

COVID-19: CRITERI ETICI

*Lorenzo d'Avack**

*** 23 marzo 2020 ***

1. In queste settimane di emergenza Covid-19 molto si è documentato e scritto di ospedali e strutture sanitarie vicine al collasso, specialmente al Nord dell'Italia, e della difficoltà di trovare operatori sanitari e posti letto in terapia intensiva.

Forse è necessario evidenziare innanzitutto che la crisi non è solo legata al rapido sviluppo del virus, ma anche alle precedenti carenze politiche sanitarie.

Nel nostro paese questa vicenda pandemica evidenzia una questione generale di macro responsabilità legata a una lunga catena di scelte fatte in passato e di cui oggi si vedono le conseguenze: la sanità messa alla prova da una improvvisa emergenza ha dovuto constatare di non avere un servizio sanitario in grado di reggere alle necessità, quando queste diventano necessità multiple e non facili da contenere. Il Covid-19 ha fatto toccare con mano il fatto che a fronte di una pandemia i nostri ospedali mancano delle attrezzature necessarie e nella quantità necessaria e questo vuol dire anche che non siamo in realtà di fronte ad una vicenda definibile come crisi meramente clinica, bensì anche prevalentemente sanitaria. D'altronde per decenni invece di occuparci realmente, anche a costi contenuti, ma mirati, di migliorare le condizioni dell'assistenza e degli ospedali, e di assicurare ai pazienti cure in tempi adeguati, le classi di governo di diverse Regioni hanno fatto uso delle risorse in altro modo. Oggi a fronte della carenza di mezzi per la prevenzione e il trattamento della vicenda pandemica, viene fatto il possibile per mettere a disposizione mezzi supplementari. E se necessario si dovranno drenare investimenti da altri settori prioritari per la vita. Forse andava fatto prima e con minore danno per i cittadini, anche sotto il profilo economico.

2. Il Covid-19 è una malattia potenzialmente mortale, che può colpire ampie fasce della popolazione. E poiché la vita umana è il bene primario da cui dipendono tutti gli altri beni, la sua protezione ha il massimo della priorità che un paese ha il dovere etico, sociale e giuridico di

*Professore emerito di Filosofia del diritto e Presidente del Comitato Nazionale per la Bioetica. Mail: lorenzo.davack@tin.it. Il contributo è stato accettato per la pubblicazione nell'ambito della call *Diritto, diritti ed emergenza ai tempi del Coronavirus*, su *BioLaw Journal – Rivista di BioDritto*.

garantire. In questo senso è necessario adottare tutte le disposizioni opportune per poterla garantire anche nella pratica. Strettamente collegati alla protezione della vita, entrano in gioco, quando si verifica una pandemia sul genere di quella attuale, valori etici fondamentali: l'equità, la libertà, la responsabilità, la proporzionalità, l'informazione e la solidarietà. L'equità implica le modalità con cui si intendono distribuiti mezzi destinati alla prevenzione e alla cura dei pazienti e ciò significa tra l'altro che i privilegi e gli svantaggi sociali non devono influenzare la distribuzione delle risorse; la libertà di decisione dell'individuo va considerata come un diritto fondamentale che può essere limitato unicamente a condizioni molto specifiche: ad esempio quando non vi siano alternative per raggiungere degli obiettivi importanti di prevenzione e limitazione di una vicenda pandemica¹; la responsabilità si traduce nella necessità di agire in modo affidabile, coscienzioso nei confronti degli altri e di sé stessi; l'informazione che compete agli operatori del sistema, necessaria per rendere consapevole la popolazione in maniera esauriente circa i provvedimenti che possono limitare, impedire in particolare il pericolo di contagio e la diffusione della malattia; la proporzionalità che implica che l'incidenza dei provvedimenti adottati debba essere direttamente proporzionale al rischio e ai benefici attesi; la solidarietà, infine, sottintende coesione a sostegno delle persone bisognose di aiuto².

Su alcuni di questi valori sentiamo l'opportunità di avanzare delle riflessioni.

