del Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, con il Ministro dell'economia e finanze, Roberto Gualtieri, e il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, Nunzia Catalfo, al termine del Consiglio dei Ministri n. 37, Palazzo Chigi, 16.03.2020: <http://www.governo.it> (ultima consultazione 12.02.2021).

¹⁴ S. RODOTÀ, *Solidarietà. Un'utopia necessaria*, Roma-Bari, 2014, 106. In argomento v. *Lettera Enciclica "Fratelli Tutti" del Santo Padre Francesco sulla fraternità e l'amicizia sociale*, 3 ottobre 2020: <http://www.vatican.va/ultima consultazione 15.01.2021>.

¹⁵ Comité Consultatif National d'Étique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE), *Avis N° 106 – Questions éthiques sollevées par une possible pandémie grippale*, Parigi, 5 febbraio 2009, § IV.1B: <https://www.ccne-ethique.fr> (ultima consultazione 15.01.2021).

¹⁶ World Health Organization (WHO 2016), *Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*, § Introduction - Relevant ethical principles.

¹⁷ T.L. BEAUCHAMP, J.F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics* (1979), New York – Oxford, 2019 (8th ed.).

¹⁸ Comité Consultatif National d'Étique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE), *Covid-19. Contribution du Comité consultatif national d'éthique: Enjeux éthiques face à une pandémie*, Parigi, 13 marzo 2020: <https://www.ccne-ethique.fr> (ultima consultazione 15.01.2021).

¹⁹ N. BERLINGER, M. WYNIA, T. POWELL, ET AL., *Ethical Framework for Health Care Institutions & Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Coronavirus Pandemic*, The Hastings Center, March 16, 2020: <https://www.thehastingscenter.org> (ultima consultazione 20.01.2021).

²⁰ World Health Organization (WHO 2016), *op. cit.*, § Introduction.

è valorizzata l'*autonomia*, ovvero la possibilità di compiere scelte in base a valori e preferenze individuali e il godimento di quei diritti di *libertà*, tutelati come diritti umani fondamentali, che però in una legislazione d'emergenza possono trovare significative limitazioni.

Un ruolo centrale acquista la "giustizia" (*justice*), nella quale la *Guida OMS* distingue due concetti: "equità" (*equity*) e "giustizia procedurale" (*procedural justice*). L'equità «si riferisce alla correttezza nella distribuzione delle risorse, delle opportunità e dei risultati», perciò da un lato richiede uguaglianza tra le persone contro ogni forma di discriminazione, dall'altro lato bilancia l'uguaglianza con le particolari necessità dei gruppi più vulnerabili²¹. Nel contesto dell'equità, dunque, emerge la "solidarietà" (*solidarity*), che sostiene l'azione collettiva di fronte alle minacce comuni e gli sforzi per superare le disuguaglianze di partenza. La giustizia procedurale non riguarda solo la correttezza formale delle decisioni, ma anche la trasparenza, il coinvolgimento di tutte le parti sociali interessate, la chiarezza nella comunicazione e la responsabilità decisionale anche in termini di *accountability*.

La beneficenza (*beneficence*) è il principio-guida cui si ispira la professione medica. Tuttavia il beneficio individuale, in occasione di un'emergenza pandemica, deve confrontarsi con il *beneficio pubblico*, che nella *Guida OMS* assume un vasto significato: «Nel contesto della salute pubblica il principio di beneficenza si pone alla base dell'obbligo della società di soddisfare i bisogni fondamentali di individui e comunità, in particolare bisogni umanitari come nutrizione, protezione, buona salute e sicurezza»²². Tuttavia nel dibattito italiano dei mesi scorsi, riguardo allo specifico obiettivo di allocazione di risorse sanitarie scarse, il beneficio collettivo è stato interpretato in base a due diverse prospettive etiche: l'una si riconduce al principio di "utilità" (modello utilitaristico), l'altra al principio di "solidarietà" (modello solidaristico).

Massimizzare l'utilità (*utility*) significa valorizzare l'efficacia e l'efficienza delle scelte, al fine di ottenere i più elevati benefici al minore costo possibile, ovvero, al minor consumo possibile delle risorse sanitarie scarse. L'attenzione viene riposta sugli esiti e sui risultati, apprezzati come incremento del benessere «in termini di numero totale di vite salvate, numero totale di anni di vita salvati o numero totale di anni di vita salvati adeguati alla qualità»²³. L'etica pubblica utilitaristica trova la sua matrice culturale nel pensiero inglese di fine Settecento – primo Ottocento e annovera tra i suoi fondatori Jeremy Bentham (1748-1832) e John Stuart Mill (1806-1873)²⁴. Negli scritti di uno dei precursori, lo scozzese Francis Hutcheson (1694-1746), troviamo l'assunto di base: «la migliore azione possibile è quella che procura la maggiore felicità per il maggior numero di persone (*the greatest Happiness for the greatest numbers*); e la peggiore quella che, similmente, genera miseria»²⁵. Sull'obiettivo di "salvare il maggior numero possibile di vite umane" si riscontrano ampie convergenze, perché risponde ad un criterio di "ragionevolezza" e di saggezza pratica. Le differenze emergono in relazione all'interpretazione e ai criteri di attuazione del "massimo beneficio" per la società.

In alternativa all'orientamento utilitaristico, l'attuale crisi epidemica ha fatto emergere in Europa, soprattutto in Italia, Germania e Spagna, la soluzione che noi denominiamo "solidaristica", nella quale

²¹ *Ibidem*.

²² *Ibidem*.

²³ *Ibidem*, 4. Allocating scarce resources.

²⁴ D. Lyon, *Utilitarianism*, in L.C. BECKER, C.B. BECKER (Ed.). *Encyclopedia of ethics*, vol. 3, New York, 2011, 1737-44.

²⁵ F. HUTCHESON, *An Inquiry Concerning Moral Good and Evil* (1726), in *An Inquiry into the Original of our Ideas of Beauty and Virtue*, II, III, § VIII, 125.

confluiscono quelle forme di pensiero che, pur riconoscendo le gravi tensioni generate dal contesto emergenziale, ribadiscono il diritto alla salute come fondamentale diritto della persona e la fedeltà ai principi di un Servizio Sanitario universalistico, interpretando il beneficio collettivo in stretta correlazione ai valori dell'uguaglianza, contro ogni forma di discriminazione, e dell'equità, nel far fronte alle esigenze dei più fragili. Questa prospettiva è più rispondente agli ordinamenti di quei Paesi nei quali vige il "diritto alla salute", estraneo alla cultura sanitaria di altri Paesi occidentali, gli USA in particolare²⁶. L'obiettivo di massimizzare il beneficio collettivo, la cui adozione si rende indispensabile in taluni casi emergenziali, non presuppone necessariamente lo scivolamento nel pensiero etico dell'utilitarismo e non può fare a meno di rimanere ancorato alla dimensione solidaristica della salute²⁷.

4. La priorità dell'assistenza sul territorio: il principio di prevenzione

L'eccezionale ondata pandemica del CoViD-19 rientra nella definizione di "catastrofe", così come formulata dall'OMS: «un disastro è un evento improvviso e calamitoso che perturba gravemente il funzionamento di una comunità o società e provoca perdite umane, materiali ed economiche o ambientali superiori alla capacità della comunità o della società di farvi fronte con proprie risorse»²⁸. Tuttavia un'epidemia si differenzia dalla comune nozione di "disastro", sia riguardo ai tempi di sviluppo (curva epidemica), sia riguardo alle modalità di diffusione. Inoltre, gli effetti di un'epidemia, pur da agente virale sconosciuto, possono essere anticipati e arginati, meglio di altri eventi "catastrofici", attraverso misure di prevenzione/precauzione in precedenza pianificate. La fase della *preparedness*, così come viene presentata dalla *Guida OMS*, include l'insieme dei provvedimenti che i Governi hanno l'obbligo di assumere, per garantire la capacità collettiva di resistenza e di attivo contrasto alle crisi pandemiche²⁹.

Il principio di *prevenzione* interessa l'insieme degli interventi volti ad evitare la diffusione di un agente patogeno, i cui effetti negativi sono scientificamente conosciuti. Per le malattie infettive note la misura principale preventiva è il vaccino, ma rispetto ad un'infezione da ceppo virale sconosciuto non rimane che tentare cure sperimentali e, al tempo stesso, fare ricorso alle tradizionali misure di isolamento/distanziamento. Tuttavia, la classificazione scientifica del nuovo virus SARS-CoV-2 (*Severe acute respiratory syndrome – CoronaVirus-2*), rinvia alla precedente infezione da SARS-CoV sviluppatasi nella provincia di Guandong (Cina) nel novembre 2002, la cui catena di trasmissione si è interrotta nel luglio 2003 dopo aver coinvolto altri 29 Paesi, con 8.403 casi e 775 decessi³⁰. In seguito a tale circostanza,

²⁶ C. DI COSTANZO, V. ZAGREBELSKY, *L'accesso alle cure intensive tra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative*, in *BioLaw Journal. Rivista di Biodiritto*, Special Issue 1, 2020, 446.

²⁷ B. PRAINSACK, A. BUYX, *Solidarity. Reflections on an emerging concept in bioethics*, Nuffield Council on Bioethics, London, 2011: <https://www.nuffieldbioethics.org> (ultima consultazione 20.01.2021).

²⁸ World Health Organization (WHO), *Definitions: Emergencies. Glossary of Humanitarian Terms – ReliefWeb*.

²⁹ World Health Organization (WHO 2016), *op. cit.*, § 1. Obligations of governments and the international community.

³⁰ Istituto Superiore di Sanità (ISS), *La SARS Giorno per giorno. Cronologia di una malattia emergente*: <https://www.epicentro.iss.it> (ultima consultazione 20.01.2021).

nell'ottobre 2004 l'OMS lanciava il monito sul perdurante rischio di contaminazione da SARS, pur ammettendo le incertezze riguardo ai tempi³¹. Le complicazioni cliniche del virus erano prevedibili, tant'è vero che taluni lavori scientifici hanno anticipato la carenza di posti letto nelle Terapie intensive e di respiratori automatici³².

