

## COMMENTARIO

# Considerazioni in merito al parere del Comitato Nazionale di Bioetica. Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “trriage in emergenza pandemica”

## *Considerations on the opinion of the National Bioethics Committee. Covid-19: the clinical decision in conditions of lack of resources and the criteria of the “trriage in an emergency pandemic”*

■ **ILARIA GIUBBILÒ<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Infermiere. Aulss3 Serenissima Veneto, Rianimazione generale e neurochirurgica Ospedale dell'Angelo di Mestre. *Membro commissione Etica Aniarti.*



### RIASSUNTO

Nell'ambito della recente pandemia Sars-Cov-2 correlata si è posta in evidenza in Italia la problematica della scarsità delle risorse in sanità e sul come destinarle su base etica oltre che economico/manageriale. Il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) nel parere dell'8 aprile 2020 ha riconosciuto il criterio clinico il più adeguato punto di riferimento finanche nelle situazioni di triage in emergenza pandemica, ritenendo qualunque altro criterio “di selezione [...] eticamente inaccettabile”.

Ciò viene detto in risposta alle Raccomandazioni di etica clinica della Società Scientifica SIAARTI, uscite a marzo 2020, nelle quali si ipotizza l'introduzione di un limite di età per l'accesso di pazienti affetti da CoViD al percorso intensivo di cure, stanti risorse sempre più scarse e terapie intensive ad alti livelli di saturazione.

Affinchè però tutto il dibattito che se ne è generato a vari gradi (ordini professionali, opinione pubblica, organismi istituzionali...) sia propositivo, deve venire recuperato un percorso di senso.

Un suggerimento in questa direzione deriva dall'etica dei trapianti. Nel mondo della donazione e dei trapianti è difatti quotidiana la decisione su come allocare le scarse risorse portando avanti scelte valoriali anche forti, nell'ottemperanza di principi etici, deontologici, giuridici, senza rischiare la deriva del piano inclinato.



### ABSTRACT

As part of the recent related Sars-Cov-2 pandemic, the problem of scarcity of resources in healthcare and how to allocate them on an ethical as well as an economic / managerial basis has been highlighted in Italy. The National Bioethics Committee (NBC) in its opinion of April the 8 2020 recognized the clinical criterion as the most appropriate point of reference even in triage situations in pandemic emergencies, deeming any other criteria “of selection [...] ethically unacceptable”.

This is said in response to the recommendations of clinical ethics of the SIAARTI Scientific Society, issued in March 2020, in which it is hypothesized the introduction of an age limit for the access to ICUs of CoViD patients, as resources became more scarce and hospitals'intensive wards was at the highest levels of saturation.

However, if all the debate that has been generated at various levels (professional orders, public opinion, institutional bodies ...) will be proactive, a path of meaning must be recovered.

A suggestion in this sense comes from the ethics of transplants. In the world of donation and transplants, in fact, the decision on how to allocate resources is made daily by carrying out even strong value choices, in compliance with ethical, deontological and legal principles, without risking the drift of the inclined plane.

**COMMENTARIO**

PERVENUTO: 19/08/2020

ACCETTATO: 10/09/2020

**Corrispondenza per richieste:**

Ilaria Giubbilo

giubbilo.ilaria@gmail.com

**Conflitti d'interesse:**

L'autore dichiara di non avere conflitti d'interesse.

Nell'ambito della recente pandemia Sars-Cov-2 correlata, il nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è stato sottoposto ad una enorme pressione, in cui si è posta in evidenza la problematica dell'allocazione delle risorse in termini di scarsità delle stesse. Fatti salvi i principi di giustizia, equità, solidarietà, beneficenza ed universalità su cui il SSN stesso trova fondamento<sup>[1]</sup>, nonché il diritto alla salute sancito costituzionalmente<sup>[2]</sup>, il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) ha riconosciuto il *criterio clinico* il più adeguato punto di riferimento da assumere finanche nelle situazioni di *triage in emergenza pandemica*, ritenendo qualunque altro criterio "*di selezione (...) eticamente inaccettabile*"<sup>[3]</sup>.

