

Etica medica e stato di emergenza sanitario: alcune riflessioni

L'emergenza Covid-19 sta mettendo sotto stress il SSN. Un numero non trascurabile di pazienti ospedalizzati (circa il 10%) necessita di ricorso a terapia intensiva: come è possibile rispondere alle necessità cliniche reali della popolazione se la disponibilità effettiva di risorse intensive è scarsa? La curva epidemiologica del Covid-19 ha, in questo momento, un andamento esponenziale, mentre l'incremento dei posti in UTI (unità terapia intensiva) non può che avere un andamento lineare.

Il 6 marzo la SIAARTI (Società italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) ha prodotto un documento (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). I suoi estensori materiali sono Marco Vergano, Guido Bertolini, Alberto Giannini, Giuseppe Gristina, Sergio Livigni, Giovanni Mistraletti e Flavia Petrini. Le "Raccomandazioni" della SIAARTI avviano una riflessione importante. Nel prosieguo dell'intervento procedo, dunque, 1) a presentare i nodi-chiave del documento SIAARTI, 2) a sviluppare alcune considerazioni su di essi, 3) a esaminare l'intervento di Filippo Anelli, presidente della Fnomceo, dell'8 marzo.

Il documento SIAARTI evidenzia come lo scenario attuale sia "sostanzialmente assimilabile all'ambito della medicina delle catastrofi". Uno scenario in cui potrebbero essere necessari *criteri di accesso* alle cure intensive e di dimissione dalle cure intensive non solo di "appropriatezza clinica e proporzionalità delle cure ma anche ispirati a criteri di giustizia distributiva e di appropriata allocazione delle risorse sanitarie. L'allocazione, come estensione del principio di proporzionalità delle cure, in un contesto di grave carenza delle risorse sanitarie, deve puntare a garantire i trattamenti di carattere intensivo" ai pazienti che hanno maggiori chances di sopravvivenza (una maggiore speranza di vita). Il bisogno di cure intensive va, pertanto, integrato con altri elementi di idoneità clinica alle cure intensive come il tipo e la

gravità della malattia, la presenza di comorbidità, la compromissione di altri organi e apparati e la loro reversibilità e, in taluni casi, anche l'età anagrafica del paziente.

“Il personale sanitario non è abituato a ragionare con criteri di *triage* da maxi-emergenza. La disponibilità delle risorse, di solito, non entra nel processo decisionale e nelle scelte del singolo caso finché le risorse non diventano così scarse da non consentire il trattamento di tutti i pazienti che necessiterebbero di cure intensive”. Il criterio del *first come, first served* dovrebbe lasciare spazio a criteri di idoneità clinica che, “una volta compiuti tutti gli sforzi per aumentare la disponibilità di risorse erogabili e valutata ogni possibilità di trasferimento dei pazienti verso centri con maggiore disponibilità”, rendano prioritario il trattamento dei pazienti con maggiore speranza di vita.

Nel documento si evidenzia che i “criteri straordinari di ammissione e dimissione, richiesti in una situazione straordinaria, sono flessibili e possono essere adattati localmente”. Tuttavia, si puntualizza anche che sarebbe opportuno 1) sollevare i clinici da una parte delle loro responsabilità; 2) rendere espliciti i criteri di allocazione delle risorse.

L'auspicio di rendere trasparenti i criteri adottati in un regime di emergenza sanitaria non può che essere accolto positivamente, così come l'invito a non (s)caricare la responsabilità di *ogni* aspetto delle scelte ai clinici. Va ricordato, infatti, che i *desiderata* di quanti affermano che il SSN non può abbandonare nessuno appaiono *nobili* da un lato, ma *utopistici* dall'altro, nella misura in cui il rapporto tra necessità cliniche reali della popolazione e disponibilità effettiva delle risorse è sbilanciato. Le risorse, infatti, possono essere incrementate ma, a un certo punto, al crescere del numero di pazienti, le risorse non cresceranno più determinando l'emergere di un *gap* tra domanda e offerta.