2.1. Fra questi a fronte di denunciate carenze sanitarie viviamo con maggiore drammaticità quello della distribuzione delle risorse, sapendo che viene messa in discussione la possibilità di curare tutti, e sapendo che queste difficoltà portano di frequente a delle disuguaglianze (tra chi accede alle cure e chi non accede, tra chi ha possibilità di vivere e chi non ne ha) e a dei criteri di selezione da parte dei medici sia giustificati da necessità pratiche, sia prospettati come scelte etiche.

Recentemente hanno suscitato ampia attenzione le *“Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di*

¹ In particolare sui limiti alla vita private cfr. le considerazioni del Nuffield Council on Bioethics, *Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic* (2020), 1-2;

² Di recente in generale sulle problematiche etiche del coronavirus: Belgian Society of Intensive care medicine, *Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice* (2020); Comité Consultative National d'Etique, *Enjeux éthiques face à une pandémie*, (2020); il Comitato Sammarinese di Bioetica, richiamandosi ad un suo precedente parere, *Bioetica delle catastrofi*, 2017, ha dichiarato in una breve risposta alla Siaarti che l'unico parametro di scelta risulta essere la corretta applicazione del triage, nel rispetto di ogni vita umana. Ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età, il genere, l'appartenenza sociale o etnica, e per l'appunto la disabilità, è eticamente inammissibile, costituendo un palese ed inaccettabile violazione dei diritti umani, in *“Rtv Sanmarino, COVID-19, Il supporto del Comitato Sammarinese di Bioetica nell'emergenza”*, 19 mar 2020.

squilibrio tra necessità e risorse disponibili” (6.03.2020), proposte dalla Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva (Siaarti).

Il documento Siaarti, muove da uno scenario incontestabile in cui si stimano un aumento dei casi di insufficienza respiratoria acuta di tale entità da determinare un enorme squilibrio tra le necessità cliniche reali della popolazione e la disponibilità effettiva di risorse intensive. Ne consegue, secondo la Siaarti, la necessità di applicare scelte nella estensione del principio di proporzionalità delle cure e si osserva che “l’allocazione in un contesto di grave carenza delle risorse sanitarie deve puntare a garantire i trattamenti di carattere intensivo ai pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico”. Per la società si tratta, dunque, di privilegiare “la maggior speranza di vita”, tenendo in considerazione elementi di “idoneità clinica” alle cure intensive quali: “il tipo e la gravità della malattia, la presenza di altre patologie, la compromissione di altri organi e l’età”. E ancora: privilegiare la speranza di vita significa anche che: “può rendersi necessario porre un limite di età all’ingresso in terapia intensiva. 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 di benefici per il maggiore numero di persone”. Per la Siaarti, dunque, “i criteri di accesso alla terapia andrebbero discussi e definiti per ogni paziente in modo possibile e anticipato, creando idealmente per tempo una lista di pazienti che saranno ritenuti meritevoli di terapia intensiva nel momento in cui avvenisse il deterioramento clinico, sempre che le disponibilità in quel momento lo consentano”. Ad ogni modo, “per i pazienti per cui viene giudicato ‘non appropriato’ l’accesso a un percorso intensivo, la decisione di porre una limitazione alle cure (*celling of care*) dovrebbe essere comunque motivata, comunicata e documentata”.

Fra i modelli etici di riferimento nell’ambito dell’allocazione delle risorse sanitarie è dunque evidente che la Siaarti si richiami a quello ‘utilitarista’, fatto proprio dai paesi anglosassoni (quality adjusted life years c.d. Qaly) e di recente, in considerazione della pandemia Covid-19, dal gruppo di lavoro di bioetica della Società spagnola di medicina Intensiva, Critica e Unità Coronarie (Semicyuc). Secondo questo modello chi prende una decisione di politica sanitaria, quando deve stabilire come distribuire un bene sanitario scarso per curare un certo numero di persone, dovrà stabilire un ordine di priorità, tra queste, 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); 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.

