

I dilemmi etici per i professionisti sanitari durante le pandemie: una revisione della letteratura

Ethical dilemmas of healthcare workers during pandemics. Literature review

■ JULY COLACITO¹, MARIALUISA BUFFON²

¹ Infermiere clinico Residenza Anziani Città di Treviso – ISRAA –Treviso – Regione Veneto

² Dirigente Professioni Sanitarie – UOSD Sistemi Gestione Qualità - Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana – Regione Veneto



RIASSUNTO

Introduzione: Nell'ultimo anno si è verificato un vivace dibattito a proposito delle questioni etiche insorte durante la pandemia da Sars-CoV-2. L'elevato numero di pazienti da assistere a fronte di risorse sanitarie scarse ha posto i professionisti sanitari di fronte a scelte difficili. Per tali ragioni è stata condotta una revisione della letteratura, con lo scopo di analizzare quali dilemmi etici possono insorgere in un periodo pandemico e quale ruolo abbiano gli infermieri nell'affrontarli.

Materiali e metodi: La ricerca di letteratura è stata condotta nelle banche dati Pubmed e CINAHL e siti specializzati che si occupano di questioni etiche. Sono stati reperiti 181 articoli, 91 articoli full-text sono stati sottoposti ad analisi e 31 articoli inclusi nella revisione in quanto coerenti con i quesiti di ricerca.

Risultati: Il dilemma etico più dibattuto in letteratura riguarda i criteri di triage per l'accesso alle terapie intensive e l'equa allocazione dei ventilatori. I dilemmi si manifestano per la necessità di integrare i criteri di appropriatezza clinica e di proporzionalità delle cure, che sono alla base del processo decisionale per l'accesso ai trattamenti intensivi. Ricorrere al criterio etico di proporzionalità richiede l'integrazione tra criteri oggettivi clinici e criteri non clinici, che comporta una valutazione di onerosità, in termini fisici, psicologici, emotivi, assistenziali per persona assistita e caregiver non facilmente praticabile. Alcuni autori propongono la creazione di un team multi professionale, composto anche da un infermiere, che sostenga le decisioni dei clinici.

Discussione e Conclusioni: La letteratura è concorde sulla necessità di avviare la riflessione pubblica e all'interno delle organizzazioni sanitarie sui temi della bioetica e supportare i professionisti nella pratica clinica. Il distress morale si affronta, infatti, parlandone in l'equipe, dove è possibile condividere la sofferenza morale legata alle scelte difficili.

Parole chiave: etica, pandemie, assistenza infermieristica



ABSTRACT

Introduction: During this year arised a heated debate about ethics questions during the Sars-Cov-2 pandemic. The high number of patients with lacking healthcare resources led healthcare professionals facing difficult choices. For these reasons was conducted a literature review, with the aim to analyze which ethical dilemmas arise in a pandemic period and what is the role of nurses in facing it.

Materials and methods: The literature was searched in the PubMed and CINAHL database and in specific websites about ethical questions. 181 articles were found and 91 articles analysed in full text. Of these, 31 articles were included in the review because of the research questions.

Results: In literature the most debated dilemma is about triage criteria to access intensive care and to allocate ventilators. Dilemmas arised because of the need to integrate clinical appropriateness and principles of proportionality of care, the base of the decision-making process to access intensive care. Using ethic criteria of proportionality require integration of clinical objective criteria and non-clinical criteria, with assessment of heaviness in physical, psychological, emotional and healthcare terms. Some authors recommend the creation of a multiprofessional team, that include nurses, to support the clinician's decision.

Discussion and conclusion: Literature agrees on the need to head toward public reflection but also from the healthcare organization about bioethical subject. Moreover, to support the healthcare professionals in clinical practice. Facing moral distress is possible only speaking with the team, in which is possible to share moral suffering tied to difficult choices.

Keywords: ethics, pandemics, nursing.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

PERVENUTO IL 26/12/2020

ACCETTATO IL 15/03/2021

Corrispondenza per richieste:

Dott.ssa Marialuisa Buffon

marialuisa.buffon@aulss2.veneto.it

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi per il presente studio.

