

L'ACCESSO AI TRATTAMENTI SALVA-VITA NELL'ATTUALE CONTESTO EMERGENZIALE E LA DOVEROSA NON MARGINALIZZAZIONE DELLE PERSONE ANZIANE

1. *L'inevitabile selezione dei malati di Covid-19 da curare con trattamenti salva-vita e la scelta della SIAARTI di prevedere un limite di età nell'accesso alle terapie intensive*

Nei primi mesi del 2020 abbiamo assistito alla rapida diffusione dell'epidemia da Covid-19 ed alla conseguente impennata di richieste di ricoveri nei reparti ospedalieri di pneumologia, malattie infettive e terapia intensiva¹.

Di fronte a questa situazione emergenziale, il nostro sistema sanitario ha dovuto riorganizzarsi per cercare di individuare, isolare e curare i pazienti colpiti dalla nuova infezione e per continuare a garantire un'adeguata assistenza medica alle persone affette da altre gravi patologie².

Con gli sforzi organizzativi in parola, che peraltro hanno trovato un serio ostacolo nella limitatezza delle risorse disponibili dovuta al prolungato sotto-finanziamento della sanità pubblica³, sono stati raggiunti dei risultati di un certo rilievo⁴. Non sfugge, infatti, che, grazie a tali sforzi, si è avuto un parziale incremento del personale medico ed infermieristico, sono stati forniti alle strutture ospedaliere i farmaci e le tecnologie necessari per provare a rispondere in modo più adeguato alle esigenze terapeutiche dei soggetti colpiti dal virus e si è riusciti ad aumentare in misura significativa

1 Al riguardo cfr., fra gli altri, G.M. Caletti, *Emergenza pandemica e responsabilità penali in ambito sanitario. Riflessioni a cavaliere tra "scelte tragiche" e colpa del medico*, in "Sist. Pen.", n. 5, 2020, pp. 5-6.

2 Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, in "www.bioetica.governo.it", 9 aprile 2020, p. 3.

3 In proposito cfr., fra i tanti, C. Ciardo, *Il servizio sanitario nazionale alla prova dell'emergenza Covid-19: il rischio di una sanità disuguale*, in "BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto", Special Issue, n. 1, 2020, pp. 227 ss. e A.L. Mandorino, *Diritto alla salute e spesa pubblica in sanità*, in "www.sbilanciamoci.info", pp. 1 ss.

4 Sul punto cfr. G.M. Caletti, *op. cit.*, pp. 5-6.

i posti letto in terapia intensiva da destinare ai soggetti in questione, grazie all'allestimento di nuovi reparti e alla trasformazione di quelli esistenti⁵.

Va, tuttavia, segnalato che, nonostante il raggiungimento di tali risultati, non è stato sempre possibile rispondere alle richieste di cura della totalità dei pazienti e, in varie occasioni, gli operatori sanitari sono stati costretti a selezionare i malati da accogliere nei reparti di terapia intensiva⁶. In altre parole, per l'insufficienza delle risorse disponibili, numerosi medici hanno dovuto scegliere a quali pazienti dare la precedenza nell'accesso ai trattamenti salva-vita e si sono, così, assunti la pesante responsabilità di negare a non poche persone adeguate possibilità di cura⁷.

Il palesarsi di questo drammatico scenario ha sollecitato un ampio dibattito sui criteri di accesso alle terapie intensive che ha coinvolto comitati etici e studiosi di varie discipline⁸ ed ha spinto la Società scientifica di riferimento di anestesisti e rianimatori – la SIAARTI – a pubblicare un documento al riguardo dal titolo *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*⁹.

Con la pubblicazione di tale documento si è cercato di fornire un supporto ai medici che sono in prima linea nella lotta all'epidemia e che, in varie occasioni, sono stati costretti a gestire simultaneamente un numero molto

5 In argomento cfr., fra gli altri, L. Palazzani, *La pandemia e il dilemma per l'etica quando le risorse sono limitate: chi curare?*, in "BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto", Special Issue, n. 1, 2010, p. 360.