Il controllo sanitario del territorio dovrebbe svolgere la funzione di trincea nel contrasto alle ondate epidemiche³³. E invece, il modello di sviluppo del sistema sanitario italiano non ha mantenuto negli ultimi decenni il bilanciamento fra prevenzione e cura, fra medicina di base e alta specializzazione, fra territorio e ospedale, creando «uno squilibrio generale del sistema, che ha penalizzato fortemente la medicina di base e i servizi territoriali»³⁴, come del resto ha confermato la Corte dei Conti nel *Rapporto 2020*³⁵. L'insistenza sulle carenze dei posti letto negli Ospedali e nelle Unità di terapia intensiva ha indotto a trascurare una “strage silenziosa” che si è consumata a danno di molti malati con diverse patologie, non adeguatamente curati, in quanto l'organizzazione degli Ospedali e del 118, nella prima fase dell'emergenza pandemica, è stata dedicata prevalentemente al CoViD-19. «Si è scambiata una emergenza, che era di sanità pubblica, per una emergenza di terapie intensive - dichiara il dott. G. Marinoni, presidente dell'Ordine dei medici di Bergamo. All'inizio, non sono stati isolati casi, non sono state fatte le indagini epidemiologiche, non sono stati fatti i tamponi ai pazienti, i medici sono andati in giro senza protezione individuale... e soprattutto hanno involontariamente diffuso il contagio»³⁶.

Il decorso per molti aspetti imprevedibile ed instabile del CoViD-19, a causa della rapida desaturazione di ossigeno nel sangue e del rischio di trombosi venose, avrebbe richiesto interventi tempestivi presso le abitazioni dei malati³⁷. Anche il funzionamento delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), istituite dal Decreto-Legge 9 marzo 2020 (art. 8) per affiancare i medici di medicina generale nell'assistenza territoriale, ha iniziato a produrre effetti tangibili nell'autunno 2020³⁸. L'importanza di

³¹ World Health Organization (WHO 2004), *WHO guidelines for the global surveillance of severe acute respiratory syndrome (SARS). Updated recommendations*, October 2004, § 1: <https://www.who.int> (ultima consultazione 12.02.2021).

³² C.L. SPRUNG, J.L. ZIMMERMAN, M.D. CHRISTIAN, ET AL., *Recommendations for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster: summary report of the European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster*, in *Intensive Care Medicine*, 36, 3, 2010, 428-43; T. KAIN, R. FOWLER, *Preparing intensive care for the next pandemic influenza*, in *Critical Care*, 23, 2019, 337.

³³ R. BURIONI, *Virus. La grande sfida*, Milano, 2020.

³⁴ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *COVID-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, cit. § 2. In argomento v. L. RIVA, A. FILIA, G. FLORIDIA, ET AL., *Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici*, 25 maggio 2020, Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020: <https://www.iss.it> (ultima consultazione 12.02.2021).

³⁵ Corte dei Conti – Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, 15 maggio 2020, 286 ss.

³⁶ F. CURTALE, *C'era una volta il Piano pandemico*, in *Salute Internazionale*, 15 Aprile 2020.

³⁷ Redazione de “Il Fatto Quotidiano”, *Coronavirus, l'immunoinfettivologo: “Primi 7 giorni fondamentali, se iniziassimo a curare subito pazienti non servirebbe l'ospedale”*, in *Il Fatto Quotidiano*, 23 Marzo 2020, <https://www.ilfattoquotidiano.it> (ultimo accesso 15.12.2020). In argomento v. Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia (FROMCeO), *Nuova lettera indirizzata ai vertici della sanità lombarda*, Milano, 6 aprile 2020: <https://portale.fnomceo.it> (ultima consultazione 15.01.2021).

³⁸ L. FASSARI, *COVID. Contrordine: USCA attivate in tutte le Regioni ma non bastano per la seconda ondata. La nostra indagine in tutte le Regioni*, in *QuotidianoSanità*, 27 novembre 2020.

un intervento domiciliare tempestivo è attestata anche dalle indicazioni AIFA sull'utilizzo degli anticorpi monoclonali, autorizzati in emergenza per «soggetti non ospedalizzati che, pur avendo una malattia lieve/moderata, risultano ad alto rischio di sviluppare una forma grave di CoViD-19, con conseguente aumento delle probabilità di ospedalizzazione e/o morte»³⁹.

Per avere un'idea dell'impatto epidemico sulla mortalità relativa al territorio, dobbiamo ricondurci ai Rapporti forniti dall'ISTAT in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. Nel periodo 20 febbraio - 31 marzo 2020, a livello medio nazionale, i decessi sono passati da 65.592 (media periodo 2015-2019) a 90.946. L'eccedenza è di 25.354 unità, di cui 13.710 (54%) con diagnosi accertata di CoViD-19. Mancano all'appello altri 11.600 decessi (46%), che possono essere attribuiti ad altre tre cause principali: ulteriore mortalità associata a CoViD-19 in assenza di tampone; mortalità indiretta per disfunzioni d'organo aggravate dal virus in malati non testati; infine, «mortalità indiretta non correlata al virus ma causata dalla crisi del sistema ospedaliero e dal timore di recarsi in ospedale nelle aree maggiormente affette»⁴⁰.

5. Giustizia e beneficiabilità nel *triage* per l'ammissione alla terapia intensiva

5.1. Il ruolo della terapia intensiva durante il CoViD-19

Prima di passare all'esame dei criteri di triage per l'ammissione alla terapia intensiva, riteniamo necessarie alcune precisazioni introduttive.

- Prima dell'inizio della pandemia i posti disponibili in Terapia Intensiva erano 9/100.000 abitanti⁴¹, mentre nel 2012 erano 12/100.000 abitanti contro i 29 della Germania e i 22 dell'Austria⁴². La Circolare del Ministero della Salute del 1° marzo 2020, n. 2627, ha stabilito un incremento del 50% dei posti letto nelle Unità di terapia intensiva e del 100% nelle Unità operative di pneumologia e di malattie infettive. Ogni sforzo è stato fatto da parte delle strutture ospedaliere investite dal flusso dei malati in condizioni di gravità⁴³, anche se non sono mancati ostacoli nel reperire i medici specialisti e le attrezzature necessarie, respiratori automatici per la ventilazione invasiva e caschi CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) per la ventilazione non invasiva. In alternativa, in alcuni ospedali del Nord-Italia sono state utilizzate anche maschere da snorkeling della Decathlon, opportunamente adattate⁴⁴.

³⁹ Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), *Parere CTS AIFA su anticorpi monoclonali*, Roma, 4 febbraio 2021: <https://www.aifa.gov.it> (ultima consultazione 12.02.2021).

⁴⁰ Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) – Istituto Superiore di Sanità (ISS), *Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente – Primo trimestre 2020*, 4 maggio 2020, § Sintesi dei principali risultati: <https://www.epicentro.iss.it> (ultima consultazione 15.01.2021).

⁴¹ *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN – Anno 2017*: <http://www.salute.gov.it> (ultima consultazione 15.01.2021).

⁴² A. RHODES, P. FERDINANDE, H. FLAATTEN, et al., *The variability of critical care bed numbers in Europe*, in *Intensive Care Medicine*, 38, 2012, 1647–1653.

⁴³ G. GRASSELLI, A. PESENTI, M. CECCONI, *Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy*, Published online: March 13, 2020, in *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 2020, 323(16), 1545-1546:

⁴⁴ ISINNOVA S.R.L., *EASY COVID 19. Maschera d'emergenza per respiratori ospedalieri*: <https://www.isinnova.it> (ultima consultazione 12.02.2021).

- Mentre la maggior parte delle persone con CoViD-19 sviluppa solo una malattia lieve (40%) o moderata (40%), circa il 15% richiede supporto di ossigeno e il 5% (percentuale variabile in base ai territori) presenta gravi complicanze: insufficienza respiratoria, sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS), sepsi e shock settico, tromboembolismo e/o insufficienza multiorgano, comprese lesioni renali acute e lesioni cardiache⁴⁵.
- Uno studio retrospettivo condotto su 3988 pazienti ricoverati nelle Unità di terapia intensiva della Lombardia con infezione respiratoria acuta severa, nel periodo 20 febbraio – 22 aprile 2020 e follow-up al 30 maggio 2020, ci fornisce alcune informazioni preliminari: età media 63 anni; 79,9% uomini; 60,5% con almeno una comorbidità (ipertensione la più frequente, seguita da ipercolesterolemia, patologie cardiache, diabete, neoplasie maligne e altre patologie); mortalità complessiva pari al 48,3% (la maggior parte dei decessi riguarda la fascia di età > 64 anni); permanenza media in terapia intensiva di 12-15 giorni (per alcuni pazienti anche oltre 30 giorni)⁴⁶.
- Si devono considerare, infine, gli oneri e i rischi di un trattamento massimale, che mette a dura prova anche organismi non minati da comorbidità, lasciando sintomi che si protraggono nei mesi successivi alle dimissioni ospedaliere⁴⁷.

5.2. La posizione deontologica: salvare il maggior numero di vite

Nella *Dichiarazione sull'etica medica in caso di catastrofi* (aggiornata 2017) l'Associazione Medica Mondiale (WMA) prevede che il clinico «dovrebbe tentare di stabilire un ordine di priorità di trattamento con l'intento di salvare il maggior numero possibile di vite e limitare al minimo la malattia» (punto 8.2.2)⁴⁸. Inoltre, nella scelta dei malati che potrebbero essere salvati, «il medico dovrebbe considerare solo il loro stato clinico e la risposta prevista al trattamento, e dovrebbe escludere qualsiasi altra considerazione basata su criteri non-clinici» (punto 8.3.1)⁴⁹. Tale indicazione è coerente con quanto viene affermato nella *Dichiarazione di Lisbona sui diritti del paziente (1981-2015)*⁵⁰: «Nei casi in cui è necessario scegliere tra potenziali pazienti per un particolare trattamento a disponibilità limitata, tutti questi pazienti hanno diritto ad una procedura di selezione equa per tale trattamento. La scelta deve basarsi su criteri medici e deve essere effettuata senza discriminazioni» (punto 1e).

⁴⁵ World Health Organization (WHO 2020), *Clinical management of COVID-19: interim guidance*, May 27, 2020, 1. Background: <https://apps.who.int> (ultima consultazione 15.01.2021).

⁴⁶ G. GRASSELLI, M. GRECO, A. ZANELLA, ET AL., *COVID-19 Lombardy ICU Network, Risk factors associated with mortality among patients with COVID-19 in intensive care units in Lombardy, Italy*, in *Journal of the American Medical Association - Internal Medicine*, 180, 10, 2020, 1345-1355.

⁴⁷ A. CARFÌ, R. BERNABEI, F. LANDI, ET AL., *Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19*, in *The Journal of the American Medical Association*, 324, 6, 2020, 603-605; S. VENTURELLI, V. BENATTI, M. CASATI, *Surviving COVID 19 in Bergamo Province: a post acute outpatient reevaluation*, in *Epidemiology & Infection*, 149, 2021, e32: <https://www.cambridge.org> (ultima consultazione 12.02.2021).