INTRODUZIONE

La pandemia da Sars-CoV-2 ha fatto venire alla luce un acceso dibattito sui dilemmi etici che insorgono durante un periodo pandemico. L'elevato numero di persone da curare e assistere durante una pandemia ha generato situazioni di scarsità di risorse e i professionisti sanitari si sono trovati di fronte a queste nuove problematiche cliniche ed etiche nella gestione quotidiana dei loro pazienti, rendendosi conto talvolta di non essere in condizione di attuare l'azione ritenuta eticamente appropriata a causa di risorse scarse. Tra i professionisti sanitari coinvolti emerge la figura dell'infermiere, che si trova a dover adempiere al suo impegno di assistere e curare la persona in condizioni nuove, impreviste e con scarsi mezzi per poterlo fare. A questo proposito il Codice Deontologico degli Infermieri^[1], che traccia il percorso dell'agire professionale, evidenzia quanto possa essere centrale la figura infermieristica nell'analisi, nell'approfondimento e nella discussione dei dilemmi etici (Articolo 5). Un dilemma etico è un problema che porta a decidere tra possibili alternative di azione, nessuna delle quali è accettabile o preferibile in senso assoluto ma tutte egualmente giustificate da validi principi etici. La complessità deriva dal conflitto situazionale in cui rispettare una delle alternative porterebbe a non seguire l'altra. L'infermiere viene portato a fare i conti prima di tutto con sé stesso e con la propria coscienza^[2]. Le decisioni che l'infermiere si trova a prendere sulle questioni di natura etica sono guidate dai principi etici, dalle norme del codice Deontologico ma sono influenzate anche dalla morale del senso comune del professionista^[3,4].

PROBLEMA

Sappiamo che le pandemie pongono i professionisti in situazione di forte stress, in quanto l'elevato numero di pazienti da assistere a fronte della scarsità di risorse sanitarie disponibili pone i professionisti sanitari di fronte a scelte difficili. Per tali ragioni è stata condotta una revisione della letteratura, partendo dai seguenti quesiti, secondo la metodologia PIO (**tabella I**): *quali sono i principali dilemmi etici che possono insorgere durante una pandemia? Quali sono le possibili strategie che i pro-*

fessionisti sanitari, in particolare gli infermieri, possono mettere in atto per affrontare tali dilemmi etici?

MATERIALI E METODI

La ricerca di letteratura è stata realizzata tra giugno e agosto 2020 consultando le banche dati di letteratura internazionale Medline (via PubMed) e CINAHL.

Le parole chiave utilizzate per la ricerca nelle banche dati e combinate con gli operatori booleani AND sono state le seguenti: ethics, pandemics, nursing.

Sono stati posti i seguenti limiti di ricerca:

- Pubblicazione negli ultimi dieci anni
- lingua inglese e italiana
- Inerenti alla specie umana

A completamento della revisione della letteratura internazionale dalle banche dati citate sono stati consultati siti specializzati in tematiche etiche. In particolare, per approfondire il dibattito bioetico in Italia sono stati consultati i siti della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) e del Comitato Nazionale di Bioetica.

RISULTATI

Sono stati reperiti 181 articoli e sottoposti a screening tramite lettura dell'abstract; 90 sono stati esclusi perché non risultavano aderenti ai quesiti della revisione. 91 articoli sono stati analizzati in full text e 60 esclusi, in quanto trattavano le tematiche non dal punto di vista dei professionisti sanitari, oppure riguardavano esclusivamente aspetti di gestione dell'emergenza da parte delle autorità sanitarie e marginalmente gli aspetti etici. Al termine del processo, sono stati inclusi nella revisione 31 articoli (**Figura 1**).

Nel condurre l'analisi e nell'organizzare i risultati ottenuti, si è considerato opportuno distinguere i problemi etici in cinque principali tematiche:

- criteri di triage per l'accesso alle terapie intensive e per l'equa allocazione dei ventilatori;
- l'equilibrio tra il dovere di cura e di assistenza e la necessità di salvaguardare la propria salute;

- criteri di priorità per l'accesso ai test di screening e alle vaccinazioni;
- rispetto della privacy della persona assistita;
- cambiamento nella comunicazione e interazione tra infermiere e persona assistita.

