

Il dilemma del *triage*: quali criteri allocativi adottare in caso di risorse sanitarie limitate?

Leonardo Mellace*

THE TRIAGE DILEMMA: WHAT ALLOCATION CRITERIA SHOULD BE ADOPTED IN CASE OF LIMITED HEALTHCARE RESOURCES?

ABSTRACT: Triage, i.e. the method of setting priorities for the selection of patients for treatment, from a larger group of needy people, has always raised several moral dilemmas. However, the issue has returned to the center of bioethics debate, because of the problems which have arisen out of the Covid-19 pandemic. After a quick historical introduction, this article will address the topic of *triage* starting from the SIAARTI Recommendations of 6 March 2020, which animated the debate on the different ethical perspectives related to scarce resources allocation. Furthermore, it will focus on the Opinion of the Italian Committee for Bioethics released on 8 April 2020 on the issue of the barriers to healthcare access encountered by patients in conditions of resource shortage, and on the Recommendations jointly issued by SIAARTI and SIMLA on 13 January 2021. Finally, the article will put forward some proposals on the criteria for allocating scarce resources.

KEYWORDS: Triage; tragic choices; covid-19; allocation criteria; limited healthcare resources

ABSTRACT: Il *triage*, cioè le procedure di selezione utilizzate dai medici per accordare priorità di accesso al trattamento sanitario in presenza di più soggetti bisognosi di assistenza, ha da sempre sollevato dilemmi morali. La questione è però tornata al centro della discussione bioetica a causa dei problemi sollevati dalla pandemia di Covid-19. L'articolo, dopo brevi cenni storici, affronterà il tema del *triage* a partire dalle Raccomandazioni della SIAARTI del 6 marzo 2020, che hanno animato il dibattito intorno alle diverse prospettive etiche sull'allocation delle risorse scarse. L'analisi si concentrerà, inoltre, sul Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica dell'8 aprile 2020, che è pure intervenuto sulla questione dell'accesso dei pazienti alle cure in condizioni di risorse sanitarie limitate, e sulle linee guida del 13 gennaio 2021, adottate di concerto dalla SIAARTI e dalla SIMLA. Il contributo avvanzerà, infine, alcune proposte sui criteri allocativi in caso di risorse scarse.

* Professore di Diritti umani, integrazione e cittadinanza europea presso il Dipartimento di Giurisprudenza, Economia e Sociologia dell'Università "Magna Graecia" di Catanzaro. Mail: lmellace@unicz.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

PAROLE CHIAVE: *Triage*; scelte tragiche; covid-19; criteri di allocazione delle risorse; risorse sanitarie scarse

SOMMARIO: 1. Situazioni emergenziali e scelte tragiche – 2. Problemi etici del *triage* – 3. Chi curare in caso di risorse insufficienti? Modelli di risposta a confronto – 4. Alla ricerca di un criterio ragionevole. Una proposta pratica.

1. Situazioni emergenziali e scelte tragiche

Il Covid-19 ci ha drammaticamente messo di fronte ad una nuova realtà; una realtà che per quasi due anni ha radicalmente cambiato le abitudini del nostro vivere in società. Il difficile tracciamento dei primi contagiati, la quarantena, l'incertezza sulle cause della malattia, il contagio che si è propagato a macchia d'olio, l'assenza di una iniziale terapia e di una cura, cinema e teatri chiusi, hanno segnalato la gravità di un virus che ha scosso gli abitanti del pianeta come non accadeva da molti anni. Una pandemia che ha cambiato il volto delle città, improvvisamente soggette a nuove regole, addirittura – si fa qui riferimento al caso italiano – differenziate per colore a seconda del rischio di contagio della malattia, regole che – ed è ciò che più colpisce – le hanno rese silenziose, eliminando quel brusio dovuto ai continui spostamenti, d'un tratto consentiti solo per comprovati e giustificati motivi¹, laddove gli altri, vicini di casa, amici, parenti e conoscenti, di colpo si sono trasformati in potenziali *untori*².

Prima di entrare nel vivo dell'analisi si intende precisare, a scanso di equivoci, che in questo articolo si limiterà la riflessione solamente al dibattito sui criteri allocativi in caso di risorse scarse, dibattito che ha trovato nuova linfa nella situazione di emergenza pandemica da Covid-19. Non ci si addentererà, pertanto, nei meandri di molti degli aspetti problematici che involgono il *triage*, per i quali servirebbe un livello di approfondimento, storico oltre che teorico, non consentito in questa sede. Nello specifico, subito dopo una breve introduzione storica, si richiamerà, seppur brevemente, la quotidiana applicazione del *triage* all'interno dei Pronto Soccorsi, laddove, com'è noto, è prevista l'assegnazione di un codice di priorità come esito di una decisione basata sugli elementi rilevati nelle fasi di valutazione, elementi che permettono di definire la priorità dell'accesso alle cure da attribuire al paziente. Si sposterà, poi, la lente dell'indagine dapprima sulle *Raccomandazioni* del 6 marzo 2020 della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), pubblicate in un momento in cui già si paventava un problema di scarsità di risorse sanitarie, e più in particolare di posti in terapia intensiva e di ventilatori meccanici. Successivamente si guarderà invece al *Parere* del Comitato

¹ Per la classificazione di rischio delle regioni e le misure restrittive da mettere in atto in base al colore: https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1203754.pdf?_1588279335853. Si tenga però conto che dal 1° aprile 2022 non è più in vigore il sistema delle zone colorate (rossa, arancione, gialla, bianca). A proposito del Coronavirus, Antonio D'Aloia ne parla come di «uno spartiacque storico», di «una di quelle esperienze che «interrompono la storia, e tracciano un solco profondo tra un «prima» e un «dopo»». A. D'ALOIA, *Il parere del CNB su CoViD-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale: osservazioni a margine*, in *BioLaw Journal*, 2, 2020, 1.

² Cfr. M. LA TORRE, *Bioetica in tempi di pandemia. Morale, diritto e libertà*, Bologna, 2022; M. LA TORRE, *Il grande smottamento. La fine della storia è finita*, Bologna, 2023.