⁴⁸ World Medical Association, *WMA Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters*, Stoccolma 1994 - Chicago 2017: <https://www.wma.net> (ultima consultazione 20.01.2021).

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ World Medical Association, *WMA Declaration of Lisbon on the rights of the patient*, Lisbona 1981 – Oslo 2015, Principle 1e: <https://www.wma.net> (ultima consultazione 20.01.2021).

Nel *Codice di deontologia medica*, vigente in Italia (2014)⁵¹, non troviamo un'indicazione specifica per eventi catastrofici o pandemici, ma nell'art. 77 - *Medicina militare* si dice che il medico militare, in rapporto alle risorse materiali e umane a disposizione, «assicura il livello più elevato di umanizzazione delle cure praticando un *triage* rispettoso delle conoscenze scientifiche più aggiornate, agendo secondo il principio di “massima efficacia” per il maggior numero di individui». Cogliamo il richiamo all'obiettivo di salvare quante più vite possibili in accordo con i principi di efficacia, *appropriatezza* e *proporzionalità*, punti cardine del processo decisionale di un medico (artt. 13 e 16).

Il criterio di “appropriatezza” riguarda gli elementi clinici oggettivi, affidati alla competenza, all'autonomia professionale e alla responsabilità del medico (legge 219/2017, art. 1, c. 2). «Con appropriatezza clinica – precisa il Comitato Nazionale per la Bioetica - si intende la valutazione medica dell'efficacia del trattamento rispetto al bisogno clinico di ogni singolo paziente, con riferimento alla gravità del manifestarsi della patologia e alla possibilità prognostica di guarigione. Tale trattamento deve essere sempre proporzionato, ovvero tener conto del bilanciamento dei benefici e dei rischi rispetto al paziente, considerato dal punto di vista della dimensione clinica sia oggettiva che soggettiva (percezione del dolore e sofferenza, percezione della invasività dei trattamenti, ecc.)»⁵². Questa definizione integra due criteri, “appropriatezza” e “proporzionalità” delle cure, che sul piano metodologico è opportuno tenere distinti, perché la “proporzionalità” include fattori clinici sia “oggettivi” che “soggettivi”, con riguardo anche all'autodeterminazione del malato. Le scelte del medico includono, di norma, decisioni di microallocazione delle risorse sanitarie⁵³, in base al presupposto che siano sufficienti per soddisfare le esigenze di tutti i pazienti. Del tutto straordinaria è la circostanza di estrema scarsità di risorse, che costringe il medico a limitare il trattamento ad alcuni pazienti con esclusione di altri: sono decisioni che provocano in lui ansia, angoscia e profonda sofferenza per la tragedia che lo circonda⁵⁴.

5.3. Il modello utilitaristico moderato: le *Raccomandazioni* SIAARTI (6 marzo 2020)

Il Gruppo di lavoro della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) ha elaborato le *Raccomandazioni di etica clinica* (6 marzo 2020)⁵⁵ sotto la pressione degli eventi, per evitare di lasciare privi di orientamento i medici impegnati in prima linea⁵⁶. Nello “svelare” al più vasto pubblico la gravità dell'infezione, fino a quel momento del tutto sottovalutata⁵⁷, le *Racco-*

⁵¹ Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), *Codice di deontologia medica*, Torino, 2014 (ss.mm.ii): <https://portale.fnomceo.it> (ultima consultazione 15.02.2021).

⁵² Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *COVID-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”*, Roma, 8 aprile 2020, § 3: <http://bioetica.governo.it> (ultima consultazione 12.02.2021).

⁵³ L. D'AVACK, *COVID-19: criteri etici*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, Special Issue 1, 2020, 371-378: <http://rivista.biodiritto.org> (ultima consultazione 20.01.2021).

⁵⁴ SIAARTI, *Vissuto Intensiva – Progetto Scriviamo la storia*: <https://vissuto.intensiva.it> (ultima consultazione 12.02.2021).

⁵⁵ M. VERGANO, G. BERTOLINI, A. GIANNINI, ET AL.- Gruppo di lavoro SIAARTI, *op. cit.*

⁵⁶ E. FURLAN, S. TUSINO, C. VIAFORA, *Scegliere in situazioni tragiche. Un'analisi critica del documento SIAARTI sull'allocatione delle risorse intensive in contesto pandemico*, in *Rivista italiana di cure palliative*, 22, 2020, 239-246.

⁵⁷ L. CONTE, *Covid-19. Le Raccomandazioni di etica clinica della SIAARTI. Profili di interesse costituzionale*, in *Federalismi.it*, 1 aprile 2020: <https://core.ac.uk/reader/304111418> (ultima consultazione 20.01.2021).

mandazioni perseguono l'obiettivo di «modificare i criteri di accesso alle cure intensive (e di dimissione)», perché potrebbero rendersi necessari criteri «non soltanto strettamente di appropriatezza clinica e di proporzionalità delle cure, ma ispirati anche a un criterio il più possibile condiviso di giustizia distributiva e di appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate»⁵⁸. Si tratta perciò di «criteri straordinari», che il dr. Marco Vergano, coordinatore del Gruppo di lavoro, classifica come «*soft utilitarian*»⁵⁹. Citiamo di seguito quelli che riteniamo più rilevanti ai fini delle decisioni di *triage*.

- «I criteri riguardano *tutti i pazienti intensivi*, non solo i pazienti infetti con infezione da Covid-19» (*Racc. 1*).
- «Può rendersi necessario porre un *limite di età* all'ingresso in Terapia Intensiva» (*Racc. 3*). È un'eventualità legata alla curva dei contagi, «alla disponibilità di risorse, alla concreta possibilità di trasferire pazienti, al numero di accessi in atto o previsto» (*Racc. 1*).
- «In un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone», nella *Raccomandazione 3* vengono proposti due criteri di priorità:
 - 1) «a chi ha "*in primis*" più *probabilità di sopravvivenza*» (criterio clinico);
 - 2) «secondariamente a chi può avere *più anni di vita salvata*» (criterio di giustizia allocativa).
 I due criteri tendono a fondersi nella «maggior speranza di vita», di cui si parla nella premessa alle *Raccomandazioni* e che nella versione inglese viene resa come «*a greater probability to maintain a good quality of life*»⁶⁰. Questa espressione ricollega il criterio dei «più anni di vita salvati» al criterio complementare di «aspettativa di vita adeguata alla qualità» (QUALYS: *Quality Adjusted Life Years*)⁶¹.
- Viene respinto il criterio del «primo arrivato, primo servito» (*first come, first served*), considerato del tutto inadeguato ad una situazione di grave carenza di risorse, e al *triage* è attribuita una specifica dimensione «prospettica» con riguardo agli «eventuali pazienti successivi» (*Racc. 3*). Questo significa che, invece di assegnare il posto di terapia intensiva ad un paziente a rischio, si attende un altro paziente che potrà avvantaggiarsene in termini di «maggior speranza di vita»⁶².
- «La *presenza di comorbidità* e lo *status funzionale* devono essere attentamente valutati, in aggiunta all'età anagrafica» (*Racc. 4*). Viene in tal modo introdotta la questione dei «*pazienti anziani fragili* o con *comorbidità severa*», per i quali è ipotizzabile un decorso «potenzialmente più lungo e quindi

⁵⁸ M. VERGANO, G. BERTOLINI, A. GIANNINI, ET AL.- Gruppo di lavoro SIAARTI, *op. cit.*, Premessa.

⁵⁹ L. ROSENBAUM, *Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line*, in *The New England Journal of Medicine*, 382, 2020, 1873-1875: <https://www.nejm.org> (ultima consultazione 12.02.2021).

⁶⁰ M. VERGANO, G. BERTOLINI, A. GIANNINI, ET AL. - Gruppo di lavoro SIAARTI, *Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in exceptional, resource-limited circumstances*, 16 marzo 2020.

⁶¹ M. ABRAMOWICZ, *COVID-19 and QUALYS*, in *Reason*, 3 maggio 2020:

⁶² M. PICCINI, A. APRILE, P. BENCIOLINI, 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, 4, 2020, 212-222, Figura 2.

più “*resource consuming*” sul servizio sanitario». Per i «criteri clinici specifici e generali» viene fatto rinvio a precedenti documenti pubblicati anche in collaborazione con altre Società mediche⁶³.

Considerazioni

Sul piano etico le principali obiezioni sono rivolte all’approccio utilitaristico in quanto tale che, secondo il Comitato etico nazionale spagnolo, «cade nella fallacia dell’assenza di separabilità morale delle persone, supponendo cioè che il valore morale delle persone sia intercambiabile: la salute che alcuni guadagnano compensa quella che altri perdono, purché il risultato sia una somma positiva»⁶⁴. Altro elemento critico riguarda la valutazione della “qualità di vita” che nella teoria utilitaristica occupa uno spazio importante, quale unità di misura della salute e del valore di una vita degna di essere vissuta⁶⁵. Negli USA le Associazioni di difesa dei diritti dei disabili hanno interessato il Congresso⁶⁶ e l’Ufficio dei diritti civili, presso il Dipartimento della salute e dei servizi umani, per le discriminazioni riscontrate nelle linee guida di alcuni Stati: Alabama, Kansas, New York, Pennsylvania, Tennessee, Utah, Washington e Massachusetts⁶⁷. L’Ufficio dei diritti civili ha ribadito che l’esclusione a priori di un portatore di disabilità sulla base di preesistenti menomazioni funzionali, che non influiscono necessariamente sulle prospettive di sopravvivenza, equivale ad operare una discriminazione inammissibile sul piano legale ed etico⁶⁸. In Europa obiezioni analoghe sono state rivolte dal Comitato etico nazionale spagnolo alle *Raccomandazioni* emanate nel marzo 2020 dalla Società Spagnola di Medicina Intensiva, Critica e Unità Coronarie (SEMICYUC)⁶⁹.

Per quanto riguarda le *Raccomandazioni* SIAARTI, il carattere moderatamente utilitaristico si ricava da alcuni passaggi: l’eventuale necessità di «porre un limite di età all’ingresso in Terapia Intensiva»; il criterio dei «più anni di vita salvata»; il decorso dei pazienti anziani fragili potenzialmente «più “*resource consuming*” sul servizio sanitario»; il riferimento alla «maggiore probabilità di mantenere una buona qualità di vita». Le reazioni più significative si sono registrate all’interno dello stesso ambito

⁶³ Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) – Gruppo di lavoro, *Grandi insufficienze d’organo “end-stage”: cure intensive o cure palliative? “Documento condiviso” per una pianificazione delle scelte di cura*, Consiglio Direttivo SIAARTI, 22 aprile 2013; *Raccomandazioni SIAARTI per l’ammissione e la dimissione dalla terapia intensiva e per la limitazione dei trattamenti in terapia intensiva*, in *Minerva Anestesiologica*, 69, 3, 2003,101-18.