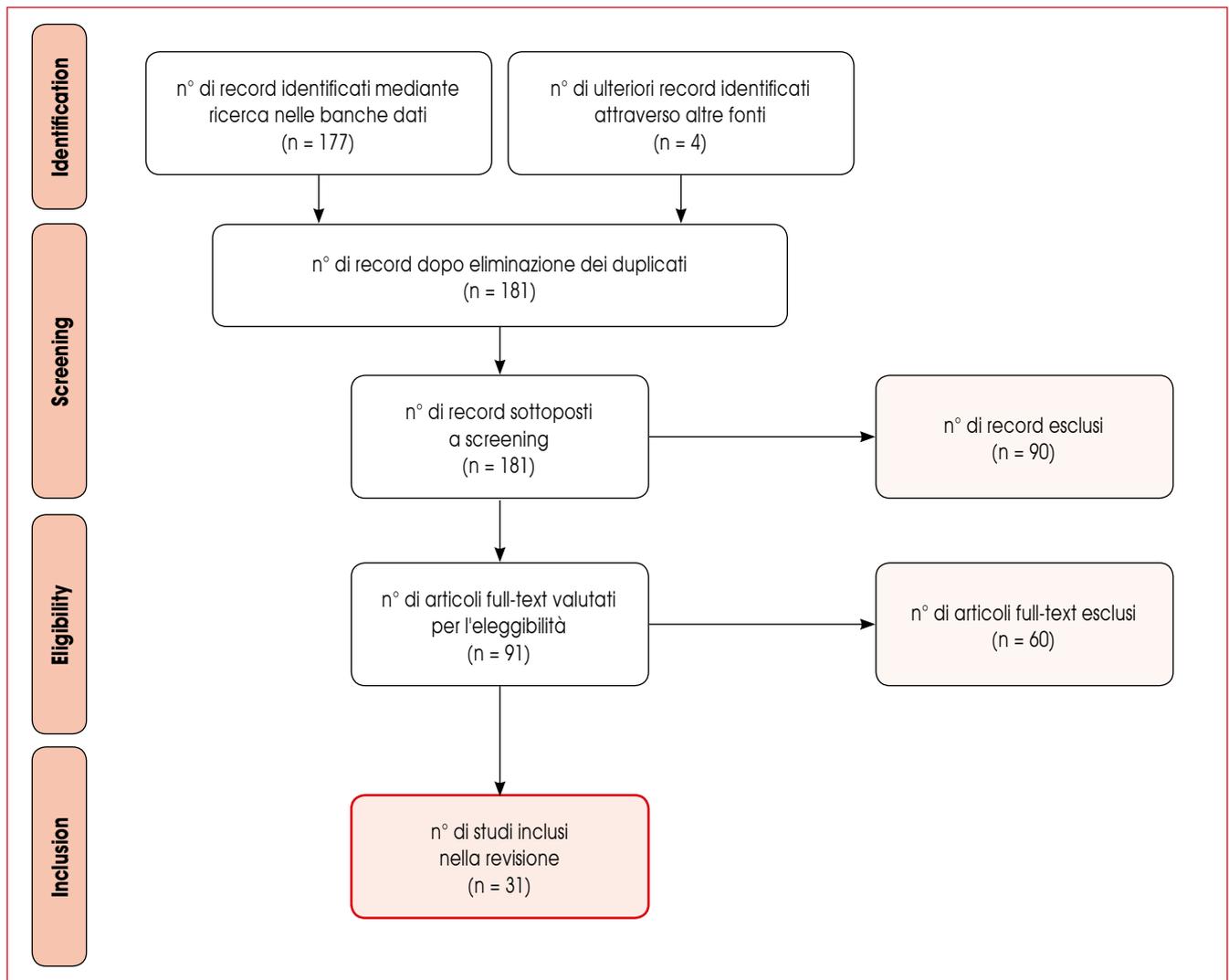
Criteria di triage per l'accesso alle terapie intensive e per l'equa allocazione dei ventilatori