Nazionale per la Bioetica dell'8 aprile 2020, che è intervenuto sulla questione dell'accesso dei pazienti alle cure in condizioni di risorse sanitarie limitate, e alle *Raccomandazioni* del 13 gennaio 2021 adottate di concerto dalla Società italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) e dalla Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA). Si chiuderà, infine, il contributo con una riflessione critica che permetta di tirare le fila del discorso e di avanzare alcune proposte sui criteri allocativi in caso di risorse scarse, pur nella consapevolezza che si tratta di una questione a tal punto "spinosa" che raggiungere un accordo ragionevole è molto difficile.

2. Problemi etici del *triage*

Il *triage* è una scelta tragica, paradigmaticamente *la* scelta tragica. Lo sanno assai bene i medici: si tratta, infatti, di una problematica assai antica, che esiste, in fondo, da quando esiste la medicina stessa. Basta compulsare la letteratura ante-Covid-19 per rendersi conto della cospicua mole di contributi e riflessioni, soprattutto nell'alveo del dibattito bioetico-medico³. In quell'ambito di speculazione s'è sempre avuta chiara la possibilità di dover fronteggiare, prima o poi, situazioni imprevedibili in presenza di risorse insufficienti per tutti i richiedenti. Questa, a ben vedere, è domanda deontologica chiave per l'attività del medico⁴. Il *triage*, però, è da sempre un problema anche bellico, o per meglio dire di medicina di campo, laddove "campo" sta per campo di battaglia, s'intende. Ed è proprio nel contesto della guerra che le problematiche legate al *triage* sono state fatte proprie dal discorso prettamente utilitaristico. In battaglia, infatti, perlomeno secondo un antico insegnamento d'arte bellica, le risorse devono essere dapprima impiegate per potere guarire quei soldati che mostrino maggiori *chances* di tornare utili sul terreno di battaglia. Si tratta, né più né meno, di massimizzare l'utilità generale (qui la vittoria sul nemico) secondo il principio archimedeo dell'etica utilitarista⁵. Albert Jonsen, nella sua attenta analisi, sottolinea come alcune fonti storiche affermino che sia stato il barone Dominique Jean Larrey, chirurgo generale degli eserciti di Napoleone, ad aver utilizzato il termine per designare la pratica della medicina sul campo di battaglia⁶. «Come un flusso continuo» – scrive – «i feriti vengono portati verso una tenda del chirurgo e sono disposti in ordine di arrivo. Un chirurgo cammina

³ Si vedano, nel solco di una letteratura ormai sterminata, e senza pretesa alcuna d'eshaustività: J. TRONTO, *Moral Boundaries, a Political Argument for an Ethic of Care*, New York, 1993; R.G. HARTMAN, *Tripartite triage concerns: issues for law and ethics*, in *Crit. Care Med.*, 31, 2003, 358-361; N.K. BELL, *Triage in medical practices: an unacceptable model?*, in *Soc. Sci. Med. F.*, 15, 4, 1981, 151-156; I. ROBERTSON-STEEL, *Evolution of triage systems*, in *Emerg. Med. J.*, 32, 2, 2006, 154-165; D.M.S. BODANSKY, *Ethical dilemmas in triage: a perspective from the Jewish philosophical tradition*, in *Ethics&Medicine: an international journal of Bioethics*, 25, 1, 2009, 49-56; M. VERWEIJ, *Moral principles for allocating scarce medical resources in an influenza pandemic*, in *Bioethical Inquiry*, 6, 2009, 159-169; V. HELD, *The ethics of care: personal, political and global*, Oxford, 2006; D. STERNBELIEBEN, *Rationierung im Gesundheitswesen. Gedanken aus (straf)rechtlicher Sicht*, in *FS Ulrich Weber*, Bielefeld, 2004; S. HERB, *Die Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin. Die Allokation knapper medizinischer Ressourcen als Rechtsproblem*, Hamburg, 2002; S. SCHÜRCH, *Rationierung in der Medizin als Straftat*, Basel, 2000.

⁴ Cfr. N. BERLINGER ET AL., *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19*, in *The Hastings Center*, 16 marzo 2020, 2.

⁵ Cfr. R. BAKER, M. STROBERG, *Triage and equality: an historical reassessment of utilitarian analyses of triage*, in *Kennedy Inst Ethics J.*, 2, 2, 103-123, 1992.

⁶ A.R. JONSEN, *The New Medicine and the Old Ethics*, Harvard, 1992.

in mezzo a loro e sceglie quelli che possono essere più rapidamente trattati e rimessi in piedi per il fronte»⁷. Ripristino rapido dei combattenti: questo è l'obiettivo della funzione medica. I casi più difficili, quindi, avrebbero dovuto aspettare, indipendentemente dalla gravità del loro bisogno⁸. Il *triage*, allora, ai suoi albori non era altro che una operazione di selezione che obbediva ad una teleologia specifica, diremmo "scandalosamente cruda": «salvare il più salvabile, in modo che ciò possa contribuire al bene comune – che, in battaglia, è la vittoria; nel terremoto o nell'incendio, è la sicurezza pubblica. Il bene comune fornisce il criterio di selezione»⁹. Secondo questa testimonianza, dunque, il *triage* sarebbe nato come una tecnica di cernita in vista d'uno specifico valore archimedeo da massimizzare, ossia il bene comune (da declinarsi, poi, a seconda delle diverse situazioni di contesto)¹⁰.

Il *triage* non è nato, allora, con la pandemia da Covid-19, ma ben prima, e, al di là della sua storia, qui solo succintamente richiamata, da sempre trova quotidiana applicazione all'interno dei Pronto Soccorsi, laddove, secondo le linee di indirizzo nazionali sul *triage* intraospedaliero, pubblicate dal Ministero della Salute e recepite dalla Conferenza Stato Regioni nel 2019, è prevista l'assegnazione di un codice di priorità (identificato da un colore) come esito di una decisione infermieristica basata sugli elementi rilevati nelle fasi di valutazione che permettono di definire la priorità dell'accesso alle cure da attribuire al paziente in modo che non si possa creare confusione sulla scelta di chi far accedere prioritariamente ai trattamenti e alle cure. Il *triage* è, allora, una tecnica di razionalizzazione dell'assistenza sanitaria, finalizzata appunto a conciliare la tutela del diritto alla salute con l'utilizzo delle risorse disponibili. Con l'emergenza pandemica tale tecnica di razionalizzazione si è però presentata in modo diverso, dovendo essa fare i conti con una enorme scarsità delle risorse mediche a disposizione a fronte di un numero sempre crescente di pazienti da far accedere ai trattamenti di terapia intensiva. In tale situazione, il *triage* ha mostrato tutta la sua debolezza, caricandosi di un *surplus* di problematicità etica rispetto alle conseguenze che ne sono derivate per le persone escluse dai trattamenti¹¹. Ci si è trovati

⁷ *Ivi*, 45.