⁶⁴ Comité de Bioética de España (CBE), *Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus*, Madrid, 23 marzo 2020, § 9.6:

⁶⁵ P. SINGER, *Etica pratica* (1979), trad. it., Napoli, 1991.

⁶⁶ American Association of People with Disabilities, *AAPD letter to Senate majority and minority leaders: COVID-19 response package*, 18 marzo 2020.

⁶⁷ Un’esposizione schematica dei criteri discriminatori, presenti nei Piani dei singoli Stati, è disponibile in M.M. MELLO, G. PERSAD, D.B. WHITE, *Respecting Disability Rights - Toward Improved Crisis Standards of Care*, in *The New England Journal of Medicine*, 383, 5, 2020, e26.

⁶⁸ U.S. Department of Health and Human Services (HHS) - Office for Civil Rights, *Bulletin: Civil Rights, HIPAA, and the Coronavirus Disease 2019*, 30 marzo 2020.

⁶⁹ Comité de Bioética de España (CBE), *op. cit.*, § 9.7. Il Comitato spagnolo rivolge critiche al documento del Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos*, 23 marzo 2020.

medico: alcune Società scientifiche le hanno fatte proprie⁷⁰, mentre le Società di Geriatria (SIGG e SIGOT) hanno avanzato grosse riserve sul "limite di età"⁷¹. Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (FNOMCeO), Filippo Anelli, ha recepito le *Raccomandazioni* come «grido di dolore», perché nessun medico deve trovarsi costretto a scelte così problematiche e difficili; nel contempo ha ribadito che «l'unico metro di giudizio della Professione restano i principi della *Costituzione*, del *Codice di Deontologia*, del Servizio Sanitario Nazionale»⁷².

Il criterio del "limite di età" in taluni ospedali del Nord-Italia è stato effettivamente seguito, come risulta dalle testimonianze dei medici che hanno vissuto i momenti più critici della prima fase pandemica. «Anche se gli approcci variano all'interno di un singolo ospedale – dichiara il dr. D. -, ho avuto la percezione che all'età sia stato dato spesso il peso maggiore. Ho sentito una storia, per esempio, riguardo ad un anziano di 80 anni, "fisicamente perfetto" fino a quando non ha sviluppato un'insufficienza respiratoria correlata al CoViD-19. È morto perché la ventilazione meccanica non ha potuto essergli offerta»⁷³. Viene anche riferito che in un ospedale il limite di età è stato abbassato dagli 80 ai 75 anni. E in proposito il dr. L. commenta con rassegnazione: «Dobbiamo decidere chi deve morire e chi dobbiamo tenere in vita»⁷⁴. Secondo quanto chiarito dagli stessi Autori delle *Raccomandazioni*, il "limite di età" è da intendersi come «espressione della riserva funzionale che il paziente è in grado di mettere in gioco per affrontare non solo la sfida della malattia, ma anche l'impatto delle cure intensive (età anagrafica in assenza di comorbidità, età biologica in presenza di comorbidità)»⁷⁵. Evidenze scientifiche mostrano, infatti, che pazienti con età maggiore di 80 anni, affetti da una o più comorbidità, quando vengono ricoverati in terapia intensiva, presentano un decorso gravato da un maggior numero di complicanze e da una mortalità più elevata rispetto alla restante popolazione di pazienti⁷⁶. Ciò significa che nei pazienti in età avanzata, l'età "anagrafica", anche in assenza di precedenti disfunzioni d'organo, viene a coincidere con i limiti dell'età "biologica".

Tali argomentazioni riconducono al criterio (ordinario) dell'appropriatezza clinica il "limite di età", che però è stato proposto come un criterio (straordinario) di giustizia distributiva e di allocazione di risorse

⁷⁰ Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e Federazione Cure Palliative la (FCP), *Comunicato stampa SICP - FCP sulle "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"* – SIAARTI, 10 marzo 2020: <https://www.sicp.it> (ultima consultazione 20.01.2021).

⁷¹ Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) e Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio (SIGOT), *Coronavirus - Geriatri: La soluzione non è sacrificare gli anziani*, Comunicato stampa del 9 marzo 2020: <https://www.sigg.it> (ultima consultazione 12.01.2021). Contrarietà viene espressa anche da L. D'AVACK, secondo il quale il modello SIAARTI «non è in linea con la nostra Costituzione, con diverse leggi dell'ordinamento, con il Codice deontologico dei medici (2014), artt. 2, 6, 8, 32, 39, con normative internazionali ...» (*op. cit.*, 374).

⁷² Ufficio Stampa FNOMCeO, *Anelli su documento SIAARTI: "Nostra guida resta il Codice deontologico"*, 7 marzo 2020: <https://portale.fnomceo.it> (ultima consultazione 06.01.2021).

⁷³ L. ROSENBAUM, *op. cit.*

⁷⁴ *Ibidem.*

⁷⁵ L. RICCIONI, G. BERTOLINI, A. GIANNINI, ET AL., *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, 4, 2020, 208.

⁷⁶ 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, 384-385: <http://rivista.biodiritto.org> (ultima consultazione 12.02.2021).

scarse in situazione di emergenza. In questo caso, come nell'insieme delle *Raccomandazioni*, ci appare ambiguo il rapporto tra "appropriatezza clinica" ordinaria, con rinvio anche a precedenti linee guida, e "appropriatezza allocativa" straordinaria. Pur essendo presentati come «estensione del principio di proporzionalità delle cure», i criteri di razionamento segnano, in realtà, una discontinuità giustificata dall'eccezionalità delle circostanze, al punto da poter determinare da soli l'esito del *triage*, essendo previsto «un eventuale giudizio di inapproprietezza all'accesso a cure intensive basato unicamente su criteri di giustizia distributiva (squilibrio estremo tra richiesta e disponibilità)» (*Racc.* 7).

Tuttavia l'aspetto più problematico delle *Raccomandazioni* riguarda la «modifica dei criteri di accesso alle cure intensive», con riferimento ad un modello di pensiero utilitaristico, ispirato in prevalenza alla letteratura statunitense⁷⁷, i cui principi generali sono enunciati anche nella *Guida OMS*⁷⁸. La chiave sta nel difetto di "condivisione" di tali criteri, che sono pertinenti alla giustizia distributiva, e perciò non alla sfera propriamente clinica, per i quali si renderebbe necessaria una preliminare approvazione in fase di *preparedness* all'evento pandemico, con il coinvolgimento delle componenti più rappresentative della società di riferimento⁷⁹. Le circostanze di urgenza non giustificano di per sé l'allontanamento dall'etica clinico-deontologica, come attesta la citata *Dichiarazione sull'etica medica di caso di catastrofi* dell'Associazione Medica Mondiale⁸⁰. A partire da queste motivazioni si è avvertita in Italia l'esigenza di una riflessione ulteriore, tanto sul piano etico, quanto sul piano dell'assetto normativo vigente, che nel gennaio 2021 ha portato alla pubblicazione di una linea guida sostitutiva.

5.4. La soluzione solidaristica della «comunità dei pazienti»

Un mese dopo le *Raccomandazioni* SIAARTI, il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha pubblicato il parere *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"* (8 aprile 2020), approvato a maggioranza con un voto contrario. Il parere esprime orientamenti sul problema della "decisione clinica" in condizioni di grave carenza di risorse e, soprattutto, colloca il problema della "giustizia distributiva" nel quadro dei principi di *giustizia, equità e solidarietà* enunciati dalle Carte internazionali dei diritti e dalla *Costituzione* italiana (artt. 2, 3, 32). Il CNB non intende avallare criteri di priorità in contrasto con l'Ordinamento costituzionale, pur riconoscendo che la condizione di eccezionale carenza di risorse ha posto un vero e proprio "dilemma", facendo emergere il conflitto tra gli «obiettivi collettivi di salute pubblica (assicurare il massimo beneficio per il maggior numero di pazienti) e il principio etico di assicurare la massima tutela al singolo paziente»⁸¹. Infatti, quando si parla di *triage* per l'ammissione alla terapia intensiva non è in discussione soltanto il

⁷⁷ U. S. Department of Health and Human Services (HHS) - Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Ethical Considerations for Decision Making Regarding Allocation of Mechanical Ventilators during a Severe Influenza Pandemic or Other Public Health Emergency*, cit., § Priorities for ventilator allocation, 8-16.

⁷⁸ World Health Organization (WHO 2016), cit., 4. Allocating scarce resources, 20-22.

⁷⁹ *Ibidem*.

⁸⁰ In argomento v. Comitato Sanmarinese di Bioetica, *Risposta alla richiesta di parere urgente su aspetti etici legati all'uso della ventilazione assistita in pazienti di ogni età con gravi disabilità in relazione alla pandemia da Covid-19*, Repubblica di San Marino, 16 marzo 2020: <http://www.superando.it> (ultima consultazione 12.02.2021).

⁸¹ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *COVID-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, cit., § 3. Il criterio del "triage in emergenza pandemica" - Preparedness.

diritto alla salute, ma talvolta il diritto stesso alla vita. Sul piano dei principi questo “dilemma” non trova soluzione, ma impone risposte operative: è “ragionevole” salvare quante più vite possibili, ma non è giustificabile, né sul piano etico né sul piano giuridico, lasciar morire malati che si potrebbero salvare con maggiori risorse. Detto nei termini della *Costituzione*, l'emergenza sanitaria obbliga a tener conto di un «interesse collettivo» che rimane in estrema tensione con il «diritto fondamentale dell'individuo» (art. 32) alla salute e alla vita, senza mai prevalere su di esso. A partire da questo punto di vista il CNB mette a fuoco le sue proposte.

- «Il CNB riconosce il criterio clinico come il più adeguato punto di riferimento, ritenendo ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, eticamente inaccettabile»⁸². Oltre al grado di urgenza, ai fini del *triage* rimangono determinanti i parametri dell'appropriatezza e della proporzionalità, cui fa riferimento la valutazione clinica ordinaria: gravità del quadro clinico in atto, comorbilità, quadro di terminalità a breve, bilanciamento rischi/benefici, fattori clinici soggettivi come dolore, sofferenza, invasività del trattamento, propensioni personali del malato.
- «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»⁸³.
- «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»⁸⁴. Pertanto è da computare come elemento funzionale alla prognosi complessiva di ogni singolo malato, non come fattore sostanziale a sé stante.
- Il criterio di attualità è quello che «più caratterizza il triage d'emergenza pandemica», in quanto orienta la prospettiva verso il più ampio contesto della «comunità dei pazienti», che comprende i pazienti «fisicamente presenti» nei locali del Pronto Soccorso, quelli già valutati in precedenza e ricoverati in altri reparti ospedalieri, con estensione ai «pazienti, già valutati clinicamente a domicilio, che si sono aggravati improvvisamente»⁸⁵. Il richiamo alla «comunità dei pazienti» impone di allargare lo sguardo anche ai malati affetti da altre patologie, altrettanto bisognosi di cure, e alle persone più vulnerabili, affinché non si creino squilibri o esclusioni di sorta nell'accesso ai diversi percorsi di cura.