Il *criterio clinico* a sua volta trova fondamento su *appropriatezza clinica* e *attualità*, le quali entrambe rimandano a una decisione medica basata sulla valutazione dell'efficacia del trattamento proposto in riferimento al bisogno clinico. Trattamento che va da una parte *proporzionato* al singolo paziente al fine di garantirgli la *maggior possibilità di sopravvivenza* e dall'altra *attualizzato* alla "*comunità dei pazienti*" di cui la valutazione sull'individuo deve tenere conto (legasi, durante il *triage in emergenza pandemica*, la compilazione di liste di attesa che categorizzano i malati in base a clinica e prognosi, rivedibili su continua rivalutazione delle condizioni di gravità dei singoli).

Il CNB pare agilmente sorvolare il dilemma etico che potrebbe andarsi a porre (così come è di fatto accaduto) nella valutazione secondo il *criterio clinico* qualora la *presentazione clinica* di due pazienti sia la medesima e siano entrambi afferenti a categorie *vulnerabili* (anziani o disabili o malati già cronici, ad esempio), suggerendo come target la *maggior possibilità di sopravvivenza* appunto.

Criteri quali età, sesso, condizione o ruolo sociale non devono andare ad incidere, aggiunge il CNB, pur costituendo fattori ulteriori di valutazione comunemente ordinari e posti a corollario.

Secondo il CNB i clinici, anche in condizioni di *triage pandemico*, devono basare la decisione di trattamento sulla gravità della presentazione dei sintomi (*il grado di urgenza*) senza scegliere un parametro od un fattore di riferimento, pena la creazione di disuguaglianze e aprioristiche categorie di svantaggiati.

Il costante accenno all'età quale criterio di scelta è chiaramente indirizzato a voler rispondere alle Raccomandazioni di etica cli-

nica<sup>[4]</sup> della Società Scientifica SIAARTI uscite un mese prima, scaturite dall'urgenza di voler confortare ed aiutare nella decisione clinica i propri rianimatori *sul campo*.

Nei giorni in cui escono le tanto discusse Raccomandazioni, nei pronto soccorsi di alcune regioni del Nord Italia (Lombardia in primis) le equipe sanitarie afferenti ai dipartimenti di urgenza ed emergenza si trovano infatti a subire il peso mentale, morale, fisico ed emozionale di aver dovuto/dover fare scelte strazianti.

Tali scelte sono su *chi* destinare ad un percorso intensivo di cure (che in quelle condizioni pare significare una speranza maggiore di sopravvivenza), a fronte di un massiccio afflusso di pazienti presentanti gravissima insufficienza respiratoria in cui l'agente eziologico, i percorsi di diagnosi e cura e la prognosi sono quasi completamente ignoti, con risorse che via via vanno sempre più scarseggiando (risorse umane e materiali).

Le Raccomandazioni giustamente pongono l'accento sulla dolorosa alternativa, per quanto terapeutica, di destinare alle cure palliative chi non avesse trovato accesso, su decisione clinica, al percorso intensivo.

Le condizioni di emergenza, che di lì a poco da endemica sarebbe divenuta presto pandemica, SIAARTI dice, a firma del Gruppo di Studio di Bioetica, rischiano di acquisire via via i contorni dello scenario da *medicina delle catastrofi*.

La Raccomandazione che più fa discutere è la numero 3: "Può rendersi necessario porre un *limite di età all'ingresso in TI*. Non si tratta di compiere scelte meramente di valore" continua la Raccomandazione, su a chi "riservare risorse che potrebbero essere scarse" e cioè "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."<sup>[5]</sup>

A ben vedere vi sono delle contraddizioni logiche in questa raccomandazione che mettono in evidenza il motivo di tanta discussione e fanno comprendere la reazione che ha comportato. È difatti interpretabile come *valoriale* una scelta che faccia dipendere la decisione di un percorso intensivo o meno basandosi sul criterio di età. E questo per due motivazioni:

\* *la prima: ogni scelta ha a monte un valore che ne fa da fondamento e sfondo*, altresì non si avvertirebbe il dolore morale del *dover decidere*.

Pertanto pare difensivo il voler sottolineare che la scelta del criterio di età non sia valoriale.