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ A.R. BAKER, M. STROSBURG, *Triage and equality: an historical reassessment of utilitarian analyses of triage*, cit., 104. Un altro esempio "storico" di applicazione di questa logica è rappresentato dal vivido resoconto del triage della penicillina, riportato dal medico Henry Beecher in H. BEECHER, *Research and the Individual*, Boston, 1970, 209-210.

¹¹ Cfr. L. PALAZZANI, *La pandemia CoViD-19 e il dilemma per l'etica quando le risorse sono limitate: chi curare?*, in *BioLaw Journal*, Special Issue, 1, 2020, 359-370; L. PALAZZANI, *La pandemia da Covid-19 e il dilemma etico: chi curare?*, in C. CAPORALE, A. PIRNI (a cura di), *Pandemia e resilienza. Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la Covid-19*, Roma, 2020; 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*, Special Issue, 1, 2020, 379-397; L. PALAZZANI, *The Pandemic and the Ethical Dilemma of Limited Resources: Who to Treat?*, in P. CZECH, L. HESCHL, K. LUKAS, M. NOWAK, G. OBERLEITNER (eds.), *European Yearbook on Human Rights*, Cambridge, 2021, 9-26; A. PISU, *Diritto alla salute e responsabilità medica alla prova del CoViD-19*, in *BioLaw Journal*, Special Issue, 1, 2020, 399-414; C. DI COSTANZO, V. ZAGREBELSKY, *L'accesso alle cure intensive fra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative*, in *BioLaw Journal*, Special Issue, 1, 2020, 441-446; L. DE PANFILIS, S. TANZI, M. COSTANTINI, *Il processo decisionale per le cure intensive in situazioni di emergenza: l'etica medica e le cure palliative ai tempi del CoViD-19*, in *BioLaw Journal*, Special Issue, 1, 2020, 447-451; A. FERRARA, *The Ethical Triage Dilemma: Who Should Receive Medical Care First; Is Thus the Right Question?*, in *Ratio Juris*, 36, 2, 2023, 178.190; TH. GUTMANN, *Tragic Choices. Criteria for "triage" of Covid-19 patients in need for intensive care*, in *Ordines*, 2, 2020, 21-32; G. RAZZANO, *Riflessioni a margine delle raccomandazioni Siaarti per l'emergenza covid-19, fra triage, possibili*

difatti in una situazione che è fuori dal perimetro dell'ordinario sistema di gestione del *triage*, in uno scenario assimilabile all'ambito della "medicina delle catastrofi"¹² in cui le risorse disponibili sono insufficienti rispetto al numero dei pazienti bisognosi delle stesse, laddove è stato il personale sanitario a scegliere, di volta in volta, e senza criteri univoci, i parametri di scelta circa l'accesso alle cure. Non è appunto un caso che in Italia, ma anche in Germania¹³, Regno Unito¹⁴ e Svizzera¹⁵, associazioni scientifiche, società mediche e comitati etici abbiano stilato documenti con l'intenzione di offrire al personale sanitario linee guida di comportamento in situazioni di squilibrio fra risorse e richieste in corso di pandemia. Com'è noto, tali documenti, pur non giuridicamente vincolanti, hanno orientato la condotta del personale sanitario di terapia intensiva ed aperto un vivace dibattito in merito al loro contenuto, che, secondo una parte della dottrina giuridica, avrebbe generato una discriminazione dei soggetti più vulnerabili: persone anziane, persone con disabilità e soggetti con comorbidità, di fatto tradendo il principio secondo il quale tutti gli esseri umani hanno la stessa dignità e lo stesso diritto di vivere. Si è certamente d'accordo sul fatto che, perlomeno in linea di principio, non si può assegnare un "peso specifico" a ciascuna esistenza, stabilendo che qualcuno ha più diritto di vivere di altri o, meglio, che la dignità di un soggetto ha più valore di quella di un altro. Tuttavia, va considerato che la discussione

discriminazioni e vecchie DAT: verso una rinnovata sensibilità per il diritto alla vita?, in *Rivista AIC*, 3, 2020; A. RIMEDIO, *Criteri di priorità per l'allocazione di risorse sanitarie scarse nel corso della pandemia da CoViD-19*, in *BioLaw Journal*, 1, 2021; P. SOMMAGGIO, S. MARCHIORI, *Tragic Choices in the time of pandemics*, in *BioLaw Journal*, Special Issue, 1, 2020, 453-458. Sulla diversità che ha contraddistinto la pandemia da Covid-19 rispetto alle ordinarie emergenze, si vedano J.L. ZIMMERMAN, C.L. SPRUNG, *Medical procedures. Recommendations and standard operating procedures for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster. European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster*, in *Intensive Care Medicine*, 36, 1, 2010, 65-69; M.D. CHRISTIAN, G.M. JOYNT, J.L. HICK, J. COLVIN, M. DANIS, C.L. SPRUNG ET AL., *Critical care triage. Recommendations and standard operating procedures for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster. European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster*, in *Intensive Care Medicine*, 36, 1, 2010, 55-64; C. SANDROCK, *Manpower. Recommendations and standard operating procedures for intensive care unit and hospital preparations for an influenza epidemic or mass disaster. European Society of Intensive Care Medicine's Task Force for intensive care unit triage during an influenza epidemic or mass disaster*, in *Intensive Care Medicine*, 36, 1, 2010, 32-37.