Osservazioni

Il Parere espresso dal CNB è stato criticato per aver mancato l'obiettivo e per non aver chiarito il problema del *triage*⁸⁶. Noi riteniamo, invece, che meriti di essere letto con sguardo diverso rispetto alle

⁸² *Ibidem*, Presentazione.

⁸³ *Ibidem*, 3. Il criterio del “*triage* in emergenza pandemica” - Appropriatezza clinica e attualità.

⁸⁴ *Ibidem*.

⁸⁵ *Ibidem*.

⁸⁶ M. MORI, *Posizione di minoranza del Prof. Maurizio Mori: le Raccomandazioni Siaarti puntano nella direzione giusta*, dichiarazione allegata al parere del CNB, *COVID-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”*, cit.

Raccomandazioni SIAARTI, anche in considerazione dello specifico ruolo istituzionale che il CNB ricopre. La fedeltà ai criteri clinici “ordinari” non impedisce al CNB di proporre una priorità a favore di quei pazienti per i quali il trattamento può ragionevolmente risultare «maggiormente efficace», in quanto garantisce una «maggiore possibilità di sopravvivenza» sul piano clinico, in analogia ai criteri di assegnazione degli organi umani a scopo di trapianto, risorsa rara per definizione⁸⁷. Il criterio di attualità, pur allargando le prospettive spazio-temporali del *triage*, non prevede però la possibilità di lasciare libero un posto per accogliere un malato nelle ore successive, criterio che il Comitato Etico Nazionale Francese (CCNE) qualifica esplicitamente come «difficilmente accettabile» sul piano etico⁸⁸.

Sul piano internazionale i principi ribaditi dal CNB trovano sostegno nel documento unitario predisposto dai Comitati Etici dell’UNESCO⁸⁹, mentre a livello europeo riscontriamo le maggiori affinità con il documento del Comitato Etico Tedesco⁹⁰ e con la linea guida predisposta dall’Associazione Interdisciplinare Tedesca di Medicina intensiva e d’urgenza (DIVI)⁹¹, che prevede la priorità di accesso alla terapia intensiva per i pazienti con la più alta probabilità di sopravvivenza, valutata sulla base di parametri clinici convalidati a livello internazionale.

5.5. L’uguaglianza di valore di ogni persona nella nuova linea guida SIAARTI – SIMLA (13 gennaio 2021)

L’impegno a colmare la frattura creatasi tra la SIAARTI e la FNOMCeO ha portato alla formazione di una Commissione paritetica, che in data 30 ottobre 2020 ha pubblicato un documento di indirizzo, finalizzato ad «evitare che le decisioni e i comportamenti dei clinici possano portare a conflitti insanabili tra posizioni tecnico-professionali, principi etici e regole deontologiche»⁹². A partire da tale documento, la SIAARTI ha elaborato, in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA), una nuova linea guida, avvalendosi di un Gruppo di lavoro multidisciplinare allargato a componenti giuridiche e medico-legali, che ha proceduto alla revisione delle precedenti Raccomandazioni alla luce delle nuove evidenze cliniche e delle ulteriori riflessioni etico-deontologiche maturate nel corso della pandemia. La bozza del documento finale ha coinvolto, in fase di consultazione pubblica, tutte le professionalità interessate, gli utenti del SSN e gli altri stakeholder, ottenendo

⁸⁷ In argomento v. Comité Consultatif National d’Étique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE), *AVIS N°106*, cit., § IV B. Anche il CNB fa un breve rimando alla pratica dei trapianti d’organo: *COVID-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”*, cit., nota 7.

⁸⁸ Comité Consultatif National d’Étique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE), *AVIS N°106*, cit., § IV.3.

⁸⁹ UNESCO’s International Bioethics Committee (IBC) and World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST), *Statement on CoViD-19: ethical considerations from a global perspective*, 31 marzo 2020: <https://unesdoc.unesco.org> (ultima consultazione 12.01.2021).

⁹⁰ Deutscher Ethikrat, *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise – Ad hoc Empfehlung*, Berlino, 27 marzo 2020: <https://www.ethikrat.org> (ultima consultazione 22.01.2021).

⁹¹ Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), *Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie Klinisch-ethische Empfehlungen*, 2. Überarbeitete Fassung vom 17.04.2020: <https://www.divi.de/joomlatools-files> (ultima consultazione 20.01.2021).

⁹² Documento FNOMCeO - SIAARTI, 22 ottobre 2020, § c.1 - Equità e uguaglianza nelle cure: <https://portale.fnomceo.it> (ultima consultazione 31.01.2021).

infine la validazione del Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure (CNEC) e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

La nuova linea guida, pubblicata in data 13 gennaio 2021⁹³, si propone come il punto di convergenza delle istanze in precedenza avanzate sia dal CNB, sia dalla Commissione paritetica. Alla base si pongono i principi fondativi del Servizio Sanitario Nazionale: «universalità, uguaglianza (non discriminazione), solidarietà e autodeterminazione» (*Statement 1*). In particolare, il principio di uguaglianza e pari dignità di ogni persona malata, definito «non negoziabile» dalla Commissione paritetica, viene applicato senza eccezione alcuna, neppure per le categorie di lavoratori direttamente impegnati nella cura dei malati CoViD-19 o in altri servizi “essenziali”. Nel rispetto di tali principi, l'obiettivo del “massimo beneficio” per la comunità si traduce nel «garantire i trattamenti di supporto vitale al maggior numero possibile di pazienti che ne possano avere benefici» (*Statement 5*), in base ad una procedura che, sul piano metodologico, può essere scandita in tre momenti: 1) valutazione clinica preliminare, 2) scelta comparativa di *triage*, 3) rivalutazione e modulazione delle cure (*Tabella 1*).

Tabella 1 – **Criteri per il *triage* di ammissione alla Terapia Intensiva**

SIAARTI – SIMLA, *Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia di CoViD-19* (13 gennaio 2021).

- *Statement 4* - Ad ogni livello di intensità di cura, nel caso di una saturazione delle risorse assistenziali tale da determinare l'impossibilità di garantire a tutte le persone malate il trattamento indicato, è necessario ricorrere al *triage*, piuttosto che ad un criterio cronologico (ordine di arrivo) o casuale (sorteggio).
- *Statement 5* - La finalità del *triage* di terapia intensiva è, nel rispetto dei richiamati principi, garantire i trattamenti di supporto vitale al maggior numero possibile di pazienti che ne possano avere benefici.
- *Statement 6* - Il *triage* deve basarsi su parametri clinico-prognostici definiti e il più possibile oggettivi e condivisi. La valutazione, mirata a stratificare le probabilità di superare l'attuale condizione critica con il supporto delle cure intensive, dovrà procedere basandosi sulla valutazione globale di ogni singola persona malata attraverso i seguenti parametri:
 - numero e tipo di comorbilità
 - stato funzionale pregresso e fragilità rilevanti rispetto alla risposta alle cure
 - gravità del quadro clinico attuale
 - presumibile impatto dei trattamenti intensivi, anche in considerazione dell'età del/la paziente
 - volontà della persona malata riguardo alle cure intensive, che dovrebbe essere indagata prima possibile nella fase iniziale del *triage*.
- *Statement 7* - L'età deve essere considerata nel contesto della valutazione globale della persona malata e non sulla base di cut-off predefiniti.

⁹³ SIAARTI – SIMLA, *Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia di Covid-19*, Versione 1, 13 gennaio 2021: <https://snlg.iss.it> (ultima consultazione 25.01.2021).

La “valutazione clinica” preliminare ha come obiettivi specifici l’accertamento dell’indicazione clinica al trattamento intensivo e la stratificazione del rischio di morte in base a «parametri clinico-prognostici definiti e il più possibile oggettivi e condivisi» (*Statement 6*). A tale scopo sono proposte, e allegate al documento, tre scale o indici per la rilevazione e quantificazione del rischio: l’*Indice delle comorbidità di Charlson (Charlson Comorbidity Index)* predittivo della sopravvivenza; la *Scala clinica di fragilità (Clinical Frailty Scale)*, finalizzata a valutare lo stato di base della persona malata prima dell’evento acuto recente; il *Punteggio di mortalità 4C (4C Mortality Score - Coronavirus Clinical Characterisation Consortium)*, messo a punto per i malati affetti da CoViD-19, sulla base degli esiti di successo/insuccesso del trattamento intensivo nel corso della pandemia.

Tali strumenti sono utili ad inquadrare lo stato di salute di un malato, tuttavia non forniscono in quanto tali l’esito del *triage*, perché «far dipendere l’esito del *triage* per le cure intensive dal punteggio risultante dall’utilizzo di qualsiasi strumento o algoritmo, pur proposto o utilizzato in altri Paesi, è inappropriato» (*Commenti Statement 4-7*). È infatti difficile affidare ad un “algoritmo” una decisione clinica che può rivelarsi determinante per il destino di una persona, perché «nessun modello può predire con accurata perfezione quali pazienti potranno beneficiare della ventilazione meccanica durante una grave influenza pandemica e quali non potranno beneficiarne». ⁹⁴ Le difficoltà espresse sul campo sono eloquenti: «Ti consulti coi colleghi, rifai cento volte i calcoli, ragioni, litighi. Ma alla fine decidi. E quando hai deciso devi chiamare i familiari e raccontargli tutta la verità che possono sopportare». ⁹⁵ I calcoli non bastano a dare le garanzie etiche e professionali che un medico ricerca, perché i malati sono “comparabili”, ma non “uguali”.

Pertanto la valutazione ispirata unicamente ad un criterio tecnico-professionale (appropriatezza) deve essere integrata con il criterio della “proporzionalità”, che pone l’esigenza di una «valutazione globale di ogni singola persona» nell’intreccio unico dei diversi fattori di rischio che la contraddistinguono. Solo in tal modo è possibile ponderare le decisioni di *triage* anche nelle circostanze più stringenti, scongiurando tanto la scelta casuale (*random selection, such as lottery*) ⁹⁶, quanto il rischio di discriminare i soggetti con disabilità: «un giovane disabile non sarebbe penalizzato come tutti potrebbero pensare, anzi ne trarrebbe beneficio», mentre una valutazione fondata unicamente sui soli criteri clinici lo penalizzerebbe a motivo della sua condizione ⁹⁷. L’età anagrafica mantiene un peso significativo sia nell’*Indice delle comorbidità di Charlson*, sia nel *Punteggio di mortalità 4C*, ma viene soppesata alla luce del quadro clinico complessivo del malato.