Tra i numerosi ostacoli che si incontrano nel corso di una pandemia, il più riconosciuto e trattato in letteratura risulta essere quello relativo alla necessità di stabilire dei criteri di triage per l'accesso alle cure intensive. Secondo Piccinini et al. (2020)^[5] i principi di riferimento in condizioni di squilibrio tra necessità e risorse disponibili si esplicano attraverso l'integrazione dei criteri di appropriatezza clinica e di proporzionalità delle cure, che sono alla base del processo decisionale per l'accesso ai trattamenti intensivi. Secondo Wilkinson (2020)^[6] è necessario che i principi di giustizia distributiva e beneficio clinico si bilancino, consapevoli che nel momento in cui le risorse disponibili dovessero scarseggiare l'ago della bilancia, secondo il parere degli autori, dovrebbe prediligere l'ottenimento del maggior beneficio clinico. Questo può voler dire dare la priorità a quei pazienti che hanno maggiori chance di sopravvivere o che hanno bisogno di cure intensive per meno tempo, consentendo così una maggior disponibilità di posti letto per nuovi pazienti^[6]. Secondo Savulescu et al. (2020)^[7] è necessario anche valutare per quanto tempo saranno necessarie le cure e la qualità di vita della persona. Rispetto a quest'ultimo punto, gli autori dello studio sottolineano l'importanza di considerare la possibilità che questo faccia nascere delle discriminazioni nei confronti, ad esempio, delle persone con disabilità, in una situazione di triage, rispetto ad una persona non disabile. Il problema si pone soprattutto quando tanti pazienti presentano i medesimi criteri clinici, ovvero l'urgenza e delle chance di successo. Al fine di non basare la scelta sulla discrezionalità durante la pandemia da Sars-CoV-2 è stato proposto di integrare i criteri clinici con altri criteri non clinici, come ad esempio porre un limite di età per l'accesso alle terapie intensive. Questa posizione è sostenuta dalla SIAARTI che in un documento di marzo 2020 dichiara che "l'allocazione in un contesto di grave carenza (shortage) delle risorse sanitarie deve puntare a garantire i trattamenti di carattere intensivo ai pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico".

Tabella I: Quesito primario di ricerca secondo la metodologia PIO

P	Infermiere
I	Dilemmi etici in corso di pandemie
O	Strategie per affrontare i dilemmi etici

Figura 1. Diagramma di flusso che descrive il processo di screening degli articoli tratto da: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. J Clin Epidemiol. 2009 Oct; 62



tico: si tratta dunque di privilegiare la "maggiore speranza di vita"^[9]. Di diversa opinione il Comitato Nazionale di Bioetica che in un suo pronunciamento di aprile 2020 afferma "il criterio clinico come il più adeguato punto di riferimento, ritenendo ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, eticamente inaccettabile"^[9] e che un'attenzione specifica deve essere dedicata alle persone più vulnerabili, che possono sentirsi a rischio di abbandono, in particolare le persone anziane. Ricorrere al criterio etico di proporzionalità, ovvero di integrazione tra criteri oggettivi clinici e criteri non clinici, che comportano una valutazione di onerosità, in termini fisici, psicologici, emotivi, assistenziali per persona assistita e caregiver non è facilmente praticabile. La letteratura evidenzia delle possibili strategie per affrontare questo dilemma etico, come ad esempio la crea-

zione di una commissione dedicata al triage. Borasio et al. (2020)^[10] sostengono che le decisioni relative al triage non debbano ricadere sul singolo ma su un team multidisciplinare, composto almeno da un medico internista, un infermiere e un medico palliativista. A questo proposito Bayer (2011)^[11] aggiunge che potrebbe essere inserito nel gruppo anche un bioeticista. Wicclair (2020)^[12] afferma che avere a disposizione un team dedicato al triage può alleviare la sofferenza morale di medici e infermieri legata alla presa di decisioni al letto del paziente; questo però non deve non valorizzare la relazione di cura e esautorare i professionisti da intervenire nelle decisioni e dare il proprio contributo^[13].

Anche la carenza di risorse materiali, quali i ventilatori, ha generato un dibattito su quali siano i migliori criteri da seguire. Bayer et al. (2011)^[11] affermano che dovrebbero essere rispettate, ove presenti, le volontà precedentemente espresse attraverso le disposizioni anticipate di trattamento o attraverso la pia-

nificazione condivisa delle cure in caso di pazienti già in trattamento per altre patologie. Per questo sarebbe necessario un confronto riguardo l'indicazione di non iniziare la ventilazione in gruppi di pazienti ad alto rischio. A livello di governance sanitaria, Spector-Bagdady et al. (2020)^[14] affermano che siano necessarie politiche esplicite per l'allocation delle risorse, in cui le istituzioni identifichino un iter specifico per stabilire e comunicare i principi che stanno alla base delle scelte di allocatione, compresi i ventilatori. Truog et al. (2020)^[15] consigliano l'utilizzo della scala SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment score*) per determinare la priorità per iniziare la ventilazione assistita o altri tipi di cure intensive. Di posizione diversa, Parsons e Johal (2020)^[16] che affermano l'importanza di non ricorrere all'utilizzo di scale e punteggi che possono essere fonte di discriminazione, ma valutare individualmente ogni singolo caso in base alla condizione clinica e alle possibilità di sopravvivenza.