\* *la seconda: il limite di età non è logicamente contenuto nei primi beneficiari, quelli aventi le "maggiori probabilità di sopravvivenza", né nei successivi, cioè quelli che vedrebbero "più anni di vita salvata" in quanto, come il CNB chiosa, tanti sono i criteri di valutazione ordinaria (senza chiamare in causa la medicina delle catastrofi) che portano a tale inferenza, tra cui anche, ma non solo e non per primo, l'età.*

Ciò che però correttamente preoccupa SIAARTI è "uno scenario di saturazione totale delle risorse intensive" generato dal "decidere di mantenere un criterio di "first come, first served". Qualora si scelga di non impostare un *criterio* di riferimento, ma la mera *presentazione clinica* ciò comporta "scegliere di non curare gli eventuali pazienti successivi che rimarrebbero esclusi dalla Terapia Intensiva."

Il CNB condivide la preoccupazione, ovvero garantire "l'universalità delle cure" mettendo doverosamente in atto "tutte le strategie possibili, anche di carattere economico-organizzativo".

Il parere del CNB è apparso più una risposta dal forte peso istituzionale alla questione sui limiti di età all'accesso alle cure intensive che un parere che possa aiutare e guidare i clinici nelle decisioni. Non emerge ad esempio, se non con un certo paternalismo, la difficoltà del contesto operativo da cui nascono invece con urgenza le Raccomandazioni.

Il CNB scrive che le decisioni non vanno prese da un unico medico, ma da un consulto, lasciando intravedere un clima quasi disteso in cui le valutazioni cliniche possano essere prese con lucida collegialità. Una perdita di contesto piuttosto stridente, se si pensa a quale fosse la situazione caotica degli ospedali nei primi giorni di marzo 2020.

Ugualmente, la preoccupazione è rivolta all'opinione pubblica, che deve, secondo il CNB, essere resa edotta e tranquillizzata con trasparenza in merito ai criteri di scelta che i clinici decideranno di impiegare, in modo che possa prendere decisioni personali in materia libere ed informate qualora necessario, con disposizioni anticipate e pianificazione delle cure<sup>[6]</sup>. Anche qui, una perdita di contesto dolorosa se si pensa che la malattia fosse quasi del tutto ignota, che fosse difficilissimo

fare prognosi, che non si sapesse quali forme terapeutiche impiegare per risolvere delle drammatiche insufficienze respiratorie in cui parlare, ragionare, spiegare, condividere sarebbero stati impossibili in quei primi giorni di marzo 2020.

Dal documento SIAARTI pare trasparire invece una solitudine decisionale che costituisce la nota più dolente dell'intero contributo. Tanto da spingere la Società stessa a sancire come obiettivo primo della stesura il *sollevare i clinici dalla responsabilità delle scelte*. Il Presidente della FNOMCeO chiama il documento "un grido di dolore"<sup>[17]</sup> degli anestesisti e un'invocazione d'aiuto. Il CNB intende, con il suo parere, "rivolgersi ai medici e agli operatori sanitari e sociali, ribadendo gratitudine per il loro operato e forte sostegno per le difficoltà che incontrano nelle scelte quotidiane: il Comitato è consapevole che non debbano essere lasciati soli."<sup>[18]</sup>

Il documento della SIAARTI è stato colto come un moto emotivo più che come una razionale indicazione per uniformare il comportamento clinico che una Società Scientifica fa ai suoi membri. Ciò si può dedurre, oltre che nel discusso *limite d'età*, anche nella scelta di impiegare il termine *raccomandazioni* in un contesto di etica clinica.

Scopo delle linee guida (LG) non è "sollevare i clinici da una parte della responsabilità nelle scelte, che possono essere emotivamente gravose, compiute nei singoli casi"<sup>[9]</sup>, bensì, secondo la definizione dell'Institute of Medicine le LG sono "raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche"<sup>[10]</sup> affiancando a ciascuna il grado di evidenza.

### Spunti per il futuro

Quanto vissuto in Italia nei primi mesi del 2020 è stato un alcunchè di scioccante. Come è tipico di un disturbo post-traumatico stiamo però già cominciando a dimenticare, i ricordi divengono meno vividi, le influenze esterne, per contro, possono sia correggere ricordi errati sia crearne, sostituendoli con la peggiore infodemia. L'obiettivo, per così dire, terapeutico da perseguire è far sì che queste esperienze perdano l'intensa componente emotiva associata e permettano di usare i "ricordi dolorosi" in modo costruttivo, trasformandoli in una risorsa.