Solo con la valutazione di “comparazione” entriamo nel nucleo specifico della decisione di *triage*, che deve riguardare tutti i malati per i quali viene accertata l’appropriatezza del trattamento intensivo,

⁹⁴ U. S. Department of Health and Human Services (HHS), *Ethical Considerations*, cit., 12-13.

⁹⁵ P. CORRIAS. *Claudia sola in trincea, costretta a decidere chi poteva salvarsi* (intervista alla dott.ssa Claudia Galbiati del “San Raffaele” di Milano), in *La Repubblica*, 11 aprile 2020: <https://rep.repubblica.it> (ultima consultazione 10.02.2021).

⁹⁶ E.J. EMANUEL, G. PERSAD, R. UPSHUR, 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: <https://www.nejm.org> (ultima consultazione 10.02.2021). In argomento v. D.S. SILVA, *Ventilators by Lottery*, in *CHEST Journal*, 158, 3, 2020, 890-91.

⁹⁷ M. PICOZZI, F. NICOLI, P. SEVERGNINI, *The role of the ethics consultant in triage: an Italian experience*, in *Bioethics.net*, June 16, 2020: <http://www.bioethics.net> (ultima consultazione 10.02.2021).

senza discriminazione alcuna. Si tratta di un'operazione delicata e complessa, tragica per molti aspetti, alla quale non deve essere attribuito il significato di una "esclusione", tanto meno di una "sentenza" di vita o di morte, perché un malato inizialmente non ammesso conserva il diritto al *triage*, almeno finché mantiene l'indicazione clinica al trattamento. In ogni caso può fruire della ventilazione non invasiva (casco CPAP, maschera facciale, ossigeno nasale ad alto flusso) che, sebbene di minore efficacia, è però associata ad un minore rischio di morte⁹⁸. La valutazione comparativa si proietta oltre la stratificazione del rischio di morte (sopravvivenza a dimissioni dal reparto di terapia intensiva), perché valuta «chi potrà con più probabilità (o con meno probabilità) superare l'attuale condizione critica con il supporto delle cure intensive stesse con una ragionevole aspettativa di vita al di fuori della Terapia Intensiva: vale a dire sopravvivenza a breve termine (alcuni mesi) dopo la dimissione dall'ospedale» (*Commenti Statement 4-7*). Il criterio clinico della «maggiore probabilità di sopravvivenza» è caratterizzato da una valutazione prognostica di «alcuni mesi» dalle dimissioni ospedaliere.

Alla scelta di triage segue la «quotidiana rivalutazione della sussistenza della indicazione clinica, degli obiettivi di cura e della proporzionalità» (*Statement 9*). Occorre attendere il tempo dovuto, ma «la decisione di interrompere le cure intensive (desistenza dai trattamenti futuri) e di rimodularle verso le cure palliative non deve essere posticipata» (*Statement 11*). In ordinario si è propensi a dare al malato un'ultima *chance*, che talvolta risulta già eccessiva e sproporzionata; invece, in momenti di risorse scarse, a fronte di segnali negativi diventa un dovere per il medico dare un'opportunità ad altri malati in attesa, evitando il «ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati» (legge 219/2017, art. 2, c. 2). Sospesi i trattamenti intensivi, la "cura" prosegue con gli interventi più adeguati alle condizioni di ogni malato e con le cure palliative, «che vanno sempre garantite in tutti i livelli di ricovero e in tutti i contesti di cura» (*Statement 10*)⁹⁹.

5.6. La valorizzazione dell'autodeterminazione del malato

Significativamente tra i principi etici e giuridici, assunti a base della nuova linea guida, troviamo il «rispetto dell'autodeterminazione», con esplicita citazione dell'art. 32 *Cost.* e della recente legge n. 219/2017 che a tale principio costituzionale ha dato piena attuazione. Le scelte di "limitazione" dei trattamenti non rientrano nella sfera dell'autodeterminazione, tuttavia il malato cosciente, in previsione del ricovero in Terapia Intensiva, può essere invitato ad esprimere le proprie preferenze assistenziali secondo le modalità previste per la "pianificazione condivisa delle cure", mentre per i malati incapaci deve essere accertato l'eventuale deposito di "disposizioni anticipate di trattamento" (DAT), con riferimento agli artt. 4-5 della legge 219/2017 (*Statement 8*). In ogni caso, nei limiti del possibile occorre sollecitare un coinvolgimento attivo del malato, informarlo sull'evoluzione delle sue condizioni, farlo sentire partecipe del processo decisionale, mantenendo con il suo consenso un dialogo

⁹⁸ B.L. FERREYRO, F. ANGRIMAN, L. MUNSHI, ET AL., *Association of noninvasive oxygenation strategies with all-cause mortality in adults with acute hypoxemic respiratory failure. A systematic review and meta-analysis*, in *Journal of the American Medical Association*, 324, 1, 2020, 57-67.

⁹⁹ Gruppo di lavoro SICP – FCP, *Ruolo delle cure palliative durante una pandemia*, ottobre 2020: <https://www.sicp.it> (ultima consultazione 10.02.2021).

aperto anche con i familiari¹⁰⁰. Pertanto, «anche in situazioni di sovraccarico dei servizi sanitari, la comunicazione deve rimanere un momento prioritario, al quale devono essere garantiti spazi e tempi adeguati» (*Commenti Statement 12*).

5.7. Aspetti di giustizia procedurale: le decisioni di *triage*

La *Guida OMS* incoraggia i governi, le strutture sanitarie e gli altri soggetti coinvolti nel fronteggiare l'ondata pandemica a predisporre in anticipo i criteri per l'assegnazione delle risorse scarse, che «dovrebbero essere elaborati attraverso un processo aperto e trasparente con un ampio contributo delle parti interessate e, per quanto possibile, dovrebbero essere inclusi in documenti scritti ufficiali, nei quali siano chiaramente stabilite le priorità e le procedure»¹⁰¹. Del resto, quanto più i criteri di *triage* si discostano dall'etica clinica ordinaria e adottano la prospettiva della massimizzazione del beneficio comunitario, tanto più necessitano di una discussione e di un'approvazione a livello sociale¹⁰².

Negli USA è condivisa la prassi di affidare le operazioni di *triage* ad appositi funzionari (*triage officers*), a medici non coinvolti nell'assistenza diretta dei pazienti o ad appositi comitati, composti da medici ed eticisti esperti¹⁰³. Anche la *Guida OMS* avvalorava questa indicazione, laddove prevede che le decisioni di *triage* «dovrebbero essere prese da medici adeguatamente qualificati che non hanno motivi personali o professionali per preferire un paziente o un gruppo ad un altro»¹⁰⁴. Nel contesto italiano, invece, si pone l'accento sulla condivisione delle decisioni all'interno della stessa équipe curante, allo scopo di «garantire il confronto tra diversi punti di vista ed una scelta la più corretta possibile, e, fatto altrettanto importante, per consentire di condividere la responsabilità ed il peso di una decisione che sarà sempre lacerante»¹⁰⁵. Anche la SIAARTI auspica che le decisioni di *triage* e di limitazione dei trattamenti «rappresentino il risultato di una valutazione collegiale del team medico-assistenziale, il quale si può avvalere, se necessario, anche di figure professionali esterne ("second opinion")» (*Statement 12*).

Ci preme sottolineare l'importanza della consulenza etica, che va ad integrare il profilo delle decisioni cliniche, come già avviene nel contesto delle strutture ospedaliere di altri Paesi¹⁰⁶. Il Comitato etico nazionale spagnolo ribadisce l'opportunità che il processo decisionale dei medici, nei casi di incertezza e di difficoltà, sia sostenuto da commissioni snelle, formate da professionisti nelle discipline cliniche e

¹⁰⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *La solitudine dei malati nelle strutture sanitarie in tempi di pandemia* (Mozione), Roma, 29 gennaio 2021: <http://bioetica.governo.it> (ultima consultazione 12.02.2021).

¹⁰¹ World Health Organization (WHO 2016), *op. cit.*, § 4. Allocating scarce resources.

¹⁰² C. DI COSTANZO, V. ZAGREBELSKY, *op. cit.*, 445.

¹⁰³ U. S. Department of Health and Human Services (HHS), *Ethical Considerations*, cit., § Who should make ventilator allocation decisions? Secondo la World Medical Association, «idealmente, il triage dovrebbe essere affidato a medici autorizzati ed esperti o a squadre di medici, assistiti da uno staff competente» (*WMA Statement on medical ethics in the event of disasters*, cit., Recommendation 8.1).

¹⁰⁴ World Health Organization (WHO 2016), *op. cit.*, 4. Allocating scarce resources.

¹⁰⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *COVID-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, cit., § 3. Il criterio del "triage in emergenza pandemica".

¹⁰⁶ N. BERLINGER, M. WYNIA, T. POWELL, ET AL., *op. cit.*, § Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. In argomento v. B.J. HUBERMAN, D. MUKHERJEE, E. GABBAY, ET AL., *Phases of a Pandemic Surge: The Experience of an Ethics Service in New York City during COVID-19*, in *The Journal of Clinical Ethics*, 31, 3, 2020, 219-227.

da una rappresentanza di esperti con formazione bioetica e giuridica¹⁰⁷. Per gli stessi scopi il Comitato etico nazionale francese propone l'istituzione di una «cellula etica di sostegno» (*cellule éthique de soutien*)¹⁰⁸. Il documento SIAARTI precisa in nota che la Consulta di Bioetica Onlus e la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria hanno sollecitato l'inserimento della consulenza etica, ma tale indicazione non è stata seguita a motivo della scarsità in Italia di Servizi di etica clinica e di Comitati Etici per la pratica clinica a livello ospedaliero, «fermo restando che, quando disponibile, la competenza di etica clinica può essere di grande utilità»¹⁰⁹. A tal proposito occorre considerare che, nella legislazione nazionale attuale, la consulenza etica viene affidata ai Comitati Etici per le sperimentazioni cliniche, «ove non già attribuita a specifici organismi» (D.M. 8 febbraio 2013, art. 1, c. 2). E in alcune Regioni, come Veneto, Friuli Venezia Giulia e Toscana, già da alcuni anni sono attivi Comitati o Nuclei etici per la pratica clinica¹¹⁰. Una consulenza etica esterna, affiancata da una consulenza legale, può fornire un supporto di rilievo all'intero processo decisionale, non solamente alle decisioni più difficili, adempiendo anche alle funzioni di «garanzia» rispetto a scelte di giustizia distributiva e di equa allocazione di risorse sanitarie scarse. Riteniamo, pertanto, che la cauta apertura della SIAARTI a tale servizio debba essere opportunamente valorizzata.