Le raccomandazioni contenute nel documento sono costruite, dunque, intorno a criteri di ottimizzazione delle risorse ed efficienza (*potenziale* successo clinico che ci si attende da un trattamento sanitario): massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone.

Proviamo a ragionare attraverso la presentazione di alcuni esempi. Esempio 1: è rimasto un solo posto in UTI e abbiamo due pazienti con polmonite interstiziale, caratterizzata da ipossiemia severa. Hanno entrambi bisogno di supporto ventilatorio. Il primo paziente è un ottantenne che presenta comorbidità (ipertensione, diabete mellito, coronaropatie); il secondo paziente un quarantenne con assenza di patologie pregresse.

Risulta evidente che il primo paziente abbia delle chances minori rispetto al secondo di beneficiare della terapia di supporto ventilatorio.

Esempio 2: è rimasto un solo posto in UTI e abbiamo due pazienti con polmonite interstiziale. Il primo paziente è un quarantenne affetto da carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato. Il secondo paziente ottantenne è affetto da ipertensione e ipotiroidismo. Dal punto di vista clinico, il secondo paziente potrebbe avere più chances di beneficiare della terapia di supporto ventilatorio, benché abbia il doppio degli anni rispetto al primo paziente.

Esempio 3: è rimasto un solo posto in UTI e abbiamo due pazienti con polmonite interstiziale. Il primo è un quarantenne senza patologie pregresse, il secondo un ottantenne senza patologie pregresse. Qui la decisione di erogare la terapia ventilatoria in TI al primo paziente si baserebbe solo sul *criterio dell'età*?

Il primo paziente, in prospettiva, avrebbe più anni di vita salvati rispetto al secondo. Sembrerebbe, dunque, essere presente qui un criterio *esclusivamente* anagrafico. Se fosse presente un criterio *esclusivamente* anagrafico saremmo, tuttavia, passati dall'applicazione di un criterio *pragmatico* (basato sull'efficienza e la massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone) a un criterio *assiologico*. L'applicazione del criterio *esclusivamente* anagrafico poggerebbe infatti sulle seguenti affermazioni: 1) la privazione di un maggior numero di anni di vita è un male maggiore della privazione di un minor numero di anni di vita; 2) tra la morte di un uomo più vecchio e la morte di un uomo più giovane, la morte di un uomo più vecchio costituisce un male minore 3) la morte di un uomo più vecchio è, dunque, da preferire, tutto sommato, rispetto alla morte di un uomo più giovane. Tale formulazione risulta problematica. Si potrebbe,

infatti, obiettare che non basta l'età a determinare se la morte di un individuo x rispetto a un altro individuo y sia un male minore o maggiore. Il quarantenne potrebbe non avere una vita relazionale e potrebbe aver tentato il suicidio qualche giorno prima, mentre l'ottantenne potrebbe avere un'intensa vita relazionale e un'esistenza migliore in termini di qualità. L'ottantenne potrebbe essere un eminente scienziato sul punto di trovare un vaccino contro l'HIV, mentre il quarantenne un pluriomicida condannato all'ergastolo.

In realtà il criterio anagrafico non va inteso così. Ci sono, per altro, indicazioni nel documento SIAARTI che porterebbero a escludere tale interpretazione. Infatti, si dice che 1) il criterio dell'età va considerato solo *in secundis* e non *in primis*; 2) si tratta di compiere scelte non *meramente* di valore. Dalla lettura di questo passaggio emerge, dunque, che il criterio dell'età è un criterio non adottato *in primis* e che quando viene adottato, lo è perché *avere più anni*, dal punto di vista clinico, equivale ad avere minori chances di recupero. Dunque, si tratta, ancora una volta, di un criterio clinico (obiettivo), niente affatto di un criterio morale. Sarebbe stato, forse, preferibile eliminare del tutto l'avverbio "*meramente*", che, se inteso alla lettera, potrebbe far pensare che un giudizio di valore, non esplicito, sia presente nelle scelte cliniche.