¹² Nondimeno, occorre qui precisare che con il Covid-19, differentemente dalle "classiche" maxi-emergenze, come terremoti e incendi – che hanno una durata limitata e permettono, per tal motivo, di avere un quadro più o meno chiaro circa il numero dei pazienti e delle risorse mediche necessarie – non si è potuta fare una stima precisa circa la durata dello stato di emergenza. Cfr. M.P. FAGGIONI, F.J. GONZÁLEZ-MELADO, M.L. DI PIETRO, *National health system cuts and triage decisions during the COVID-19 pandemic in Italy and Spain: ethical implication*, in *Journal of Medical Ethics*, 29 gennaio 2021; C. DELLA GIUSTINA, P. DE GIOIA CARABELLESE, *Le scelte tragiche durante l'emergenza sanitaria: quando le risorse sono scarse, chi curare? Una riflessione comparatistica*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, 2, 2023, 62; F. FERRARO, *Utilitarismo e medicina delle catastrofi. Alcuni fraintendimenti delle raccomandazioni Siaarti ai tempi del Covid-19*, in *il Mulino on line*, 6 maggio 2020.

¹³ Si vedano le *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie*, <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200325-covid-19-ethik-empfehlung-v1.pdf>.

¹⁴ Cfr. *National Institute for Health and Care Excellence, NICE Guideline NG159: COVID-19 Rapid Guideline: Critical care in adults*, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159>.

¹⁵ Cfr. *Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse*, https://www.assm.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Medecine-intensive/Triage_soins-intensifs.html.

non verte qui sul valore del bene-vita in sé considerato, ma su una situazione emergenziale che impone necessariamente una *scelta tragica*, una scelta che richiede il sacrificio di qualcuno e che deve essere presa *qui e ora*. Ed è in un tale contesto che qualcuno potrebbe sostenere, per esempio, che lo spreco di risorse per salvare la vita di soggetti molto anziani, con aspettative di vita ridotte, a discapito di quelli giovani, che hanno un'aspettativa di vita maggiore, sia contrario al principio di massimizzazione dell'utilità generale, o, ancora, che sarebbe meglio privilegiare l'utilità sociale dei soggetti in "competizione", a prescindere da quale sia la loro età. La condizione di eccezionale pressione che le strutture sanitarie si sono trovate a dover fronteggiare – non tutte sia chiaro – ha imposto allora di ragionare sulla scelta di criteri che potessero permettere in modo equo e giusto di salvaguardare la salute di tutti, specialmente dei soggetti più fragili. È su tale sfondo che la SIAARTI – volendo qui rimanere nel contesto italiano¹⁶ – con le sue *Raccomandazioni*, a cui nel prossimo paragrafo si guarderà, ha tentato di dare risposta ad alcuni interrogativi circa la scelta dei principi e dei criteri da seguire per decidere chi curare e chi no in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili¹⁷. Una volta analizzato il contenuto di queste Raccomandazioni, si sposterà la lente dell'indagine sul Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica e sulle Raccomandazioni SIAARTI-SIMLA, prima di chiudere il contributo con una riflessione che permetta di evidenziare gli elementi critici che rendono difficile trovare un accordo ragionevole e condiviso in tema di *triage*.

3. Chi curare in caso di risorse insufficienti? Modelli di risposta a confronto

Quando è scoppiata la pandemia da Covid-19, probabilmente nessuno si sarebbe aspettato di trovarsi di fronte ad una emergenza sanitaria ancora più devastante e virulenta della c.d. influenza *spagnola* del 1918¹⁸. La fiducia nella medicina e la speranza di arginare i contagi in modo rapido avevano difatti generato un diffuso ottimismo, tanto che, perlomeno all'inizio, il virus era stato considerato un fenomeno esclusivamente cinese. Solo una volta arrivato in Italia e in Europa, e infine anche negli Stati Uniti d'America, ci si è resi conto di come le speranze iniziali fossero state tradite¹⁹.

L'Italia è stata uno dei primi Stati al mondo a dover fronteggiare la situazione di emergenza²⁰, tanto che già il 21 marzo 2020, dopo appena dieci giorni dalla dichiarazione dello stato di pandemia, un gruppo di medici dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo ha scritto una lettera, apparsa sulla

¹⁶ Per il dibattito internazionale che ha coinvolto altre società scientifiche, comitati etici ed esperti: https://www.biodiritto.org/content/download/4012/47178/file/i_documenti_del_CNB_sul_covid_19_-_marzo_2021.pdf, 10, nota 3.

¹⁷ Più in generale, sul tema della "giustizia distributiva", si vedano L. FORNI, *La sfida della giustizia in sanità. Salute, equità, risorse*, Torino, 2016; L. PALAZZANI, *La filosofia per il diritto. Teorie, concetti, applicazioni*, Torino, 2014, 177 ss.

¹⁸ Su questa, si vedano L. SPINNEY, *1918. L'influenza spagnola. La pandemia che cambiò il mondo*, Venezia, 2019; E. TOGNOTTI, *La "Spagnola" in Italia. Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo*, Milano, 2015.

¹⁹ L'11 marzo 2020 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) dichiara il Coronavirus *pandemia*. Il 5 maggio 2023, invece, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ufficialmente dichiarato la fine dell'emergenza sanitaria.

²⁰ L'Italia, ma invero un po' tutti i paesi europei, ha iniziato a adottare misure sempre più restrittive al fine di contenere l'aumento dei contagi. Il primo intervento italiano in tal senso è stata la delibera del 31 gennaio 2020 con cui il Consiglio dei ministri ha deliberato "lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili". Sul punto, vedi <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/01/20A00737/sq>.

rivista del gruppo *New England Journal of Medicine*, in cui denunciava l'insufficienza delle risorse sanitarie disponibili²¹. Nel frattempo, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), il 6 marzo 2020 – in un momento in cui già si paventava un problema di scarsità di risorse sanitarie, e più in particolare di posti in terapia intensiva e di ventilatori meccanici²² –, aveva pubblicato un documento intitolato «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», con l'intento di rintracciare i criteri da utilizzare nel caso di *scelte tragiche*²³ ed allo scopo di