6. La giustizia come equità nei confronti dei gruppi vulnerabili

6.1. Anziani e disabili

Durante la prima fase pandemica del marzo-maggio 2020, sul piano strettamente sanitario si sono rivelati «vulnerabili» i seguenti gruppi di popolazione, soprattutto se ospitati in residenze sanitarie: 1) i malati cronici con una o più comorbidità, 2) gli anziani dopo gli 80 anni, 3) le persone con disabilità¹¹¹. Nei confronti di tali gruppi l'obiettivo della massimizzazione del beneficio collettivo si traduce nel tentativo di salvare quante più vite possibili, indipendentemente dalle loro condizioni cliniche di base o dagli anni di vita. Se per i più fragili la terapia intensiva non è indicata perché troppo onerosa, lo sforzo collettivo nei loro confronti deve essere finalizzato a limitare quanto più possibile i contagi e ad intervenire quanto prima per evitare l'aggravamento del loro stato di salute. In più occasioni i decisori politici hanno giustificato il ricorso alle drastiche misure del *lockdown* facendo riferimento alla protezione dei più fragili, tuttavia nel mese di aprile 2020 abbiamo scoperto con amara sorpresa che le residenze per gli anziani e per i disabili (Rsa, Rsd) erano diventate trappole mortali per i loro ospiti¹¹².

¹⁰⁷ Comité de Bioética de España (CBE), *op. cit.*, § 9.5.

¹⁰⁸ Comité Consultatif National d'Étique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE), *COVID-19. Contribution du Comité Consultatif National d'Étique: Enjeux éthiques face à une pandémie*, cit., § Quatre Recommandations proposées par le CCNE.

¹⁰⁹ SIAARTI – SIMLA, *op. cit.*, nota 14.

¹¹⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *I comitati per l'etica clinica*, Roma, 31 MARZO 2017, § 2: <http://bioetica.governo.it> (ultima consultazione 15.02.2021). In argomento v. M. PICOZZI, F. NICOLI, P. SEVERGNINI, *The role of the ethics consultant in triage: an Italian experience*, cit.

¹¹¹ A. RIMEDIO, *Vulnerable Population in Covid-19 Outbreak: A Look at Italy*, in *American Journal of Health Research*, 2020, 8, 3, 42-48.

¹¹² Istituto Superiore Sanità (ISS), *Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie – Report finale*, 5 maggio 2020: <https://www.epicentro.iss.it> (ultima consultazione 20.01.2021).

6.2. Malati cardiopatici e oncologici

Uno degli aspetti dell'epidemia, rimasto in sordina nella fase iniziale, riguarda i danni "collaterali", da intendersi non solo in termini di decessi, ma anche di aggravamento delle condizioni di salute: parliamo, in particolare, di patologie cardiache, neoplasie e interventi chirurgici rinviati. Uno studio promosso dalla Società Italiana di Cardiologia (SIC) ha registrato, in piena emergenza Covid-19, una mortalità nazionale dei cardiopatici tre volte maggiore rispetto allo stesso periodo del 2019, per mancato trattamento o trattamento tardivo: dal 4.1% si è passati al 13.7%¹¹³.

Anche i malati oncologici hanno subito pesanti ripercussioni: il 20% ha evitato le terapie per timore del contagio e molti hanno dovuto accettare il rinvio di operazioni chirurgiche, visite, controlli, esami e sedute di chemio e/o radioterapia¹¹⁴. Secondo le stime dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), nel periodo gennaio-maggio 2020 in tutta Italia sono stati eseguiti più di un milione di esami in meno, perciò è diminuito il numero dei carcinomi diagnosticati.¹¹⁵ Gli effetti si vedranno nel medio periodo, come ha confermato uno studio condotto negli USA, dove nei prossimi 10 anni si prevedono 10.000 morti in più per tumori del seno e del colon-retto¹¹⁶.

6.3. L'equità come "reciprocità" nei confronti del personale sanitario

Particolare attenzione deve essere rivolta agli Operatori sanitari, che si fanno carico dei malati contagiati, talvolta esponendosi anche a rischi "sproporzionati". Dall'inizio dell'epidemia alla data del 3 febbraio 2021 sono stati diagnosticati 109.139 casi tra gli operatori sanitari (4% dei casi totali), con 236 decessi ufficialmente segnalati¹¹⁷. Per queste ragioni il personale sanitario adibito alla cura dei malati Covid-19 è da considerare a tutti gli effetti una categoria "vulnerabile"¹¹⁸, nei confronti della quale può essere giustificata la priorità o un punteggio di preferenza nell'assegnazione delle risorse sanitarie scarse sulla base del principio di "reciprocità", perché «la società dovrebbe dare supporto alle persone che affrontano oneri o rischi sproporzionati per la protezione del bene collettivo»¹¹⁹. La priorità/preferenza per il personale sanitario merita di essere valutata, oltre che sul piano individuale a compensazione della maggiore esposizione al rischio, anche sul piano dell'interesse collettivo, in quanto gli stessi professionisti potrebbero contribuire a contenere eventuali ondate pandemiche successive¹²⁰.

¹¹³ S. DE ROSA, C. SPACCAROTELLA, C. BASSO, ET AL. (Società Italiana di Cardiologia), *Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era*, in *European Heart Journal*, 41, 22, 2020, 2083–2088.

¹¹⁴ K.S. SAINI, M. TAGLIAMENTO, M. LAMBERTINI, ET AL., *Mortality in patients with cancer and COVID-19: a systematic review and pooled analysis of 52 studies*, in *European Journal of Cancer*, 139, 2020, 43-50.

¹¹⁵ Gruppo di lavoro ONS, *Rapporto sui ritardi accumulati alla fine di maggio 2020 dai programmi di screening Italiani e sulla velocità della ripartenza*, agosto 2020: <https://www.osservatorionazionalecreening.it> (ultima consultazione 12.01.2021).

¹¹⁶ N.E. SHARPLESS, *COVID-19 and cancer*, in *Science*, 368, 6497, 2020, 1290.

¹¹⁷ Istituto Superiore di Sanità, *Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale 3 febbraio 2021*. Roma, 5 febbraio 2021: <https://www.epicentro.iss.it> (ultima consultazione 12.02.2021). Nel portale della FNOMCeO, in data 21 febbraio 2021, il numero dei decessi tra i soli medici risulta pari a 326: <https://portale.fnomceo> (ultima consultazione 21.02.2021).

¹¹⁸ A. RIMEDIO, *Vulnerable Population in Covid-19 Outbreak: A Look at Italy*, cit.

¹¹⁹ World Health Organization (WHO 2016), *op. cit.*, § 4. Allocating scarce resources.

¹²⁰ Comité Consultatif National d'Étude pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE), *AVIS N°106*, cit., § IV-2. In argomento v. E.J. EMANUEL, G. PERSAD, R. UPSHUR, ET AL., *op. cit.*, Recommendation 2.

Per ragioni di giustizia occorre esaminare se esistono altre categorie professionali chiamate ad affrontare oneri di pari rischio.

7. Uguaglianza ed equità per l'allocazione prioritaria dei vaccini anti CoViD-19

Gli scopi di una vaccinazione di massa, come quella in fase di svolgimento, sono fondamentalmente due: 1) interrompere all'interno del tessuto sociale le catene di trasmissione del virus SARS-CoV-2, in modo da prevenire l'insorgere della patologia e, in prospettiva, realizzare l'immunità di comunità (*herd immunity*) con la vaccinazione di almeno il 60-70 % della popolazione di ogni Nazione; 2) ridurre nell'immediato le conseguenze più gravi del contagio, e quindi la mortalità, tra la popolazione più fragile. I due obiettivi si rafforzano vicendevolmente, sia sul piano strettamente sanitario che sul piano socio-economico. Poiché nei primi mesi, e forse in tutto il primo anno, i vaccini si presentano come una risorsa scarsa, tutte le Nazioni interessate si sono poste il problema di approvare criteri di priorità, che non sono privi di risvolti drammatici, perché di CoViD-19 si continua a morire e poi si rende sempre più concreto il rischio di diffusione delle varianti del virus. Quanto prima una Nazione riuscirà a raggiungere l'immunità di popolazione, tanto più celermente sarà in grado di riprendere i suoi ritmi produttivi, pertanto il problema dell'approvvigionamento dei vaccini assume una valenza politico-economica di notevole importanza.

Ai fini dell'individuazione dei criteri di priorità, il documento *WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination* (14 settembre 2020)¹²¹ individua 6 principi etici, indicando per ciascuno obiettivi e gruppi di popolazione interessati: "ben-essere umano" (*human well-being*), "eguale rispetto" (*equal respect*), "equità globale" (*global equity*), "equità nazionale" (*national equity*), "reciprocità" (*reciprocity*), "legittimità" (*legitimacy*). Questi principi non sono elencati in ordine gerarchico, perché vanno applicati contemporaneamente in considerazione delle emergenze globali e di ciascuna Nazione. Con riferimento ad uno specifico contesto nazionale i 6 principi si possono ricondurre a due ambiti di valore: 1) il "ben-essere" nell'ampia accezione di bene pubblico; 2) la "giustizia", al cui interno si articolano uguaglianza, equità e legittimità o giustizia procedurale.

L'orizzonte del "ben-essere" è significativamente molto più ampio rispetto al "beneficio" clinico, poiché va ad interessare i molteplici e complessi aspetti della vita sociale: oltre alla salute in senso stretto, la sicurezza sociale ed economica, i diritti umani e le libertà civili, lo sviluppo delle giovani generazioni, le condizioni di povertà e di precarietà, le molteplici posizioni lavorative, le variegate interazioni tra individui e gruppi sociali. Per questo motivo, come precisa l'OMS, «fare affidamento esclusivamente sulla massimizzazione dell'utilità per prendere decisioni su di una limitata disponibilità di vaccini può contribuire a perpetuare e persino esacerbare le ingiustizie esistenti che condizionano il benessere umano»¹²².

¹²¹ World Health Organization, *WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination*, 14 September 2020, <https://apps.who.int> (ultima consultazione 25.01.2021). In argomento v. Nuffield Council on Bioethics, *Fair and equitable access to COVID-19 treatments and vaccines*, Published 29.05.2020: <https://www.nuffieldbioethics.org> (ultima consultazione 20.01.2021).