Veniamo all'ultima parte del contributo.

La discussione intorno al documento SIAARTI ha registrato vari interventi. Tra questi prendo qui in considerazione l'intervento del dottor Filippo Anelli. Ci sono vari passaggi da esaminare.

Anelli scrive che il documento SIAARTI viene recepito come "un grido di dolore". Tuttavia, benché nato nel pieno di un'emergenza il documento presenta riflessioni ponderate, su questioni di etica medica, che hanno *valore in sé*. Considerare queste riflessioni come un semplice grido di dolore le depotenzierebbe e renderebbe *ex ante* inutile la necessità di confrontarsi nel merito con esse.

Prosegue affermando che "nessun medico deve essere costretto a una scelta così dolorosa" e che "la guida" della Fnomceo "resta il Codice di Deontologia medica". Tuttavia, i *desiderata* non sempre vengono realizzati e la situazione che si sta prospettando, per

esempio, in questi giorni di emergenza per Covid-19 mette i medici di fronte allo scenario, *volens nolens*, di effettuare delle scelte, per quanto dolorose. Il riferimento al Codice di Deontologia medica, poi, presenta varie criticità. Innanzitutto, il Codice non è un monolite, può cambiare nel tempo e può essere sottoposto a rimodulazioni in base alle nuove esigenze e al mutare degli scenari. Proprio per questo, il Codice non è esente da critiche e il documento SIAARTI, anche se non lo dichiara esplicitamente, può rappresentare una critica all'assenza di indicazioni specifiche, all'interno del Codice, per la formulazione di decisioni in un quadro di emergenza e in regime di scarsità di risorse. Il Codice non è concepito per dare indicazioni nell'ambito della medicina delle catastrofi. Basti pensare che la parola "emergenza" ricorre nel testo 3 volte, con particolare riferimento all'art. 36 "Assistenza di urgenza e di emergenza. Il medico assicura l'assistenza indispensabile, in condizioni d'urgenza e di emergenza, nel rispetto delle volontà se espresse o tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento se manifestate". Non è mai menzionata l'espressione "scarsità di risorse". Mai menzionata l'espressione "medicina delle catastrofi". Menzionata sei volte la parola "urgenza" ma non in riferimento a contesti emergenziali come quello al quale stiamo assistendo. Dunque, il Codice deontologico è privo di qualsiasi indicazione in merito alla gestione di scenari "catastrofici" e di "saturazione delle risorse disponibili" eppure, secondo Anelli, dovrebbe essere la guida *unica e inderogabile* della pratica medica (anche) in scenari che non vengono da esso contemplati.

L'intervento di Anelli prosegue con altre affermazioni che vado a esaminare. Si dice "non possiamo permettere che si verifichino gli scenari prospettati da SIAARTI" e che "il nostro SSN è forte e il Ministero della Salute e il Governo stanno, con i provvedimenti eccezionali di questi giorni, ulteriormente mettendolo in sicurezza. Stanno aumentando i posti nelle terapie intensive, comprando le apparecchiature necessarie, assumendo personale". Ancora una volta sembra esserci un gap tra gli auspici, i desiderata e la realtà. Quel "non possiamo permettere" suona come un auspicio e tale resta. In realtà ci sono dei limiti a ciò che possiamo o non possiamo fare, così come ci sono dei limiti oltre i

quali il nostro SSN non può andare. Le risorse economiche da destinare all'acquisto di nuove apparecchiature e per l'assunzione di personale medico-infermieristico non sono infinite. Per altro sarebbe da discutere anche la *forza* del nostro SSN. Che cosa si intende, infatti, per "forza"? Se per forza si intende "forza organizzativa" o "mezzi e risorse economiche ingenti", allora va rilevato che il nostro SSN sta mostrando, proprio in questi giorni di lotta nelle corsie e nelle UTI per contrastare le infezioni da Covid-19, sia le *diseguaglianze* tra Nord e Sud, con regioni come la Calabria che dispongono di un numero ridottissimo di posti in TI (un numero che non sarà in grado di far fronte alle necessità cliniche reali dei pazienti, anche se si prevedesse di incrementare i posti della TI e il personale preposto), sia alcuni deficit che riguardano persino le regioni più attrezzate come la Lombardia, il Veneto e l'Emilia Romagna.

