

Criteria etici per l'emergenza

di **Giannino Piana**

in "Rocca" n. 7-8 del 1 e 15 aprile 2020

L'epidemia da *coronavirus* (Covid- 19), divenuta – come ha confermato l'Organizzazione mondiale della sanità – una vera pandemia, solleva interrogativi inquietanti anche di carattere etico.

L'aumento costante dei casi di insufficienza respiratoria acuta di soggetti che esigono di essere ricoverati in terapia intensiva non può che preoccupare. La possibilità di far fronte a tali casi non è indefinita; esiste una saturazione delle risorse (nel caso italiano peraltro più consistente che in altri paesi europei, anche per precise responsabilità politiche) che potrebbe imporre – i medici che operano nei centri di terapia intensiva ci assicurano che questo non è finora avvenuto – l'adozione di scelte drammatiche ma doverose.

I soggetti con diagnosi di infezione da Covid- 19 non sono fortunatamente tutti nelle stesse condizioni. La maggior parte escono dallo stato patologico in modo normale.

Vi è tuttavia un numero piuttosto rilevante di pazienti – si calcola attorno a un decimo del totale – che richiedono, a causa di uno stato di insufficienza respiratoria dovuta a una polmonite interstiziale, un trattamento intensivo con ventilazione.

Il rischio è che l'avanzare dell'infezione comporti la creazione di uno squilibrio tra reali necessità della popolazione ed effettiva disponibilità delle risorse (in questo caso soprattutto dei respiratori artificiali).

Il che rende necessario individuare criteri di accesso alla terapia intensiva ispirati alla giustizia distributiva, caratterizzati cioè da una appropriata allocazione delle risorse sanitarie in circostanze nelle quali, per la loro limitatezza, non sono in grado di soddisfare le esigenze di tutti.

la definizione dei criteri

Un importante contributo a tale proposito è stato offerto agli operatori e alla popolazione del nostro Paese dalla Società italiana degli anestesisti e rianimatori (Siiarti) che ha redatto, grazie al contributo di un gruppo di esperti, un significativo documento, pubblicato il 6 marzo 2020 con il titolo esplicativo *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*. Le indicazioni fornite – lo si precisa fin dall'inizio – sono destinate ad affrontare una situazione di straordinaria eccezionalità o di maxiemergenza – normalmente la scarsità di risorse non entra nel processo decisionale – e vanno assunte con estrema prudenza e con un'ampia consultazione tra esperti.

La previsione (non infondata) che la fase acuta dell'infezione da Covid-19 sia destinata a durare per un po' di tempo, e dunque che ci si possa trovare di fronte a situazioni come quelle delineate, è la ragione che ha spinto la Società degli anestesisti e rianimatori a farsi responsabilmente carico di una serie di indicazioni normative, peraltro già in gran parte contenute in precedenti documenti ufficiali della stessa società, che altro non sono che la traduzione concreta di un principio fondamentale della bioetica, quello già ricordato della giustizia distributiva.

Il criterio fondamentale, che sta alla base delle disposizioni fornite anzitutto ai medici e al personale sanitario in genere è che, di fronte all'impossibilità di trattare allo stesso modo tutti i pazienti che potrebbero beneficiare di uno specifico intervento clinico, la scelta è di dare la precedenza – nel caso specifico fornendo i trattamenti di carattere intensivo – ai pazienti con maggiore possibilità di successo terapeutico, privilegiando dunque la maggiore speranza di vita. Questo implica anzitutto che non si possa seguire in modo indiscriminato il semplice ordine di accesso dei pazienti, ma si debbano stabilire delle precedenze che vanno fatte rispettare con rigore, assumendosi anche l'onere (pesante) di dover fronteggiare le reazioni di pazienti e familiari di coloro che vengono esclusi.

le modalità applicative

La messa in pratica di tale criterio esige il riferimento ad alcuni parametri che hanno come denominatore comune la maggiore possibilità di sopravvivenza: dall'età alla condizione clinica

complessiva – è evidente la necessità di tener conto della gravità delle forme di morbosità pregresse e della compromissione di organi e di apparati (e questo indipendentemente dall'età) – con una valutazione di insieme che considera prioritario intervenire su chi può avere più anni di vita salvata. La decisione è senz'altro sul piano emotivo difficile – si tratta di rinunciare a fornire ad alcune persone tutti i trattamenti che in situazioni normali verrebbero loro offerti – ma non si può sfuggire a motivazioni razionalmente stringenti, e che esigono pertanto di venire assecondate.