6 Secondo C. Casonato, *Salute ed eguaglianza alla prova dell'emergenza*, in G. De Minico, M. Villone (a cura di), *Stato di diritto – Emergenza – Tecnologia*, in "Consulta OnLine", formato e-book, Milano 2020, p. 121, "si può ritenere che anche una scelta di questo genere possa essere ricompresa all'interno dell'orizzonte di decisioni difficilissime e complesse che, purtroppo, non sono rare in medicina". Sulla tematica in parola cfr., per tutti, G. Calabresi, P. Bobbit, *Scelte tragiche*, Milano 2006.

7 Così G.M. Caletti, *Emergenza pandemica e responsabilità penali in ambito sanitario*, cit., p. 7.

8 Sui vari comitati etici nazionali ed internazionali che sono stati coinvolti nel dibattito in parola cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *op. cit.*, 4, nota 3.

9 Il documento in questione è stato pubblicato il 6 marzo 2020 ed è stato redatto da un gruppo di lavoro interno alla SIAARTI composto da Marco Vergano, Guido Bertolini, Alberto Giannini, Giuseppe Gristina, Sergio Livigni, Giovanni Mistralletti e Flavia Petrini. Su quest'importante documento cfr., fra i tanti, F. Ognibene, *Coronavirus. "Ricoveri in terapia intensiva secondo speranza di vita e limiti di età"*, in "Avvenire.it", 7 marzo 2020 e L. Conte, *Covid-19. Le Raccomandazioni di etica clinica della SIAARTI. Profili di interesse costituzionale*, in "Federalismi.it", 13 marzo 2020, pp. 2 ss.

elevato di malati con mezzi non sempre adeguati¹⁰. La Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva ha chiarito, infatti, che il principale scopo delle sue raccomandazioni è quello di aiutare i clinici nella scelta dei pazienti da curare con trattamenti salva-vita ed ha precisato che questo aiuto si concretizza nell'individuazione dei più opportuni criteri di accesso alle terapie intensive in un contesto di risorse limitate¹¹.

Nella consapevolezza che la rapida diffusione del virus ha provocato un considerevole incremento dei casi di insufficienza respiratoria acuta e che tale incremento ha determinato un forte squilibrio tra le reali necessità terapeutiche della popolazione e l'effettiva disponibilità di risorse intensive, la SIAARTI ha affermato che le decisioni sull'accesso ai trattamenti salva-vita non possono basarsi solamente su valutazioni di appropriatezza clinica e di proporzionalità delle cure, ma devono soprattutto ispirarsi a principi di giustizia distributiva e di corretta allocazione delle risorse¹². A suo giudizio, nell'attuale contesto emergenziale gli operatori sanitari dovrebbero, cioè, privilegiare la maggiore speranza di vita e dovrebbero, quindi, garantire i trattamenti di carattere intensivo anzitutto alle presone colpite dalla nuova infezione che hanno più possibilità di successo terapeutico¹³.

Con le sue raccomandazioni l'organismo rappresentativo degli anestesisti e dei rianimatori ha, dunque, invitato i medici che sono costretti a selezionare i malati da accogliere nei reparti di terapia intensiva a *sacrificare* quei pazienti che hanno minori *chances* di rispondere positivamente alle cure e, per tale ragione, ha sollecitato le strutture ospedaliere a prevedere un limite

10 In tal senso L. De Panfilis, S. Tanzi, M. Costantini, *Il processo decisionale per le cure intensive in situazioni di emergenza: l'etica medica e le cure palliative ai tempi del Covid-19*, in "BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto", Special Issue, n. 1, 2020, p. 447.

11 Cfr. 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*, in "www.siaarti.it", p. 3.

12 Cfr. SIAARTI, *op. cit.*, 3. In questa parte del documento si è, poi, fatto presente che ci troviamo in uno scenario che è "sostanzialmente assimilabile all'ambito della 'medicina delle catastrofi', per la quale la quale la riflessione etica ha elaborato nel tempo molte concrete indicazioni per i medici e gli infermieri impegnati in scelte difficili".