Anelli, poi, nel ribadire che bisogna "prevenire ed evitare il verificarsi delle condizioni definite di 'medicina delle catastrofi'" chiede alle Regioni e anche alla Sanità militare e privata che siano reclutate nell'emergenza, mettendo a disposizione le loro strutture. Questo passaggio appare condivisibile ma non risponde nel merito alle questioni poste dal documento SIAARTI. Anzi, fino all'ultimo sembra voler schivare le questioni. Questa strategia di *distanziamento* viene ulteriormente corroborata attraverso l'affermazione che chiude l'intervento, in cui Anelli scrive che "l'applicazione di criteri di razionamento è l'estrema ratio e richiede una discussione bioetica collegiale interna alla professione e che pervada l'intera società". In questa affermazione non si tiene conto di almeno tre elementi: 1) siamo in una situazione di emergenza e non appare verosimile lo scenario per cui si riesca, in tempi ragionevoli, a imbastire una discussione collegiale che riguardi l'intera professione medica e pervada l'intera società"; 2) la discussione può, nei limiti dettati dall'attuale situazione, partire proprio da un'analisi di merito delle questioni poste dal documento SIAARTI da cui invece Anelli sembra voler svicolare; 3) il fatto che l'applicazione di criteri di razionamento costituisca l'estrema ratio dovrebbe suggerire di imbastire un percorso di riflessione - e il documento SIAARTI aveva

occasionato tale riflessione- per poter essere, qualora si presentasse lo scenario peggiore, *preparati* ad affrontarlo.

Anelli sembra, dunque, adottare una strategia di fuga dinanzi ai problemi posti dal documento SIAARTI 1) ribadendo che si tratterebbe di uno scenario inverosimile e 2) richiamando il Codice di Deontologia medica, un Codice che non fornisce, però, alcuna indicazione su come gestire scenari di estrema emergenza.

Dunque, per concludere, l'affermazione di Anelli per cui "tutti i pazienti sono uguali e vanno curati senza discriminazioni" può essere interpretata in vari modi. Provo ad avanzare un'interpretazione. Verosimilmente, Anelli vuole dire che il medico non formula giudizi morali sui pazienti da trattare ma eroga i propri servizi senza fare distinzioni. Lo specifico quadro clinico del paziente non sembrerebbe essere una caratteristica rilevante. Il paziente, in questa prospettiva, è prima di tutto un *uomo*. Tale approccio, però, sembra essere espressione di un vitalismo di fondo che, in realtà, produce discriminazione tra i pazienti. Trattare tutti i pazienti come se fossero uguali, in quanto umani, finisce con il porre *in secondo piano* le caratteristiche rilevanti di ciascuno, ossia lo specifico quadro clinico e lo specifico contesto entro il quale il paziente riceve una prestazione sanitaria. Quindi, l'affermazione di Anelli appare discutibile per due ragioni: 1) Non si possono approcciare scenari diversi con gli stessi strumenti; 2) non si possono trattare pazienti diversi (per delle caratteristiche rilevanti) come se fossero identici. Infatti, trattare scenari diversi come se fossero identici e/o pazienti diversi come se fossero identici genererebbe una discriminazione (cfr. anche la riflessione di Maurizio Mori apparsa su QS il 13 marzo). Probabilmente, Anelli con la sua affermazione vuole sottolineare che tutti i pazienti sono uguali perché agli occhi del medico ogni vita umana è meritevole della stessa considerazione ma l'accettazione del vitalismo sotteso a questa posizione finisce con il trascurare ciò che realmente c'è di rilevante in una vita, cioè la sua qualità e la sua capacità di strutturarsi in forma biografica.