Questo modello non è in linea con la nostra Costituzione³, con diverse leggi dell'ordinamento⁴ e con il codice deontologico dei medici (artt. 2, 6, 8, 32, 39), che portano a ritenere che, anche in situazioni straordinarie, quando sono in gioco la vita o la salute, tutti gli individui sono di pari valore e tutti possono vantare un diritto incontestabile alla salute⁵. La vita di ciascuno, che sia giovane o vecchio, uomo o donna, ricco o povero, stimato o marginalizzato, ha la stessa dignità e lo stesso valore. Selezioni di tal genere sono eticamente discutibili, in quanto introducono una gerarchia tra vite degne e non degne e una violazione dei diritti umani fondamentali.

Se mancano le risorse per curare adeguatamente tutti i malati, per proteggere preventivamente le persone non ancora malate, l'obbligo dello Stato è mettere in sicurezza il servizio sanitario con provvedimenti eccezionali (come avviene in questi giorni), aumentando i posti nelle terapie intensive, acquisendo le apparecchiature necessarie, assumendo personale. Certo può risultare difficile decidere una distribuzione delle risorse del tutto equa. Ma si deve pur muovere dalla piena consapevolezza che circostanze straordinarie non possono travolgere valori etici fondamentali che regolano abitualmente la nostra vita sociale. Le esigenze sanitarie, qualora anche carenti, non possono assumere un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute, elemento irrinunciabile della dignità umana.

Ed è in queste situazioni, in cui risulta difficile trattare o proteggere tutte le persone colpite, secondo i loro bisogni, che occorre cercare soluzioni e criteri che siano il più equi possibile, orientandosi verso alcuni obiettivi.

- Arginare l'infezione, vale a dire fare in modo che venga colpito il minor numero possibile di persone, ciò anche a costo di limitare la libertà individuale.
- Le persone contagiate dalla pandemia e le altre persone bisognose di cure intensive devono essere messe sullo stesso piano e valutate secondo gli stessi criteri, vale a dire che i pazienti

³ Artt. 2,3,13 e 32. V. il recente saggio in questa rivista di BioDritto e in corso di pubblicazione in BioLaw Journal 2/2020 di C. COSTANZO, V. ZAGREBELSKY, *L'accesso alle cure intensive fra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative*, 15 marzo 2020.

⁴ L. n. 833/1978; L. n. 24/2017 e L. 219/2017.

⁵ Il presidente della federazione nazionale degli ordini dei medici (Fnomceo), Filippo Anelli, replicando al documento Siaarti, ha dichiarato che "la nostra guida, prima di qualunque documento che subordini l'etica a principi di razionamento, e che dovrebbe in ogni caso essere discusso collegialmente dalla professione, resta il codice di deontologia medica. E il codice parla chiaro: per noi tutti i pazienti sono uguali e vanno curati senza discriminazioni", dichiarato in TGCOM24, 8/03/20, 12:21.

affetti da Covid-19 non devono ricevere un trattamento privilegiato rispetto a chi soffre di malattie acute, ma nemmeno un trattamento peggiore.

- Nella distribuzione delle risorse si deve cercare di realizzare il massimo dell'uguaglianza, che non si valuti mai quanto vale la vita delle persone, ma piuttosto che tutti debbano essere curati allo stesso modo e abbiano pari opportunità di accesso alle strutture sanitarie, così da garantire ad ogni singola persona il rispetto dei medesimi diritti.

Non va, tuttavia, trascurato che in situazioni ordinarie e, a maggior ragione, in situazioni di grave emergenza, è comunque doveroso utilizzare il criterio clinico e scientifico per valutare l'efficacia, la proporzionalità del trattamento (che non deve essere sprecato). È questa una linea etica per garantire equità nelle cure, valutate caso per caso e basate sul consenso informato del soggetto, sul rifiuto o interruzione del trattamento sanitario, sul divieto dell'accanimento clinico date le reali condizioni di salute del paziente, sulle dichiarazioni anticipate di trattamento. Regole e principi questi ultimi da rispettare nell'ambito delle cure e che si rifanno ad un dovere etico, deontologico e giuridico⁶.