13 È chiaro, allora, che per la Società degli Anestesisti e dei Rianimatori è preferibile non seguire un criterio di accesso alle terapie intensive di tipo temporale. Del medesimo avviso risulta essere C. Casonato, *op. cit.*, pp. 123-124, a giudizio del quale in situazioni emergenziali "tale criterio risulterebbe del tutto casuale e non sostenuto da alcun motivo ragionevole, portando a escludere dalle cure i malati che si siano presentati successivamente alla saturazione dei posti letto disponibili".

di età nell'accesso ai trattamenti intensivi¹⁴. A suo avviso, infatti, con una misura di questo tipo le poche risorse esistenti potrebbero essere destinate a chi ha concrete possibilità di sopravvivenza e a chi ha più anni da vivere e potrebbero, quindi, andare a salvaguardare un maggior numero di persone¹⁵.

Nel documento in questione si è, poi, fatto presente che, nella scelta dei malati da curare, bisognerebbe tener conto non soltanto dell'età anagrafica del singolo paziente, ma anche del suo complessivo stato di salute¹⁶ e si è, così, giunti alla conclusione che i primi soggetti da *sacrificare* dovrebbero essere gli anziani particolarmente fragili, il cui ricovero in terapia intensiva sarebbe, oltre tutto, di notevole onerosità per il servizio sanitario¹⁷.

Occorre, tuttavia, ricordare che la SIAARTI ha considerato giustificabile l'applicazione dei suoi criteri di razionamento dei trattamenti salva-vita solo a talune condizioni¹⁸. Non sfugge, infatti che, a suo parere, l'applicazione di tali criteri è ammissibile soltanto se le Unità di crisi e gli organi direttivi dei presidi ospedalieri non siano riusciti ad aumentare la disponibilità di terapie intensive e se il trasferimento di malati in strutture sanitarie dotate di maggiori risorse si sia rivelato impraticabile¹⁹.

È evidente, insomma, che, per la Società degli anestesisti e dei rianimatori, la scelta di chi curare con trattamenti salva-vita potrebbe essere effettuata solo nel caso in cui le risorse intensive siano davvero limitate²⁰. È altrettanto evidente, però, che, a suo giudizio, i medici chiamati a compiere la scelta in questione dovrebbero sempre privilegiare i pazienti con maggiore speranza di vita e dovrebbero, quindi, decidere di non accogliere nei reparti di terapia intensiva le persone anziane, a cominciare da quelle il cui stato di salute sia caratterizzato da una forte vulnerabilità²¹.

14 Cfr. SIAARTI, *op. cit.*, p. 5. Secondo L. Conte, *op. cit.*, p. 7, “il criterio del limite di età per l'accesso alla terapia intensiva trova giustificazione nel decorso insolitamente lungo delle polmoniti da Covid-19” e va inquadrato “all'interno del generale contesto di probabile saturazione totale delle risorse”.

15 Cfr., SIAARTI, *op. cit.*, p. 5.

16 Cfr., SIAARTI, *op. cit.*, p. 5.

17 Su tale scelta v., in senso critico, L. Palazzani, *op. cit.*, p. 364.

18 Cfr. SIAARTI, *op. cit.*, p. 5.

19 In proposito v. C. di Costanzo, V. Zagrebelsky, *L'accesso alle cure intensive fra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, Special Issue, n. 1, 2020, p. 444.

20 Al riguardo v. L. Conte, *op. cit.*, p. 6.

21 Secondo L. d'Avack, *Covid-19: criteri etici*, in “*BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*”, Special Issue, n. 1, 2020, pp. 373-374, è indubbio, allora, che, con le sue raccomandazioni, la SIAARTI ha spinto i medici a riservare i trattamenti di carattere intensivo “a coloro che maggiormente se ne potranno avvantaggiare, nel

2. La grave discriminazione operata nei confronti delle persone ad età avanzata da parte dell'organismo rappresentativo degli anestesisti e dei rianimatori e il diritto degli anziani ad usufruire di un'assistenza sanitaria pienamente efficace

Con le sue raccomandazioni di etica clinica l'organismo rappresentativo degli anestesisti e dei rianimatori ha avuto il merito di rendere noto all'opinione pubblica che molti ospedali del nostro Paese non sono in grado di fornire un'adeguata assistenza sanitaria alla totalità dei pazienti affetti da Covid-19, perché non dispongono di un sufficiente numero di posti letto in terapia intensiva²². È sotto gli occhi di tutti, inoltre, che, con il documento in parola, la SIAARTI ha avuto anche il merito di fornire supporto ai medici che hanno dovuto compiere la difficile scelta di chi curare con trattamenti salva-vita, indicando loro quelli che ha ritenuto essere i più opportuni criteri di accesso alle terapie intensive in un contesto di straordinaria scarsità di risorse²³.