²¹ Di seguito una parte della lettera, così per come tradotta da Fabio Sabatini, Professore di Politica economica dell'Università Sapienza di Roma: «Il nostro ospedale è altamente contaminato e siamo già oltre il punto del collasso: 300 letti su 900 sono occupati da malati di Covid-19. Più del 70% dei posti in terapia intensiva sono riservati ai malati gravi di Covid-19 che abbiano una ragionevole speranza di sopravvivere. La situazione è così grave che siamo costretti a operare ben al di sotto dei nostri standard di cura. I tempi di attesa per un posto in terapia intensiva durano ore. I pazienti più anziani non vengono rianimati e muoiono in solitudine senza neanche il conforto di appropriate cure palliative. Le famiglie non possono avere alcun contatto coi malati terminali e sono avvisate del decesso dei loro cari per telefono, da medici benintenzionati ma esausti ed emotivamente distrutti. Nelle zone circostanti la situazione è anche peggiore. Gli ospedali sono sovraffollati e prossimi al collasso, e mancano le medicazioni, i ventilatori meccanici, l'ossigeno e le mascherine e le tute protettive per il personale sanitario. I pazienti giacciono su materassi appoggiati sul pavimento. Il sistema sanitario fatica a fornire i servizi essenziali come l'ostetricia, mentre i cimiteri sono saturi e (l'accumulazione dei cadaveri) crea un ulteriore problema di salute pubblica». Sul punto, cfr. A. FERRARA, *Considerazioni per un'etica del triage. Dall'analisi dei casi di Brasile, Stati Uniti e Italia alla giustificazione dell'utilitarismo*, in *Ragion Pratica*, 57, 2021, 543-544; M. NACOTI ET AL., *At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation*, in *The New England Journal of Medicine, NEJM Catalyst Innovation in Care Delivery*, 1, 2, 2020.

²² Cfr. C. DEL BÒ, *Covid-19 e criteri di ammissione alla terapia intensiva. Uno sguardo filosofico sulle Raccomandazioni Siaarti*, in *Notizie di Politeia*, XXXVII, 141, 2021, 11.

²³ <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2675063.pdf>. Su tali *Raccomandazioni* si è scritto tantissimo. Si segnalano qui P. BORSELLINO, *Covid-19: Quali criteri per l'accesso alle cure e la limitazione terapeutica in tempo di emergenza sanitaria?*, in *Notizie di Politeia*, XXXVI, 138, 2020, 5-25; M.G. BERNARDINI, *Una questione di interpretazione? Note critiche su Raccomandazioni SIAARTI, discriminazione in base all'età ed emergenza sanitaria*, in *BioLaw Journal*, 3, 2020; C. INGENITO, *Le raccomandazioni SIAARTI del 6 marzo 2020: una nuova occasione per riflettere sul rapporto tra scienza e diritto*, in *Rivista trimestrale di Scienza dell'Amministrazione. Studi di teoria e ricerca sociale*, 2, 2020. Cfr. anche N. BERLINGER, M. WYNIA, T. POWELL ET AL., *Ethical framework for health care institutions responding to novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for institutional ethics services responding to COVID-19. Managing uncertainty, safeguarding communities, guiding practice*, The Hastings Center (16 marzo 2020); D. SACCHINI, *La gestione delle risorse in medicina tra etica e discriminazioni*, in *Giornale di Gerontologia*, 54, 2006, suppl. 2; G. BATTIMELLI, *La tutela della salute nell'emergenza pandemica: tra diritti e criticità*, in *Civitas Hippocratica*, 5-6, 2020; G. DEL VECCHIO, *Etica e scelte di fine vita in epoca di COVID-19*, in *Quotidianosanità.it*, 2 aprile 2020; P.E. BORESKIE, *Age is just a number – and so is frailty: Strategies to inform resource allocation during the Covid-19 pandemic*, in *Canadian Journal of Emergency Medicine*, aprile 2020; M. PICCINI, A. APRILE, P. BENCIOINI, L. BUSATTA, E. CADAMURO, P. MALACARNE, F. MARINI, L. ORSI, E. PALERMO FABRIS, A. PISU, D. PROVOLO, A. SCALERA, M. TOMASI, N. ZAMPERETTI, D. RODRIGUEZ, *Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento SIAARTI "Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione ai trattamenti intensivi per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili"*, in *Il Pensiero Scientifico*, 4, 2020; M. BOLLATO, C. TETTAMANTI, A. FEOLA, *L'epidemia, la cura, la responsabilità e le scelte che non avremmo mai voluto fare*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)*, 2, 2020, 1043-1053. Vedi anche TH. GUTMANN, *Scelte tragiche. Criteri per il "triage" di pazienti affetti da Covid-19 con necessità di terapie intensive*, in *Pandemia e diritti. La società civile in condizioni d'emergenza*, F.J. ANSUÁTEGUI ROIG, TH. GUTMANN, D. INNERARITY, M. LA TORRE (a cura di), Napoli, 2022, 7 ss.

«sollevare i clinici da una parte delle responsabilità nelle scelte [...] compiute nei singoli casi»²⁴, poi in parte “corretto” da un documento congiunto, del 13 gennaio 2021, della Società italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) e della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA), intitolato «Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia di Covid-19»²⁵.

Nonostante siano stati compiuti enormi sforzi per arginare il crescente numero di casi, l’aumento costante delle ammissioni in Terapia Intensiva ha drammaticamente posto l’attenzione sulle capacità di erogare cure intensive per saturazione dei posti-letto disponibili, dapprima in Lombardia e poi in gran parte delle altre Regioni del Nord Italia²⁶. Sin da subito, dunque, è stata messa in discussione la possibilità di curare tutti, pur consci che ciò avrebbe aperto un ampio e controverso dibattito sui criteri di selezione adottati. Partendo dalla constatazione che «l’allocazione è una scelta complessa e molto delicata, anche per il fatto che un eccessivo aumento straordinario dei letti intensivi non garantirebbe cure adeguate ai singoli pazienti e distoglierebbe risorse, attenzione ed energie ai restanti pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive»²⁷, la SIAARTI ha affermato che potrebbe essere necessario porre un “limite di età”²⁸ all’ingresso in terapia intensiva, sostenendo, nello specifico, che «non si tratta di compiere scelte meramente di valore, ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha *in primis* più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un’ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone»²⁹, per poi concludere che «in uno scenario di saturazione totale delle risorse intensive, decidere di mantenere un criterio di “*first come, first served*” equivarrebbe comunque a scegliere di non curare gli eventuali pazienti successivi che rimarrebbero esclusi dalla Terapia Intensiva»³⁰. La soluzione che si è proposta, quindi, è quella di dare preferenza prioritariamente a chi avrebbe avuto più possibilità di sopravvivenza e, secondariamente, a chi avrebbe avuto più anni di vita salvata in caso di parità di *chances*; un criterio in linea con il modello sostanzialmente utilitarista di ispirazione anglosassone del *Quality adjusted life years* (c.d.