Si può aggiungere che in queste situazioni di emergenza i criteri adottati presuppongono un adeguamento continuo da verificare, tenendo conto che l'attuazione dei principi di distribuzione devono essere precisati in funzione delle fasi pandemiche, adattati in considerazione delle nuove esperienze e conoscenze scientifiche alle circostanze concrete e alle risorse disponibili. A tal fine andrebbe prevista una discussione bioetica collegiale interna alla professione e l'istituzione di organi specifici, multidisciplinari, dotati delle necessarie conoscenze, competenze e capacità. Bisogna tenere conto che, comunque, il documento degli anestesisti e palliativisti, condivisibile o meno, è un grido di dolore, una richiesta di non essere lasciati soli, che non gli venga loro attribuita una responsabilità collettiva di fronte alle situazioni drammatiche che si trovano ad affrontare quotidianamente, rischiando la vita. A loro deve andare la nostra infinita riconoscenza. Se gli operatori sanitari hanno pur sempre il dovere deontologico di continuare il proprio lavoro durante la pandemia, dal canto suo la società non solo deve garantire loro una protezione ottimale e condizioni di lavoro sostenibili, ma anche assumersi la responsabilità per le conseguenze che potrebbero derivare da tale obbligo deontologico (malattia, invalidità, decesso).

⁶Legge 219/2017.

3. Non si deve trascurare il fatto che nel caso di una crisi sanitaria e clinica potenzialmente pericolosa per la vita umana, è tangibile il rischio che la paura, il trauma o l'istinto di sopravvivenza intacchino il senso di 'solidarietà'. Occorre dunque prestare continuamente attenzione all'equilibrio tra il principio di rafforzamento della solidarietà e l'obbligo di rispettarne l'autonomia.

Per evitare di ridurre le motivazioni del cittadino a mostrare solidarietà è necessaria una informazione che deve sempre essere concepita nell'ottica di mantenere o di creare un clima di fiducia tra pazienti e medici, il che presuppone che le decisioni prese siano trasparenti e capaci di creare un consenso sociale.

Il timore che una determinata informazione possa inquietare la popolazione è un problema reale. Il Covid-19, come qualsiasi altra epidemia, rende la popolazione fortemente impaurita da tutto ciò che sta accadendo e i nostri cittadini sono anche composti da persone di età avanzata, persone vulnerabili (sieropositivi per HIV, immunodepressi per chemioterapie o tumori, persone con polimorbidity, asmatici, ecc) e allora non pare che sia tranquillizzante far conoscere loro che in caso di infezione virale o di altre malattie acute questi potrebbero non ricevere alcuna assistenza sanitaria e si presupponga una assenza di protezione e di cura sul criterio della massima utilità⁷.

Non sappiamo come finirà questa tragedia sociale che ci tocca vivere. Se vogliamo fare un confronto con gli 'eventi di guerra' sappiamo che diversamente da allora il nemico non è fuori di noi, ma drammaticamente dentro di noi: il portatore del virus può essere un genitore, un figlio/a, un familiare, un amico/a e ognuno di noi nei loro confronti. Ma sappiamo anche che con reciproca solidarietà potremo superare la paura, conservare la nostra umanità, salvando la nostra dignità.

Sono necessari provvedimenti adeguati di informazione, di prevenzione e, se del caso, di trattamento per coloro che non sono in grado di ricevere un'informazione completa e comprensibile. Bisogna sempre pensare a un plurilinguismo allargato, che raggiunga in modo più affidabile tutti gli abitanti soggiornanti con diverse lingue nazionali. Occorre infine attirare l'attenzione della popolazione in modo adeguato sul fatto che un comportamento non solidale pregiudica fortemente l'efficacia della lotta contro la pandemia. E la solidarietà non si deve

⁷ Sul tema della giustizia, dell'integrità e della dignità nei confronti di donne anziane cfr. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Le condizioni di vita delle donne nella terza e quarta età: aspetti bioetici nella assistenza socio sanitaria*, (2010), dove tra l'altro si sottolinea la necessità di contrastare il pregiudizio etico dell' 'ageismo'. Cfr. anche per il tema delle 'risorse' e della 'equità della salute': COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute* (2001); *Etica, sistema sanitario e risorse* (1998).

fermare davanti ai confini nazionali, ragione per cui sull'onda della crescente collaborazione internazionale occorre pianificare assieme e coordinare specifici provvedimenti di prevenzione e se del caso realizzare politiche sanitarie comuni.