Bisogna, tuttavia, ricordare che la Società degli anestesisti e dei rianimatori ha sollecitato le strutture ospedaliere a garantire i trattamenti di carattere intensivo alle sole persone colpite dal virus che non abbiano raggiunto una certa soglia anagrafica²⁴ e ha, così, operato una vera e propria discriminazione nei confronti dei pazienti anziani, agendo in contrasto con quanto stabilito dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale e dal Codice di deontologia medica²⁵.

A tale conclusione si arriva con una certa facilità ove si consideri che l'art. 21 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea ha vietato ogni forma di discriminazione in ragione dell'età del singolo individuo²⁶

senso di conseguire, sulla base di questo intervento, un maggior numero di anni di vita in condizioni di salute migliore”.

22 Su quest'apprezzabile aspetto delle raccomandazioni della SIAARTI si rinvia a L. Conte, *op. cit.*, p. 4, la quale ha anche osservato che, dopo la pubblicazione del documento in parola, “il tema del dibattito si è spostato sul piano della concreta gestione dell'emergenza sanitaria, con particolare riferimento alla scarsità di postazioni di terapia intensiva rispetto al numero dei soggetti gravemente affetti da Covid-19”.

23 In proposito cfr., fra i tanti, D. Rodriguez, *Dagli anestesisti-rianimatori una difficile presa in carico di responsabilità che merita rispetto*, in “Quotidianosanità.it”, 9 marzo 2020, p. 1 ss. e L. De Panfilis, S. Tanzi, M. Costantini, *op. cit.*, p. 448.

24 Cfr. SIAARTI, *op. cit.*, 5.

25 Per una valutazione critica delle scelte operate dalla Società degli anestesisti e dei rianimatori v. anche L. Palazzani, *op. cit.*, pp. 364-365.

26 In realtà, il principio di non discriminazione previsto da tale articolo ha contorni davvero ampi. Non sfugge, infatti, che, ai sensi dello stesso, è vietata ogni for-

e che l'art. 25 della Carta in questione ha imposto di tutelare le persone anziane che versino in una situazione di particolare debolezza²⁷. E' noto, inoltre, che se l'art. 1, l. n. 833/1978 ha previsto che il nostro servizio sanitario è diretto a promuovere, a mantenere e a recuperare la salute di tutta la popolazione "senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini"²⁸, l'art. 3 del Codice di deontologia medica ha chiarito che, a prescindere dal contesto nel quale opera, il sanitario deve sempre agire a tutela della vita e del benessere psico-fisico di ogni essere umano e non può mai avere una condotta che danneggi il malato per la sua età o per qualsiasi altra sua condizione personale²⁹.

Occorre, poi, sottolineare che, con l'invito ai presidi ospedalieri di non consentire l'ingresso in terapia intensiva ai pazienti affetti da Covid-19 che abbiano superato una certa soglia anagrafica, la SIAARTI ha commesso un errore ancora più grave nel momento in cui non ha tenuto conto del fatto che ogni selezione dei malati da curare che venga effettuata in base all'età non è in linea con il nostro ordinamento costituzionale³⁰.

In realtà, a differenza di quanto è stato previsto nei testi fondamentali di Spagna³¹ e Portogallo³², nella Costituzione del '48 manca un esplicito riferimento alla protezione degli anziani e l'unica sua disposizione che fa

ma di discriminazione che sia fondata "sul sesso, la razza, il colore della pelle o l'origine etnica o sociale, le caratteristiche genetiche, la lingua, la religione o le convinzioni personali, le opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, l'appartenenza ad una minoranza nazionale, il patrimonio, la nascita, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali".