²⁴ <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2675063.pdf>. Si vedano anche le precedenti Raccomandazioni della stessa SIAARTI e, in particolare, quella del 2003, «Raccomandazioni SIAARTI per l’ammissione e la dimissione dalla terapia intensiva e per la limitazione dei trattamenti in terapia intensiva», e quella del 2013, «Grandi insufficienze d’organo “end stage”: cure intensive o cure palliative? “Documento condiviso” per una pianificazione delle scelte di cura».

²⁵ https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/01/2021_01_13_LINEE-GUIDA_DECISIONI-CURE-INTENSIVE_Def.pdf.

²⁶ Cfr. L. BUSATTA, I. DOMENICI, *Criteri allocativi e scelte tragiche in sanità: quale lezione dalla pandemia?*, in *Rivista italiana di cure palliative*, 25, 2023, 234.

²⁷ *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*, punto 2, 5.

²⁸ Si veda la Raccomandazione n. 3: “Può rendersi necessario porre un limite di età all’ingresso in TI”. Sul punto, I. CAVICCHI, *Gli anestesisti-rianimatori alla prova, fallita, con l’etica medica*, in *Quotidiano sanità*, 9 marzo 2020.

²⁹ *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*, punto 3, 5.

³⁰ *Ibidem*. Per una difesa del criterio “*first come, first served*” si veda: M. BALISTRERI, *Post-coronial Studies. Salviamo chi arriva prima in ospedale! Una difesa del criterio ‘first come, first served’*, in *Labont – Center for Ontology*, 22 luglio 2020, <https://labonton.wordpress.com/2020/07/22/post-coronial-studies-salviamo-chi-arriva-prima-in-ospedale-una-difesa-del-criterio-first-come-first-served/>.

Qaly)³¹. Secondo questo, in condizione di scarsità di risorse, per stabilire quali persone curare, si «dovrà stabilire un ordine di priorità [...] sulla base di un indice che tiene conto da una parte dell'età della persona (criterio oggettivo), del numero di anni di vita attesa e della presumibile qualità di vita futura dell'individuo (criterio statistico) e dall'altra la presenza di comorbidità e dello stato di salute complessivo che si aggiunge all'età anagrafica. In pratica, il bene sanitario in questione verrà distribuito a coloro che maggiormente se ne potranno avvantaggiare, nel senso di conseguire, sulla base di questo intervento, un maggior numero di anni di vita in condizioni di salute migliore»³². Il bene oggetto di massimizzazione, in questo criterio pratico, è semplicemente la quantità di vita, senza che ciò rilevi su un concetto comunitario di bene pubblico. Nondimeno, il punto su cui maggiormente si è concentrato il dibattito è stata l'ipotesi di introdurre una soglia di età per l'accesso ai trattamenti di terapia intensiva. Si è infatti sostenuto che, nel caso in cui ciò fosse avvenuto, l'adozione d'una tale soglia avrebbe inevitabilmente condotto ad una discriminazione degli anziani rispetto ai giovani e, in aggiunta, avrebbe affidato la scelta non a parametri clinico-sanitari ma alla mera appartenenza ad una certa categoria di soggetti in ragione della loro età.

In relazione alle *Raccomandazioni* SIAARTI del 6 marzo 2020 si è pronunciato, l'8 aprile 2020, il Comitato Nazionale per la Bioetica, che è intervenuto con un apposito *Parere* sulla questione dell'accesso dei pazienti alle cure in condizioni di risorse sanitarie limitate³³. Nello specifico, prendendo in esame un problema etico di così grande complessità, anche alla luce di alcuni principi fondamentali contenuti nella nostra Carta Costituzionale³⁴, il CNB ha, infatti, affermato che, in una situazione di grave carenza di risorse, l'unico criterio eticamente accettabile nell'allocazione delle risorse sanitarie, sia quello *clinico*, dovendosi considerare eticamente inaccettabile ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età anagrafica, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica e la disabilità. In tal senso – si legge nel parere –, «[l]a priorità andrebbe stabilita valutando [...] i pazienti per cui ragionevolmente il trattamento può risultare maggiormente efficace, nel senso di garantire la maggiore possibilità di sopravvivenza. Non si deve cioè adottare un criterio in base al quale la persona malata verrebbe esclusa perché appartenente a una categoria stabilita aprioristicamente»³⁵. Relativamente a tale parere, merita però di essere qui segnalata la *dissenting opinion* del prof. Maurizio Mori³⁶, secondo il quale il parere del CNB, che, come detto, afferma che l'unico criterio adeguato per l'allocazione delle risorse è "il criterio clinico" e che "ogni altro criterio di selezione è eticamente inaccettabile", non può

³¹ Su questo modello, vedi P. SINGER, *Etica pratica*, Napoli, 1991; J. HARRIS, *The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics*, Londra, 1985; J. HARRIS, *QALYfyng the value of life*, in *Journal of Medical Ethics*, 13, 1987, 117-123; D. SACCHINI, *La gestione delle risorse in medicina tra etica e discriminazioni*, cit., 81;

³² L. D'AVACK, *Covid-19: criteri etici*, in *BioLaw Journal*, Special Issue, 1, 2020, 373-374.

³³ https://www.biodiritto.org/content/download/4012/47178/file/i_documenti_del_CNB_sul_covid_19_-_marzo_2021.pdf.

³⁴ Il CNB ha fatto esplicito riferimento ad alcuni articoli della Costituzione, nello specifico all'articolo 32, ove si parla della salute come fondamentale diritto dell'individuo, all'articolo 2, che riconosce e garantisce il principio personalista e il dovere di solidarietà, e all'articolo 3, ove si riconosce il principio di uguaglianza. Il CNB ha, inoltre, fatto riferimento anche alla Legge n. 833/1978 – che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale – secondo la quale la cura deve essere assicurata secondo un criterio universalistico ed egualitario.

³⁵ *Parere* del Comitato Nazionale per la Bioetica dell'8 aprile 2020, 12.