L'equilibrio tra il dovere di cura e di assistenza e la necessità di salvaguardare la propria salute

In un'emergenza sanitaria come quella della pandemia Sars-CoV-2 correlata, contraddistinta dalla diffusione pandemica di un patogeno sconosciuto che crea infezioni diffuse e contagiose, si può assistere ad un conflitto tra il *duty to care*^[17] e la necessità di salvaguardare la propria salute e quella dei propri cari. I professionisti sanitari vivono questo conflitto interiore che, come Iserson (2018)^[18] afferma, nasce dalla paura di non possedere le conoscenze specifiche per affrontare una situazione di emergenza, dal timore di essere assegnati ad un contesto lavorativo nuovo, non conosciuto rispetto alla propria area di lavoro, dalla paura di essere contagiati a causa di un'insufficiente disponibilità di dispositivi di protezione e dalla preoccupazione legata alla possibilità di contagiare i propri cari. Walton, Murray e Christian (2020)^[19] sostengono che altre preoccupazioni siano riconducibili al lavorare costantemente dovendo rispettare protocolli o modalità che cambiano nel giro di poche ore o giorni, oppure il fatto di prendersi cura di pazienti molto malati che peggiorano rapidamente e ciò genera forte sofferenza. Se da un lato il dovere di curare e prendersi cura dei pazienti viene riconosciuto dai professionisti come un impegno etico-morale e professionale, dall'altro c'è la preoccupazione per la propria salute e quindi la necessità che l'organizzazione sanitaria garantisca adeguati dispositivi di protezione e supporto nella formazione per affrontare le nuove situazioni di emergenza. L'organizzazione sanitaria dovrebbe inoltre garantire accesso diretto a servizi di supporto psicologico e creare la possibilità di partecipare a gruppi di confronto tra pari. L'individuo invece può autonomamente attuare alcune strategie come: prendersi del tempo per se stesso, dedicandosi ad attività basilari come riposare e svagarsi^[19]. Dunham, Rieder, Humbyrd (2020)^[20] suggeriscono anche di valutare quali professionisti sanitari siano più a rischio per età, condizioni di salute o motivi personali in modo da pensare a un loro ricollocamento in un'area meno a rischio.

Criteri di priorità per l'accesso ai test di screening e alle vaccinazioni

Satkoske et al. (2019)^[17] espongono il concetto di *duty to steward*, ossia il dovere di amministrare al fine di ottenere una gestione e pianificazione delle risorse responsabile. È vero che obiettivi e priorità variano a seconda dell'emergenza che si affronta ed è per questo che le organizzazioni sanitarie hanno il compito di definire chi debba ricevere per primo un test di screening o un vaccino. Dalla letteratura emerge che la priorità può essere definita guardando al valore sociale che una

persona riveste a seconda del suo ruolo nella gestione dell'emergenza^[17]. Secondo Bennet e Carney (2010)^[21] i gruppi a cui dare priorità sono i lavoratori dei servizi essenziali per la persona, oppure le categorie di soggetti più vulnerabili. Rothstein (2010)^[22] espone tre motivi secondo i quali gli operatori sanitari dovrebbero avere la priorità: hanno valore sociale specifico specialmente in corso di pandemia, possono contribuire al beneficio della società in futuro e hanno contribuito ad esso in passato. Inoltre, assicurare i trattamenti ai professionisti sanitari può aumentare la possibilità che questi aiutino a curare il maggior numero di persone e risponde ai doveri delle organizzazioni di garantire che essi possano svolgere il loro lavoro in sicurezza. L'autore, d'altra parte, sottolinea anche il fatto che definire delle priorità a seconda del valore sociale porti inevitabilmente ad escludere altre categorie ritenute comunque essenziali in una situazione di emergenza pandemica, come ad esempio farmacisti, operatori del settore alimentare e corrieri^[22].

Rispetto della privacy della persona assistita

In letteratura si affronta la questione riguardante la privacy e la confidenzialità delle informazioni della persona assistita. Kramer et al (2020)^[23] affermano che già con la diffusione del virus HIV era sorta la necessità di riportare alle autorità competenti i casi e i risultati dei trattamenti a beneficio degli studi e della comunità. Anche con la nuova pandemia da Sars-CoV-2 è risultato necessario fin da subito riportare i casi positivi per favorire il controllo della diffusione del virus e di conseguenza è sorta il problema della privacy delle informazioni sanitarie, ad esempio rispetto al tracciamento dei contatti mediante applicazioni multimediali^[23]. Kramer et al (2020)^[23] affermano che la società odierna non dovrebbe riflettere più l'immagine di una medicina incentrata sul bene del singolo ma di una medicina che assegna la priorità assoluta alla salute della comunità e su questo principio basa le sue scelte. Di conseguenza, le scelte in tema di sanità in condizioni di pandemia necessitano della massima trasparenza nei confronti dell'opinione pubblica, comprese quelle relative alle politiche di protezione o meno della privacy dell'individuo a favore del bene collettivo.