27 Sull'articolo in parola cfr. P.F. Lotito, *Art. 25. Diritti degli anziani*, in R. Bifulco, M. Cartabia, A. Celotto (a cura di), *L'Europa dei diritti. Commento alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, Bologna 2001, pp. 195 ss.

28 Per una puntuale analisi della legge in parola cfr., per tutti, F. Roversi Monaco (a cura di), *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, Milano, 1979.

29 A giudizio di L. d'Avack, *op. cit.*, p. 374, la SIAARTI, discriminando i pazienti anziani, ha agito in contrasto anche con altre disposizioni del Codice di deontologia medica e, in particolare, con quanto previsto negli artt. 2, 6, 8, 32 e 39 del Codice.

30 Come ha opportunamente sottolineato L. Chieffi, *I paradossi della medicina contemporanea*, in L. Chieffi (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Torino 2003, p. 20, ogni razionamento dell'assistenza sanitaria che sia basato sull'età dei pazienti "mette in discussione la tenuta stessa del principio di eguaglianza, senza distinzione di condizioni personali".

31 Cfr. art. 50 Cost. spagnola.

32 Cfr. art. 72 Cost. portoghese.

cenno alle persone ad età avanzata è il secondo comma dell'art. 38, che ha imposto di garantire a tutti i lavoratori mezzi adeguati alle loro esigenze di vita anche in caso di vecchiaia³³.

Chiaramente, la disposizione in parola non esaurisce la tutela costituzionale dell'anziano, perché riguarda solo alcuni soggetti ad età avanzata, vale a dire coloro che svolgono o hanno svolto un'attività lavorativa³⁴. Considerando, però, anche altre previsioni costituzionali, e segnatamente quelle degli artt. 2, 3, 32 e 38, è possibile delineare in modo corretto l'ambito della tutela in questione³⁵. È evidente, infatti, che dalla lettura di tali articoli emerge che l'intero sistema dei valori compreso nel testo fondamentale è diretto alla protezione di ogni persona senza differenze di età³⁶ e che, quindi, la tutela dell'anziano, lungi dall'essere connessa ad una specifica condizione dell'individuo, non è altro che la tutela della persona singolarmente considerata³⁷.

Si può, dunque, affermare che la mancanza di specifiche disposizioni costituzionali dedicate alla terza età non ha inciso sulla tutela degli anziani³⁸ e che il nostro testo fondamentale ha garantito loro un'ampia protezione che si è tradotta anche nel diritto ad usufruire di un'assistenza sanitaria pienamente efficace³⁹.

Alla luce delle previsioni costituzionali e di quanto stabilito dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, dalla legge istitutiva del Ser-

33 Sul necessario collegamento tra la disposizione in parola e l'art. 3 della Costituzione cfr. M. Persiani, *Commento all'articolo 38 Cost.*, in G. Branca (a cura di), *Commentario della Costituzione italiana*, Bologna-Roma, 1979, p. 232.

34 Così R. Giampetraglia, *I diritti degli anziani nella legislazione regionale fra programmazione ed organizzazione. Un caso emblematico: la Regione Campania*, in L. Rossi Carleo, M.R. Saulle, L. Siniscalchi (a cura di), *La terza età nel diritto interno ed internazionale*, Napoli, 1997, p. 112.

35 In proposito si rinvia a C. Caricato, *Gli anziani malati cronici, l'assistenza e la sanità: il problema di una lettura effettiva dei soggetti deboli*, in L. Rossi Carleo, M.R. Saulle, L. Siniscalchi (a cura di), *op. cit.*, p. 77 ss. ed a P. Stanzione, *Anziani (assistenza agli)*, in "Enc. Dir.", *Aggiorn.*, V. III, Milano, 1999, pp. 119 ss.

36 Cfr. P. Stanzione, *Le età dell'uomo e la tutela della persona: gli anziani*, in "Riv. dir. civ.", n. I, 1989, pp. 439 ss. e P. Perlingieri, *Diritti della persona anziana, diritto civile e stato sociale*, in "Rass. dir. civ.", 1990, pp. 85 ss.