³⁶ *Ivi*, 16 ss.

essere ritenuto valido. Per chiarire la natura del problema ed il disaccordo, Mori pone un esempio concreto.

«Immaginiamo» – sostiene – «che Tizio (70 anni) e Caio (60 anni) necessitino di accedere alle Terapie Intensive e che, in situazioni normali con due letti disponibili, entrambi siano giudicati clinicamente idonei alle cure, avendo tutt'e due ragionevoli opportunità di ripristino della salute. Supponiamo ora che, improvvisamente, la situazione cambi e che resti un unico letto disponibile, così che è necessario scegliere se ammettere Tizio o Caio. Poiché dal punto di vista clinico entrambi erano già stati giudicati idonei, si deve riconoscere che la scelta è fatta sulla scorta di un criterio extra-clinico, in quanto la valutazione clinica non cambia col mutare delle opportunità di cura»³⁷.

Seguendo il ragionamento di Mori, il parere del CNB non darebbe allora indicazioni precise su come affrontare il problema del *triage* in condizioni d'emergenza o della scelta dei pazienti da sottoporre a trattamenti intensivi, lasciando alla discrezionalità del medico la decisione da prendere.

Per rispondere alle critiche ricevute³⁸ – non solo a quelle provenienti dal Comitato Nazionale per la Bioetica – la Società italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva (SIAARTI), nel documento del 13 gennaio 2021, redatto, per come detto, insieme alla Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA) e intitolato «Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia di Covid-19»³⁹, precisa che «l'età non è di per sé un criterio per stabilire quali pazienti possono maggiormente beneficiare delle cure intensive e pertanto non è possibile farvi ricorso in fase di triage stabilendo dei *cut-off* (soglie di età). Solo a parità di altre condizioni, il mero dato anagrafico (età in anni) può avere un ruolo nella valutazione globale della persona malata in quanto con l'aumentare dell'età si riducono le probabilità di risposta alle cure intensive»⁴⁰. Tale specificazione è stata certamente importante per sfrondare il campo da una serie di equivoci che inevitabilmente si erano creati, anche se occorre dire che, leggendo bene il testo delle prime *Raccomandazioni* SIAARTI, non era il limite di età ad essere stato scelto come criterio di selezione, ma la preferenza era stata assegnata prioritariamente a chi aveva più probabilità di sopravvivenza e solo secondariamente a chi poteva avere più anni di vita salvata, criterio quest'ultimo poi superato dal documento congiunto SIAARTI-SIMLA, che ad esso ha preferito il criterio utilitaristico del «maggior numero di vite salvate»⁴¹, di fatto preferendo un criterio che intende massimizzare la sopravvivenza nel breve termine. Ciò che tuttavia appare chiaro da questi documenti è che qualsiasi tipo di scelta su chi curare è discutibile, assumendo le fattezze di una decisione su cui – potremmo dire – si genera «un disaccordo ragionevole»⁴².

³⁷ *Ivi*, 17.

³⁸ Vedi *supra*.

³⁹ https://assets.univadis.com/content_media/prod/guidelines_it_vda-net/265cd1c95065d51b08615e761c216eb5.pdf?qa=2.37493411.2037525654.1686150984-1287615008.1686150980.

⁴⁰ *Ivi*, 11.

⁴¹ Cfr. *Ivi*, 10.

⁴² Su tale concetto, si veda J. RAWLS, *Liberalismo politico*, trad. it. a cura di S. Veca, Milano, 1994.

4. Alla ricerca di un criterio ragionevole. Una proposta pratica

Alla luce di quanto sino ad ora detto, è allora necessario interrogarsi su *come* scegliere, quali cioè debbano essere i criteri che dovranno orientare la condotta degli operatori sanitari allorché le scelte allocative siano operate in condizioni di rilevante e drammatico squilibrio tra i bisogni di cura e i mezzi a disposizione per soddisfarli, ogniqualvolta cioè il personale sanitario si troverà costretto a dover operare una *scelta tragica*⁴³. Se in condizioni di normalità il *triage* – lo si è detto – si presenta come una modalità di razionalizzazione dell’assistenza, finalizzata a conciliare la tutela del diritto alla salute con l’utilizzo delle risorse disponibili, che comunque non sono infinite, nelle situazioni di emergenza le cose cambiano. Non è mancato, per tale ragione, chi ha sostenuto che i criteri di scelta o, meglio, *il* criterio di scelta dovrebbe essere individuato dal legislatore, unico in grado di garantire la neutralità della decisione, che il personale sanitario non sarebbe in grado di assicurare⁴⁴. Nondimeno, tale assunto soffre da due punti di vista: primo, assume che il personale sanitario non sia in grado di operare scelte eticamente argomentate, cosa tutt’altro che scontata; secondo, per quanto il legislatore possa essere neutrale, appare inverosimile che sia in grado di prevedere in anticipo tutte le *scelte tragiche* che i medici sul campo potrebbero essere costretti a prendere; si tratta, d’altronde, di una variabile troppo ampia per essere ricondotta nell’ambito di una norma giuridica. Rimarrebbe, infatti, pur sempre una zona d’ombra, e cioè uno o più casi pratici non ricompresi nella fattispecie giuridica, che, dunque, riporterebbero nuovamente a galla il problema su *come* decidere.

Un criterio adatto potrebbe allora essere quello dell’*urgenza*, che dà la priorità di accesso alle cure a tutti coloro i quali hanno un bisogno vitale di queste. Esso permetterebbe – detto rawlsianamente – di limitare l’influenza degli interessi individuali. Se, infatti, prendessimo spunto proprio dall’esperienza mentale del “velo di ignoranza” di John Rawls⁴⁵ – che immagina che i soggetti nella loro “posizione originaria” non sappiano nulla circa le loro caratteristiche personali – e lo adattassimo, piegandolo alle nostre esigenze di ricerca, alla questione del *triage* in condizioni di emergenza, per garantire l’imparzialità e la razionalità delle nostre scelte, sceglieremmo criteri razionali che non svantaggiano nessuna categoria specifica proprio perché ignoriamo quale possa essere la nostra categoria di appartenenza,

⁴³ Cfr. G. CALABRESI, P. BOBBIT, *Tragic Choices*, New York, 1978; TH. GUTMANN, *Scelte tragiche. Criteri per il “triage” di pazienti affetti da Covid-19 con necessità di terapie intensive*, cit.