L'esempio assimilabile più recente è quanto accadde ad esempio in seguito all'influenza spagnola (1915-1918) che causò il contagio di 500 milioni di persone e oltre 50 milioni di morti: negli Stati Uniti<sup>[11]</sup> pur vedendo il fervore di medici e scienziati, non si vide l'innescarsi al termine di grandi cambiamenti nelle strutture sanitarie, scolastiche, universita-

rie e governative.

Pregio delle Raccomandazioni SIAARTI è stato far diventare l'urgenza di quei giorni un motivo di discussione sulle risorse in sanità. Se e quando drammaticamente scarseggiano, scoprono tutte le ferite di questo sistema sulle quali la pandemia ha generosamente versato sale.

Se ne è sicuramente aperto un dibattito economico, finanziario, manageriale che auspichiamo porti a rivedere le scelte regionali e nazionali in sanità.

Va pensato come ci si dovrà orientare al drammatico ripresentarsi di una situazione in cui si richieda un qualche tipo di *triage* imposto dalla massimizzazione del bene individuale e collettivo.

Tale risposta non dovrà essere solo clinica, neppure solo economico/manageriale ma anche etica e che non tema di essere *valoriale* nel rispetto dei diritti e principi sanciti nella nostra Costituzione e che hanno ispirato la genesi del nostro SSN.

Affinché il documento SIAARTI e tutto il dibattito che grazie ad esso se ne è generato a vari livelli (ordini professionali, opinione pubblica, organismi istituzionali...) sia propositivo, deve venire recuperato un percorso di senso. Per ciò detto, il parere dell'8 aprile 2020 rischia di essere stata un'occasione persa dal CNB di assumere per i clinici un ruolo di punto di riferimento in merito alle scelte ed alle decisioni in contesti gravosi e drammatici.

Per quanto cerchi di andare verso questa strada, il parere del CNB non pare infatti ad una prima lettura essere risolutivo, indicativo o dare le risposte di cui si potrebbe nuovamente avere bisogno. La prima impressione è il lasciare i clinici ancor più soli, ancor più in balia di un criterio clinico che *da solo* possa essere discernente. Contiene però delle profonde considerazioni e delle riflessioni che meritano una seconda, più meditata lettura.

Un suggerimento per far costruire alla bioetica oggi, con la crisi dei mesi di febbraio e marzo alle spalle, ma pronti e lucidi ad altre recrudescenze, un ponte di dialogo tra i professionisti, il mondo delle istituzioni e l'opinione pubblica potrebbe essere il riferimento all'etica dei trapianti<sup>[12,13,14,15,16]</sup>.

Il mondo della donazione e dei trapianti è difatti un esempio piuttosto suggestivo di scarsità di risorse in situazioni di "normalità": la decisione su come allocare le risorse (sempre scarse) a fronte delle richieste (sempre elevate) costituisce l'ordinario. Supponendo ad esempio una scelta da farsi su pazienti presentanti "parità di bisogno" e "priorità terapeutica"<sup>[17]</sup> *oltre alle considerazioni di carattere medico* [il summenzionato *criterio clinico*, NdA], ci dovranno essere dei criteri che orientano l'individuazione dei beneficiari [...]<sup>[17]</sup>.

Ed ancora: "Nell'allocazione degli organi, il criterio dell'imparzialità non può essere

assoluto in quanto *ogni scelta è valoriale e*, quindi, soggetta a criteri di riferimento. Occorre quindi disporre di una griglia di criteri da far interagire con l'analisi delle situazioni, delle possibilità e della complessità"<sup>[17]</sup>.

C'è esplicitazione di quali siano questi *criteri*, e quindi quali valori, laddove ad esempio si parla di "[...] massimizzazione dei benefici [...], persone che hanno maggiori responsabilità sociali nei confronti di altri soggetti[...], intervento che ha più alte possibilità di riuscita [...]"<sup>[17]</sup>.

Riguardo le "necessità di pazienti che hanno aspettative di vita più lunghe"<sup>[21]</sup>, queste possono essere valutate senza dover ricorrere ad un preciso criterio anagrafico o ad un generico maggior numero di "anni di vita salvata", come a suggerire implicitamente che questi anni son conseguentemente di più in chi sia più giovane.