37 È chiaro, insomma, che nel nostro ordinamento costituzionale non trova accoglienza l'idea che l'anziano debba essere preso in considerazione o per il fatto di essere uscito dal percorso produttivo o perché non vive più in un nucleo familiare o, ancora, perché versa in una situazione di inabilità.

38 In tal senso G. Lisella, *Rilevanza della "condizione di anziano" nell'ordinamento giuridico*, in P. Stanzione (a cura di), *Anziani e tutele giuridiche*, Napoli, 1991, pp. 72-73.

39 Cfr. E. Bucci, *Etica e mercato nella sanità*, Roma, 1996, p. 74.

vizio Sanitario Nazionale e dal Codice di deontologia medica si può, allora, concordare con chi sostiene che l'organismo rappresentativo degli anestesisti e dei rianimatori non avrebbe dovuto operare alcuna discriminazione nei confronti delle persone anziane e che i medici chiamati a scegliere i malati da curare con trattamenti salva-vita dovrebbero sempre agire nel rispetto dei principi fondamentali dell'ordinamento che impongono di non marginalizzare l'essere umano per la sua condizione anagrafica o per ogni altra sua caratteristica esteriore⁴⁰.

Va, d'altra parte, segnalato che a queste stesse conclusioni è pervenuto il Comitato Nazionale per la Bioetica, che ha dedicato al tema dell'accesso alle cure intensive nell'attuale contesto epidemico un documento dal titolo *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del triage in emergenza pandemica*⁴¹. Non si può, infatti, ignorare che nel documento in questione si è ricordato che, anche in situazioni straordinarie, l'allocazione delle risorse sanitarie deve essere in linea con i principi di giustizia, equità e solidarietà che sono previsti in Costituzione e nelle varie Carte dei diritti⁴² e si è fatto presente che, per tale ragione, ogni eventuale selezione dei pazienti da accogliere nei reparti di terapia intensiva non può mai basarsi sulla loro appartenenza ad una categoria di individui aprioristicamente stabilita⁴³.

È chiaro, insomma che, pure a giudizio del Comitato, le strutture ospedaliere dovrebbero sempre garantire ad ogni persona "eguali opportunità di raggiungere il massimo potenziale di salute consentito"⁴⁴ e, se ciò non fosse materialmente possibile per l'oggettiva scarsità di risorse, non dovrebbero mai decidere di non curare un paziente solo per la sua l'età avanzata⁴⁵.

40 Questa posizione è stata espressa, fra gli altri, da L. d'Avack, *op. cit.*, pp. 373-374 e da L. Palazzani, *op. cit.*, pp. 364-365.

41 Tale documento è stato approvato in data 8 aprile 2020 e la sua redazione è stata coordinata dai professori Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Assunta Morrosi, Laura Palazzani e Luca Savarino.

42 Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *op. cit.*, p. 5.

43 Al riguardo v. C. Casonato, *op. cit.*, p. 124.

44 Comitato Nazionale per la Bioetica, *op. cit.*, p. 5.

45 Per un diverso orientamento v. L. Conte, *op. cit.*, p. 7.

3. *La parziale attenzione del Comitato Nazionale per la Bioetica nei riguardi delle persone anziane e l'auspicabile tutela delle loro fragilità da parte degli operatori sanitari*

Abbiamo osservato che, al pari della SIAARTI, il Comitato Nazionale per la Bioetica si è assunto la responsabilità di indicare agli operatori sanitari il modo più corretto di selezionare le persone da curare con trattamenti salva-vita⁴⁶, ma abbiamo anche segnalato che, a differenza di quanto sostenuto dalla Società degli anestesisti e dei rianimatori, il Comitato in parola ha escluso che i presidi ospedalieri possano riservare l'accesso ai reparti di terapia intensiva ai soli pazienti affetti da Covid-19 che non abbiano raggiunto una certa soglia anagrafica⁴⁷.

A ben guardare, il CNB ha ritenuto doveroso cercare di garantire cure adeguate alla totalità delle persone colpite dal virus ed è giunto a tale conclusione perché, a suo avviso, i principi contenuti negli artt. 2, 3, e 32 della Costituzione rappresentano dei punti di riferimento irrinunciabili per la tutela della salute di ogni individuo anche quando tale tutela “venga promossa in condizioni di criticità estrema come quelle attuali”⁴⁸ e perché la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale ha previsto che ogni trattamento terapeutico debba sempre essere garantito in modo universalistico ed egualitario⁴⁹.