⁴⁴ Non è mancato, infatti, chi ha sostenuto che il *triage* è una questione puramente giuridica e come tale non dovrebbero essere i medici a scegliere i criteri in base ai quali determinare chi vivrà e chi morirà. Tra questi, Thomas Gutmann. Vedi TH. GUTMANN, *Scelte tragiche. Criteri per il “triage” di pazienti affetti da Covid-19 con necessità di terapie intensive*, cit., 5-6.

⁴⁵ J. RAWLS, *A Theory of Justice*, Cambridge (Massachusetts), 1971, trad. Italiana, *Una teoria della giustizia*, a cura di S. MAFFETTONE, Milano, 2017. Cfr. CH. LARMORE, *Patterns of Moral Complexity*, 1987, trad. it. *Le strutture della complessità morale*, Milano, 1990, 139-40; V. OTTONELLI, *Leggere Rawls*, Bologna, 2010; C. KUKATHAS, *Rawls: a theory of justice and its critics*, Cambridge, 1990; S. MAFFETTONE, *All’ultimo Rawls*, in *il Mulino*, 5, 1988, 748-767; S. MAFFETTONE, *Introduzione a Rawls*, Roma-Bari, 2010; F. SCIACCA (a cura di), *Libertà fondamentali in John Rawls*, Milano, 2002; R.P. WOLFF, *Understanding Rawls: a reconstruction and critique of a theory of justice*, Princeton, 1977; A. PORCIELLO, *Diritto decisione giustificazione. Tra etiche procedurali e valori sostanziali*, Torino, 2005, 63 ss.; P. MARRONE, *Un’introduzione alle teorie della giustizia*, Milano, 2003; T. NAGEL, *Rawls on justice*, in *Other Minds. Critical Essays*, Oxford, 1985, 121-136.

facendo così applicazione del “principio prudenziale del *maximin*”⁴⁶, in base al quale se ci trovassimo, per esempio, a valutare quale scelta è più giusta ed equa dovremmo scegliere «il modello sociale la cui situazione più svantaggiata ipotizzabile è comunque migliore rispetto alla peggiore situazione svantaggiata del modello alternativo»⁴⁷. E allora è proprio in tal senso che il criterio dell’urgenza, che non reca vantaggio ad una specifica categoria di persona, potrebbe ritenersi un criterio giusto ed equo, perché rappresenta una scelta razionale di stampo egualitario e, dunque, una scelta in grado di ottenere soluzioni che possano dirsi giuste ed eque per tutti. Tale criterio non è però scevro da aspetti problematici, nel senso che esso non supera il problema posto dalla pandemia da Covid-19 e cioè non trova una risposta per quei casi in cui ci si trovi improvvisamente dinanzi a soggetti giudicati “parimenti urgenti” che necessitano cioè di un urgente intervento medico, intervento possibile però solo per un numero limitato di essi. In tali casi, questo criterio non sarà risolutivo del problema che ci si è proposti di risolvere.

Un criterio adeguato a risolvere l’impasse potrebbe allora essere quello *clinico*, in base al quale l’accesso alle risorse sanitarie limitate sarebbe garantito prioritariamente a chi potrebbe maggiormente giovare del trattamento medico in termini di maggiore possibilità di sopravvivenza. Tale criterio limiterebbe la discrezionalità del personale sanitario unicamente alle condizioni di salute dei pazienti e, al contempo, risolverebbe il problema sul quale il criterio dell’urgenza si era bloccato, ovvero sia quello di trovarsi dinanzi a soggetti parimenti urgenti. Nondimeno, potrebbe prestare il fianco ad un’altra critica: come comportarsi, per esempio, di fronte a due soggetti che abbiano lo stesso quadro clinico quando la risorsa disponibile è una sola? In tal caso, per eludere il ricorso all’età anagrafica, al sesso, alla condizione sociale o all’etnia come criterio di scelta, si potrebbe affiancare al criterio *clinico* quello del *first come, first served*, di modo che questi, insieme, risolverebbero le obiezioni sovente poste su *cosa fare* nel caso in cui ci si dovesse trovare dinanzi a due soggetti parimenti urgenti e parimenti gravi. In tal modo, in una situazione di estrema gravità, laddove, dunque, le risorse sanitarie fossero tanto scarse da non bastare per tutti, mescolando un criterio *clinico* con uno *extra-clinico*, nessuno verrebbe escluso perché appartenente a una categoria stabilita aprioristicamente; la scelta verrebbe, infatti, affidata a parametri clinico-sanitari, e, solo in ultima ipotesi, all’ordine di arrivo. Certo, anche contro tale scelta alcune obiezioni potrebbero essere poste, ma – lo si è detto in apertura – rintracciare un criterio allocativo su cui si possa trovare un accordo ragionevole è molto difficile. Tuttavia, ragionare dei diversi criteri allocativi, magari anche in combinazione tra loro, può certamente essere utile, specialmente alla luce di quanto successo con la pandemia da Covid-19, laddove il mondo intero si è trovato a fronteggiare una situazione analoga a quella della medicina delle catastrofi, anzi, ben più grave se si guarda alla sua durata nel tempo e alla sua diffusione su scala globale.

⁴⁶ Il termine *maximin* è una contrazione della locuzione Latina *maximun minorum*. Cfr. J. RAWLS, *A Theory of Justice*, trad. it., *Una teoria della giustizia*, cit.; Id., *Justice as Fairness. A Restatement*, trad. it., *Giustizia come equità. Una riformulazione*, Milano, 2002. Cfr. L. BACCELLI, *Disuguaglianza e differenza: avventure moderne e contemporanee*, in *Filosofia politica*, XXIV, 1, 2020, 43-60; S.M. GARDINER, *A Core Precautionary Principle*, in *J. Pol. Phil.*, 14, 2006. In una versione critica: J.C. HARSANYI, *Can the Maximin Principle Serve as a Basis for Morality? A Critique of John Rawls Theory*, in *The American Political Science Review*, 69, 2, 1975.

⁴⁷ A. PORCIELLO, *Diritto decisione giustificazione. Tra etiche procedurali e valori sostanziali*, cit., 72.