Le aspettative di vita più lunghe emergono tra coloro che necessitano di trapianto ma non versano ad esempio in condizione clinica di terminalità, perchè su questi è "ingiusto"<sup>[17]</sup> prolungare la vita.

Ipotizzare un criterio elettivo di scelta imposto dalla scarsità delle risorse e basato sul limite d'età non fa invece trovare conforto di fronte ad un dilemma etico in a chi destinare il "gold standard treatment": fatte le dovute valutazioni può difatti risultare che sia più giusto ad esempio assegnarlo al più anziano a scapito del più giovane, perchè, a parità di clinica, la maggiore aspettativa di vita è del primo.

Il ruolo della bioetica, attraverso comitati e consulenti, dovrebbe consentire una facilitazione ed un conforto ai clinici, consentendo loro di scegliere sulla base di motivazioni che non solo sembrino, ma che logicamente siano forti.

Il dibattito in seno all'etica clinica sulla corretta allocazione delle risorse in scarsità delle stesse può venire condotto portando avanti scelte valoriali anche forti, motivando parzialità, tagli, scarti ed impiego di criteri.

Il tutto nell'ottemperanza di principi etici, deontologici, giuridici, puntando alla massimizzazione del bene, al rispetto dell'universalità delle cure e della equa distribuzione senza però rischiare di scivolare su pericolosi ed indifendibili piani inclinati da cui sia facile la deduzione di una deriva di discriminazioni preconcepite, categorie aprioristiche, stigmi e disuguaglianze.

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Legge 23 dicembre 1978, n. 833 Istituzione del servizio sanitario nazionale Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie Pubblica, 28 dicembre 1978;360
2. Costituzione della Repubblica Italiana, Parte I. Diritti e doveri dei cittadini. Titolo II. Rapporti etico-sociali. Articolo 32. Gazzet-

- ta Ufficiale della Repubblica Italiana, Edizione Straordinaria, 27 dicembre 1947;298
3. CNB (Comitato Nazionale di Bioetica), Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica" , 8 aprile 2020, [online] <http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica/>
  4. SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva), 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, 06 marzo 2020, [online]; <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>
  5. SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva), 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, 06 marzo 2020, [online]; <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>
  6. Legge 22 dicembre 2017, n 219 Disposizioni in materia di consenso informato e di Disposizioni Anticipate di Trattamento, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 16 gennaio 2018;12
  7. Ufficio stampa FNOMCeO, Nostra guida resta il Codice deontologico, 7 marzo 2020, [online] <https://portale.fnomceo.it/anelli-fnomceo-su-documento-siaarti-nostra-guida-resta-il-codice-deontologico/>
  8. CNB (Comitato Nazionale di Bioetica), Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica" , 8 aprile 2020, [online] <http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica/>
  9. SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva), 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, 06 marzo 2020, [online]; <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>
  10. Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington DC: National Academic Press, 1992, [online]; <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309045894>
  11. Crosby AW, America's Forgotten Pandemic The Influenza of 1918, 2° Ed., Cambridge, Cambridge University Press; 2003
  12. CSEB (Centro Studi di Etica e Bioetica), Trapianti d'organo. Un documento del CSEB, Studi di teologia Idoli fra noi, n 44, supplemento etico n 8; 2010/2
  13. Privitera S (a cura di), La donazione di organi. Storia, etica, legge, 1° Ed., Roma, Città Nuova editrice; 2004
  14. Larghero E, Donadio PP (a cura di), I trapianti tra scienza ed etica, 1° Ed, Torino, Edizioni Camilliane; 2008
  15. Lamb D, Il confine della vita. Morte cerebrale ed etica dei trapianti, 1° Ed., Bologna, il Mulino/Contemporanea 21; 1987.
  16. Berlinguer G, Garrafa V, Il nostro corpo in vendita. Cellule, organi, DNA e pezzi di ricambio, 1° Ed., Milano, Baldini & Castoldi; 2000
  17. CSEB (Centro Studi di Etica e Bioetica), Trapianti d'organo. Un documento del CSEB, Studi di teologia Idoli fra noi, n 44, supplemento etico n 8; 2010/2.