Cambiamento nella comunicazione e interazione tra infermiere e paziente

Il nuovo contesto pandemico in cui gli infermieri si trovano ad operare costringe a reinventare nuovi modi di approcciarsi alla persona assistita e alla sua famiglia. Morley et al. (2020)^[24] affermano che molte persone si trovano a morire da sole in isolamento, lontano dai loro cari e che spesso le ultime parole

che precedono la morte vengono dette per telefono o dietro tute e camici di plastica e mascherine; l'infermiere può rendere più umani questi momenti difficili attraverso soluzioni alternative^[24]. Bambi et al (2020)^[25] ad esempio descrivono la difficoltà di comunicare con i pazienti dovendo indossare dispositivi di protezione che coprono e rendono ogni professionista uguale all'altro e sostengono che utilizzare carta e penna per comunicare o scrivere il proprio nome e la propria ruolo sul camice renda possibile per la persona aver chiaro chi le è accanto e diminuisca il livello di disorientamento e ansia che può provare. Un altro modo suggerito affinché i pazienti percepiscano meno la solitudine è quello di valorizzare e incentivare l'uso dei cellulari o altri dispositivi elettronici perché mantengano i contatti con i loro cari, oppure dar loro la possibilità di vedere la televisione o sentire la radio per mitigare il loro senso di isolamento dal resto del mondo, migliorare il loro umore e tenerli aggiornati su ciò che accade fuori dall'ospedale^[25].

DISCUSSIONE

Dall'analisi della letteratura emerge che le organizzazioni politiche e sanitarie arrivano sempre impreparate o non sufficientemente attrezzate per gestire il momento di crisi o emergenze pandemiche^[26]. È naturale che solo riconoscendo l'inadeguatezza degli attuali piani di sanità pubblica ci si possa adoperare per migliorare e adempiere al *duty to plan*, affinché sia possibile per i professionisti rispondere al *duty to care*, senza incorrere nel rischio di distress morale che influirebbe negativamente sulla loro salute mentale e sul loro operato^[17]. Nonostante gli sforzi che si stanno facendo a livello internazionale, per collaborare, coordinare e condividere le lezioni apprese dalle emergenze sanitarie, esiste un divario etico che mostra un distacco tra la bioetica e la pratica clinica^[27]. Alcuni autori sostengono che si necessario potenziare la riflessione pubblica sui temi dell'etica e della bioetica nonché supportare i professionisti sanitari nella quotidiana pratica clinica^[28]. Il distress morale si affronta infatti parlando dentro l'equipe di cura, dove è possibile condividere con i propri colleghi e nel team multi professionale la sofferenza morale delle scelte etiche. Dall'altro lato una strategia condivisa dalla maggioranza dei contributi in letteratura per quanto riguarda le strategie per affrontare i dilemmi etici è creare una commissione dedicata al triage per l'accesso alle cure intensive in grado di valutare da più punti di vista come bilanciare i principi etici in gioco^[11,15]. Morley et al. (2020)^[24] sostengono a questo proposito quanto sia importante che all'interno della commissione multiprofessionale sia inserita la figura dell'infermiere, in modo che egli possa apportare il suo contri-

buto per le decisioni che riguardano la cura e l'assistenza ai pazienti, sia per far valere i diritti di lavorare in condizioni sicure e che permettano di erogare un'assistenza di qualità. Risulta necessario rafforzare il ragionamento e la competenza etica nell'esercizio della professione infermieristica, in modo da avere un ruolo sempre più centrale nella creazione di indicazioni per la pratica clinica^[29], così come indicato nel documento della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) "COVID-19: Manifesto deontologico degli infermieri per i cittadini"^[30]. È necessario che l'infermiere prenda parte al dibattito rispetto ai criteri di allocazione appropriata delle risorse in quanto è il professionista che dispone delle competenze e degli strumenti per raccogliere la storia del paziente, estrapolare "informazioni aggiuntive" dai racconti del vissuto di malattia del paziente, valorizzare le narrazioni dei pazienti al fine di dare un contributo ad una valutazione della proporzionalità delle cure in relazione alla storia della persona assistita.