Questo non implica ovviamente rinuncia a curare i pazienti non sottoposti a tali trattamenti con altre modalità proporzionate alla situazione. Il mancato accesso al percorso intensivo, che in casi di estrema emergenza può essere impedito a chi ha raggiunto un certo limite di età – vi sono situazioni nelle quali può diventare necessario porre tale sbarramento – non può certo comportare un totale abbandono: esistono altre possibili forme di attività terapeutica che vanno adottate, prima fra tutte le cure palliative.

La dignità della persona non può venire meno in nessun momento e per nessuna ragione, e il rispetto che le è dovuto deve manifestarsi in un accompagnamento clinico caratterizzato da una forma di *pietas* che conferisce alla medicina un significato umanizzante.

La delicatezza di tali circostanze obbliga all'adozione di una consistente dose di flessibilità, sia verificando di giorno in giorno l'appropriatezza degli obiettivi di cura e la loro effettiva proporzionalità, sia valutando caso per caso – non tutte le situazioni sono uguali – la portata reale dello stato patologico del paziente, nonché prendendo in considerazione le eventuali alternative, ad esempio la possibilità del trasferimento in altro ospedale o in altra clinica. Ma soprattutto obbliga a un processo decisionale condiviso, che esige il coinvolgimento di diversi attori con diverse competenze; mentre, a sua volta, la comunicazione della decisione al paziente e/o ai familiari deve avvenire con il massimo di motivazione documentata e con quella attenzione alla sensibilità delle persone che consente di non interrompere, anche in circostanze particolarmente gravose come queste, il dialogo.

una politica più efficace e vigilante

Ma, al di là delle immediate decisioni da assumere in un tempo di straordinaria emergenza come l'attuale e dei criteri cui ispirarsi in tale situazione, il *coronavirus* deve spingere a rivedere criticamente gli indirizzi di politica sanitaria perseguiti negli ultimi decenni nel nostro Paese. Se è vero infatti che il sistema sanitario italiano è uno dei migliori del mondo e che offre, in tempi normali, garanzie a tutti di essere debitamente assistiti – pur con alcune differenze (di non poco conto) tra le eccellenze di alcune regioni del Nord e le carenze talora rilevanti di alcune regioni del Sud – non è meno vero che sussistono (e si sono accentuate negli ultimi anni) non poche lacune che sono venute con prepotenza a galla in una situazione eccezionale come quella odierna.

La carenza di personale medico e infermieristico, anche per aver persistito con il numero chiuso nelle facoltà di medicina delle Università e nell'ammissione alle specializzazioni (in alcune in particolare) senza tener conto del reale fabbisogno, il numero sempre più ristretto di posti letto in genere – l'Italia ne ha la metà della Germania – e dei posti di terapia intensiva in specie – un quinto rispetto alla Germania –, e la riduzione degli spazi del pubblico a favore del privato sono altrettanti indici che denunciano la presenza di una politica miope (per non dire incosciente), che ha teso a risparmiare – gli investimenti governativi si sono di fatto ridotti – in un settore, quello della salute, che riveste un'importanza primaria per la vita dei cittadini.

La situazione di gravissimo disagio creatasi in conseguenza dell'epidemia da *coronavirus* può (deve) allora diventare l'occasione per un serio rinnovamento della politica sanitaria, sia attraverso l'incremento della disponibilità di risorse, sia attraverso una gestione più accorta delle stesse, programmando con rigore gli interventi e tenendo conto anche delle emergenze che, in una situazione di sempre più stretta interdipendenza dovuta al fenomeno della globalizzazione, rischiano di moltiplicarsi. La chiara manifestazione delle debolezze dell'attuale sistema sanitario deve diventare stimolo a un suo cambio strutturale, al quale deve accompagnarsi una maggiore coscientizzazione e un maggiore impegno di partecipazione dell'intera cittadinanza.