¹²² World Health Organization, *WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination*, cit.

In Europa sono stati seguiti gli orientamenti strategici formulati dalla Commissione Europea¹²³ che, in piena sintonia con il *framework* dell'OMS (*WHO SAGE*), ha indicato una serie di gruppi prioritari, lasciando ai singoli Governi le decisioni sull'ordine gerarchico da seguire: gruppi di popolazione più esposti ai rischi del contagio per età e/o malattie concomitanti, gruppi comunitari impossibilitati a mantenere il distanziamento fisico (residenze per anziani e disabili, carceri, dormitori per i senzatetto, comunità di migranti, particolari settori lavorativi), infine categorie di lavoratori nei servizi "essenziali". Il *Piano strategico* predisposto dal Governo italiano, la cui impostazione è schematizzata in *Tabella 2*, ha accordato priorità assoluta: 1) al personale sanitario per garantire la resilienza del sistema sanitario e sulla base del principio di reciprocità richiamato dal *framework* dell'OMS; 2) alle popolazioni più fragili (per età e/o condizione clinica), in modo da scongiurare la saturazione degli ospedali e delle Terapie Intensive nel caso di una recrudescenza del contagio pandemico. La priorità accordata alla popolazione più fragile va a compensare gli esiti più sfavorevoli nelle decisioni di *triage* per l'accesso al trattamento intensivo invasivo¹²⁴.

Le immagini della vaccinazione dei primi anziani ultracentenari hanno suscitato posizioni critiche riguardo all'utilizzo di dosi-vaccino su persone con aspettativa di vita molto limitata¹²⁵. Questo punto di vista rinvia al "paradigma" etico dell'utilitarismo, che trova una sua interpretazione emblematica nel "modello a priorità equa" (*Fair Priority Model*), ripartito in tre fasi. La fase 1 «mira a ridurre le morti premature e altri impatti irreversibili diretti e indiretti sulla salute»¹²⁶, calcolando gli anni di vita standard la cui perdita è stata evitata con una dose-vaccino (*SEYLL - Standard Expected Years of Life Lost*). La fase 2 «mira a ridurre le gravi privazioni economiche e sociali come la chiusura di aziende produttive non essenziali e scuole»¹²⁷, pertanto prevede la valutazione dell'impatto di ogni dose-vaccino sul miglioramento assoluto del reddito nazionale lordo. La fase 3 «mira a ridurre la trasmissione comunitaria, che a sua volta riduce il contagio tra i Paesi e consente il ripristino delle libertà pre-pandemiche e delle attività economiche e sociali»¹²⁸: la priorità viene data ai Paesi con tassi di trasmissione più elevati, anche se tutti dovrebbero eventualmente ricevere un vaccino sufficiente per raggiungere l'immunità di popolazione. In questo modello, ispirato all'utilitarismo, il "beneficio" comunitario viene di fondo valutato in base al computo dei più anni di vita salvati e all'incremento del reddito nazionale per dose-vaccino iniettata. Di contro, le scelte compiute dai Governi europei si sono ricondotte al modello della "solidarietà", che impone l'obbligo prioritario di proteggere i più fragili, perché il valore della vita e della dignità della persona si conserva integro in ogni età e in ogni condizione di esistenza.

¹²³ European Commission, *Preparedness for COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment*, COM (2020) 680 final, 15 ottobre 2020: <https://ec.europa.eu> (ultima consultazione 27.01.2021). In argomento v. M.M. MELLO, R.D. SILVERMAN, S.B. OMER, *Ensuring Uptake of Vaccines against SARS-CoV-2*, in *The New England Journal of Medicine*, 383, 14, 2020, 1296-1299.

¹²⁴ R.T. DAY, B.S. GUIDRY, B.C. DROLET, ET AL., *From Ventilators to Vaccines: Reframing the Ethics of Resource Allocation*, in *The American Journal of Bioethics*, 2020, 20, 7, W15-W16: <https://www.tandfonline.com> (ultima consultazione 20.01.2021).

¹²⁵ L. MOSELLO, *Si vaccinano a 100 anni contro il Covid. Gli haters li attaccano: "Dosi sprecate, per qualche mese in più a vecchi decrepiti"*, in *La Stampa*, 9 gennaio 2021.

¹²⁶ E.J. EMANUEL, G. PERSAD, A. KERN, ET AL., *An ethical framework for global vaccine allocation*, in *Science*, September 11, 2020, 369, 6509, 1309-1312.

¹²⁷ *Ibidem*.

¹²⁸ *Ibidem*.

Tabella 2 - **Ordine delle priorità nella vaccinazione anti CoViD-19 in Italia**

- Ministero della Salute, *Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2/COVID-19*, adottato con D.M. 2 Gennaio 2021.
- Ministero della Salute, Presidenza del Consiglio dei Ministri (Commissario straordinario), I.S.S., Age.na.s, AIFA, *Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19*, 8 febbraio 2021.

Principi e valori di riferimento:

- la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della comunità (*Cost.*, art. 32);
- uguaglianza, equità, reciprocità, legittimità, protezione, promozione di salute e benessere.

Fase 1:

- Operatori sanitari e sociosanitari;
- Residenti e personale dei presidi residenziali per anziani (Rsa);
- Persone di età avanzata (over 80 anni).

Fase 2:

1. Persone estremamente vulnerabili, con un rischio particolarmente elevato di sviluppare forme gravi o letali di COVID-19, a partire dai 16 anni di età;
2. Persone di età compresa tra 75 e 79 anni;
3. Persone di età compresa tra i 70 e i 74 anni;
4. Persone con aumentato rischio clinico, se infettate da SARS-CoV-2 a partire dai 16 anni di età fino ai 69 anni di età;
5. Persone di età compresa tra i 55 e i 69 anni senza condizioni che aumentano il rischio clinico;
6. Persone di età compresa tra i 18 e 54 anni senza condizioni che aumentano il rischio clinico.

Vaccino Oxford AstraZeneca

Per il vaccino Oxford AstraZeneca è previsto un utilizzo preferenziale in soggetti tra i 18 e i 55 anni di età, con estensione ai soggetti fino ai 65 anni di età che non presentano specifici fattori di rischio (Circ. Min. Salute 22.02.2021), nel rispetto del seguente ordine di priorità:

- Personale scolastico e universitario docente e non docente;
- Forze armate, Polizia di Stato, Guardia di finanza, Capitaneria di porto, Vigili del fuoco, Polizia municipale;
- Setting a rischio, quali penitenziari e luoghi di comunità (civili, religiosi, etc.);
- Personale di altri servizi essenziali;
- Popolazione restante.

Attenzione particolare meritano i criteri di priorità decisi in Indonesia, dove il Governo ha avviato la campagna di immunizzazione a partire da coloro che hanno maggiori probabilità di propagare l'infezione nel Paese, perciò dalla popolazione più giovane e in età lavorativa (18-59 anni). Con tale scelta ha inteso ostacolare la circolazione del virus all'interno del cuore pulsante di una società, la cui composizione è nel complesso giovane. Mentre le nazioni occidentali possono iniziare con gli anziani, contando su dosi successive sufficienti a coprire l'intera popolazione, in Indonesia questa certezza manca,

per cui i governanti hanno ripiegato sulla scelta del “male minore”, come dichiara esplicitamente un membro della Commissione di bioetica dell’Indonesia: «Non esistono scelte buone, ma solo la scelta del male minore. Se il nostro Paese ha dosi sufficienti soltanto a vaccinare coloro che hanno maggiori probabilità di infettare gli altri, a costoro dovrebbe essere data la priorità». Questa dichiarazione suona drammatica per uno dei Paesi che, allo stato attuale, ha un tasso di vittime da CoViD-19 tra i più alti del Sud-Est asiatico¹²⁹.

8. Conclusioni

Nell’esame dei criteri di priorità di allocazione delle risorse sanitarie scarse, adottati in Italia, abbiamo individuato la fedeltà ai principi di un “paradigma” etico-normativo che, nel ricondursi ai valori fondamentali della *Costituzione*, pone al centro la “protezione dei più fragili” con riferimento ai principi di solidarietà e di giustizia, quest’ultima intesa nella duplice accezione di uguaglianza (in dignità di ogni persona) e di equità. Dalla solidarietà ha tratto ispirazione anche la complessa legislazione di emergenza del Governo italiano, volta ad affrontare le fragilità socio-economiche dei lavoratori e dei settori imprenditoriali più colpiti dai provvedimenti di chiusura. Abbiamo altresì preso atto che l’adozione del punto di vista del beneficio comunitario “limita”, ma non “sospende”, il diritto individuale alla cura e l’autonomia della persona. La stessa campagna di vaccinazione fa appello alla responsabilità individuale di ogni cittadino, chiamato a dare il proprio contributo “volontario” per il ben-essere dell’intera Comunità. Come ha consigliato il Comitato Nazionale per la Bioetica, l’obbligo può essere previsto in un momento successivo e limitatamente ai casi di emergenza, «soprattutto per gruppi professionali che sono a rischio di infezione e trasmissione di virus»¹³⁰.

La pandemia in Italia non solo ha evidenziato le tante fragilità personali, ma soprattutto la fragilità di un modello di sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale che dovrà colmare gli squilibri emersi in modo anche tragico, se vorrà mantenere le sue promesse di uguaglianza e di universalità. In presenza dell’attuale crisi, «siamo stati costretti a ripensare alcune caratteristiche dei nostri sistemi sanitari nazionali e abbiamo iniziato a pensare a come rafforzare l’uguaglianza (in generale, e l’uguaglianza nell’accesso alle cure); siamo stati costretti a riconsiderare gli standard igienici globali e livelli più elevati di assistenza sanitaria e abbiamo iniziato a rivalutare le nostre strategie globali per gli standard alimentari internazionali, per il rispetto e il benessere degli animali e per la sostenibilità ambientale. E forse da questo periodo difficile può nascere un più forte senso di generosità e solidarietà»¹³¹.

¹²⁹ A. ADITYA, Y. HO, *Younger People Get Vaccines First in Indonesia’s Unusual Rollout*, December 15, 2020: <https://www.bloomberg.com> (ultima consultazione 02.02.2021).

¹³⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), *I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, Roma, 27 novembre 2020, § 4. La distribuzione, l’obbligatorietà e l’informazione: <http://bioetica.governo.it> (ultima consultazione 15.02.2021).

¹³¹ C. CASONATO, *Health at the time of CoViD-19: tyrannical, denied, unequal health*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 3, 2020, 321.