CONCLUSIONE

La letteratura si trova concorde nella necessità di intervenire per affrontare i dilemmi etici che si sono generati durante la pandemia da Sars-CoV-2 e in futuro tornato alla normalità riflettere sui risvolti che una situazione di emergenza e scarse risorse disponibili possono aver causato nella pratica clinica dei professionisti sanitari. La situazione pandemica sta continuando ad alimentare il dibattito etico; è necessario che si continui in questo percorso, facendo tesoro dei traguardi raggiunti. Dal punto di vista infermieristico, è fondamentale valorizzare la relazione con la persona assistita in questo tempo eccezionale della cura e mantenere la relazione con l'assistito nel tempo ordinario della cura che seguirà a questa pandemia. Attraverso un intervento assistenziale basato su specifiche competenze comunicative e relazionali sarà possibile favorire la partecipazione dell'assistito al percorso di cura e, da parte dell'infermiere, fornire un contributo specifico nelle scelte delle organizzazioni rispetto all'allocazione delle risorse.

BIBLIOGRAFIA

- MANGIACAVALLI B, PULIMENO A.M, MAZZOLENI B, CICOLINI G, CICA C ET AL; *Codice deontologico delle professioni infermieristiche*, 2019
- LUSIGNANI M, MANGIACAVALLI B, CASATI M; - *Infermieristica generale e organizzazione della professione* - Deontologia infermieristica - legislazione professionale - competenze specialistiche; Elsevier-Masson; 2001
- MAFFETTONE E S, VECA (Eds); *Filosofia, Politica e Società*. Roma: I Centauri; 1995
- BEAUCHAMP T.L, CHILDRESS J.F; *Principi di etica biomedica-Le lettere*; 1999
- PICCINNI M, APRILE A, BENCIOLINI P, BUSATTA L, CADAMURO E, MALACARNE P, MARIN F, ORSI L, PALERMO FABRIS E, PISU A, PROVULO D, SCALERA A, TOMASI M, ZAMPERETTI N, RODRIGUEZ D. *Considerazioni etiche, deontologiche e giuridiche sul Documento SIAARTI "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"* [Ethical, deontologic and legal considerations about SIAARTI Document "Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments, in exceptional, resource-limited circumstances".]. *Recenti Prog Med*. 2020;111(4):212-222. Italian. doi: 10.1701/3347.33184.
- WILKINSON D. *ICU triage in an impending crisis: uncertainty, pre-emption and preparation*. *J Med Ethics*. 2020;46(5):287-288. doi: 10.1136/medethics-2020-106226.
- SAVULESCU J, PERSSON I, WILKINSON D. *Utilitarianism and the pandemic*. *Bioethics*. 2020;34(6):620-632. doi: 10.1111/bioe.12771.
- RICCIONI L, BERTOLINI G, GIANNINI A, VEGANO M, GRISTINA G. ET AL, *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*, disponibile su: <http://www.siaarti.it/default.aspx> (ultimo accesso 26/08/2020)
- CANESTRARI S, CASONATO C, DA RE A, D'AVACK L, MORRESI A. ET AL; *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, disponibile su: <http://bioetica.governo.it/italiano/> (ultimo accesso 19/08/2020)
- BORASIO GD, GAMONDI C, OBRIST M, JOX R, *For The Covid-Task Force Of Palliative Ch. COVID-19: decision making and palliative care*. *Swiss Med Wkly*. 2020 Mar 24;150:w20233. doi: 10.4414/smw.2020.20233.
- BAYER R, BERNHEIM R, CRAWLEY L. M, DANIELS N, GOODMAN K. ET AL; *Ethical Considerations for Decision Making Regarding Allocation of Mechanical Ventilators during a Severe Influenza Pandemic or Other Public Health Emergency*, disponibile su: <https://www.cdc.gov/> (ultimo accesso 31/08/2020)
- WICCLAIR M. *Allocating Ventilators During the COVID-19 Pandemic and Conscientious Objection*. *Am J Bioeth*. 2020;20(7):204-207. doi: 10.1080/15265161.2020.1777347.
- VINCENT JL, CRETEUR J. *Ethical aspects of the COVID-19 crisis: How to deal with an overwhelming shortage of acute beds*. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2020;9(3):248-252. doi: 10.1177/2048872620922788.
- SPECTOR-BAGDADY K, LAVENTHAL N, APPLEWHITE M, FIRN JI, HOGIKYAN ND, JAGSI R, MARKS A, MCLEOD-SORDJAN R, PARKER LS, SMITH LB, VERCLER CJ, SHUMAN AG. *Flattening the Rationing Curve: The Need for Explicit Guidelines for Implicit Rationing during the COVID-19 Pandemic*. *Am J Bioeth*. 2020;20(7):77-80. doi: 10.1080/15265161.2020.1779409.
- TRUOG RD, MITCHELL C, DALEY GQ. *The Toughest Triage - Allocating Ventilators in a Pandemic*. *N Engl J Med*. 2020 May 21;382(21):1973-1975. doi: 10.1056/NEJMp2005689.
- PARSONS JA, JOHAL HK. *Best interests versus resource allocation: could COVID-19 cloud decision-making for the cognitively impaired?* *J Med Ethics*. 2020;46(7):447-450. doi: 10.1136/medethics-2020-106323.
- SATKOSKE VB, KAPPEL DA, DEVITA MA. *Disaster Ethics: Shifting Priorities in an Unstable and Dangerous Environment*. *Crit Care Clin*. 2019;35(4):717-725. doi: 10.1016/j.ccc.2019.06.006.
- ISERSON KV. *Must I Respond if My Health is at Risk?* *J Emerg Med*. 2018;55(2):288-293. doi: 10.1016/j.jemermed.2018.04.021.
- WALTON M, MURRAY E, CHRISTIAN MD. *Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic*. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2020;9(3):241-247. doi: 10.1177/2048872620922795.
- DUNHAM AM, RIEDER TN, HUMBYRD CJ. *A Bioethical Perspective for Navigating Moral Dilemmas Amidst the COVID-19 Pandemic*. *J Am Acad Orthop Surg*. 2020 Jun 1;28(11):471-476. doi: 10.5435/JAAOS-D-20-00371.
- BENNETT B, CARNEY T. *Law, ethics and pandemic preparedness: the importance of cross-jurisdictional and cross-cultural perspectives*. *Aust N Z J Public Health*. 2010;34(2):106-12. doi: 10.1111/j.1753-6405.2010.00492.x.
- ROTHSTEIN MA. *Currents in contemporary ethics. Should health care providers get treatment priority in an influenza pandemic?* *J Law Med Ethics*. 2010;38(2):412-9. doi: 10.1111/j.1748-720X.2010.00499.x.
- KRAMER JB, BROWN DE, KOPAR PK. *Ethics in the Time of Coronavirus: Recommendations in the COVID-19 Pandemic*. *J Am Coll Surg*. 2020;230(6):1114-1118. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2020.04.004.
- MORLEY G, GRADY C, MCCARTHY J, ULRICH CM. *Covid-19: Ethical Challenges for Nurses*. *Hastings Cent Rep*. 2020;50(3):35-39. doi: 10.1002/hast.1110.
- BAMBI S, IOZZO P, RASERO L, LUCCHINI A. *COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the Humanization of Nursing Care*. *Dimens Crit Care Nurs*. 2020;39(5):239-241. doi: 10.1097/DCC.0000000000000438.
- SMITH MJ, SILVA DS. *Ethics for pandemics*

- beyond influenza: Ebola, drug-resistant tuberculosis, and anticipating future ethical challenges in pandemic preparedness and response. *Monash Bioeth Rev.* 2015;33(2-3):130-47. doi: 10.1007/s40592-015-0038-7.
27. KHOO EJ, LANTOS JD. *Lessons learned from the COVID-19 pandemic.* *Acta Paedi-*
- atr. 2020;109(7):1323-1325. doi: 10.1111/apa.15307.
28. NICOLI F, GASPARETO A. *Italy in a Time of Emergency and Scarce Resources: The Need for Embedding Ethical Reflection in Social and Clinical Settings.* *J Clin Ethics.* 2020;31(1):92-94.
29. TURALE S, MEECHAMNAN C, KUNAVIKTIKUL W.
30. BATTARINO G, FILIPPINI A. *Manifesto deontologico per l'emergenza COVID-19*, disponibile su: <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/manifesto-deontologico-covid-19/> ultimo accesso (02/09/2020).



Per informazioni contattare la segreteria Aniarti:

aniarti@aniarti.it

340.4045367