Bisogna, però, considerare che il Comitato si è dimostrato consapevole del fatto che, a causa del prolungato sotto-finanziamento della sanità pubblica⁵⁰, diversi ospedali del nostro Paese non hanno potuto rispondere alle richieste di cura di tutti i malati⁵¹ e, di fronte a questa drammatica situazione, ha deciso di aiutare i medici nella scelta delle persone da trattare con terapie salva-vita, suggerendo loro come agire in aderenza al dato costituzionale ed in conformità ai vari principi fondamentali dell'ordinamento⁵².

A suo giudizio, una corretta selezione dei pazienti da far accedere ai reparti di terapia intensiva non può basarsi sull'età del singolo individuo o su altre caratteristiche personali che lo riguardano, ma deve essere il risultato di una

46 Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *op. cit.*, p. 5 ss.

47 Secondo G.M. Caletti, *op. cit.*, p. 10, le argomentazioni del Comitato sono pienamente condivisibili e “si prestano ad essere meglio inquadrare nel contesto giuridico di riferimento rispetto a quelle della SIAARTI”.

48 Comitato Nazionale per la Bioetica, *op. cit.*, p. 3.

49 Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *op. cit.*, p. 4.

50 In proposito v., fra i tanti, C. Ciardo, *op. cit.*, p. 227 ss. e A.L. Mandorino, *op. cit.*, p. 1 ss.

51 Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *op. cit.*, p. 4.

52 Così C. Casonato, *op. cit.*, p. 124.

puntuale valutazione di appropriatezza clinica⁵³. In altre parole, la scelta di chi curare non può dipendere dall'appartenenza del malato ad una determinata categoria di individui, ma deve essere compiuta guardando esclusivamente all'efficacia del trattamento rispetto al bisogno clinico del paziente⁵⁴.

Si può, quindi, affermare che, con il suo documento, il Comitato Nazionale per la Bioetica ha spinto gli operatori sanitari a non tener conto del fattore anagrafico nell'individuazione delle persone alle quali destinare trattamenti salva-vita⁵⁵. Così facendo, ha dimostrato di non voler discriminare gli anziani in quanto tali e ha ribadito questo suo orientamento nel momento in cui ha sottolineato che ai soggetti in parola deve essere garantito il diritto ad una piena assistenza sanitaria anche in situazioni straordinarie come quella che stiamo vivendo⁵⁶.

Pertanto, a differenza di quanto previsto dalla SIAARTI nelle sue raccomandazioni, il Comitato ha escluso che l'accesso ai reparti di terapia intensiva possa dipendere dalla condizione anagrafica del singolo⁵⁷ e, lungi dal ritenere l'età avanzata un fattore decisivo per l'individuazione dei soggetti da trattare, l'ha presa in considerazione solo in ragione della sua correlazione "con la valutazione clinica e prognostica"⁵⁸.

Va, tuttavia, segnalato che l'attenzione del CNB nei confronti delle persone anziane non si è tradotta in una reale tutela della loro salute e ciò risulta evidente ove si consideri che, con il suo parere, ha sollecitato i medici a curare in maniera prioritaria i malati di Covid-19 che hanno maggiori possibilità di guarigione⁵⁹. È del tutto improbabile, infatti, che tra i soggetti in questione possano rientrare gli anziani, perché se è vero che alcuni di essi sono autonomi e vivono in un discreto stato di benessere, è anche vero

53 Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *op. cit.*, p. 6.

54 A giudizio del Comitato Nazionale per la Bioetica, gli unici aspetti da considerare in tale contesto sono la gravità della patologia e le concrete possibilità di guarigione. G.M. Caletti, *op. cit.*, p. 10, ha, tuttavia, ricordato che un'altra nozione ampiamente valorizzata dal Comitato nel suo parere è quella dell'attualità ed ha fatto presente che anche tale nozione è una bussola di fondamentale importanza "per calibrare la condotta da adottare".

55 Sulla necessità di utilizzare in modo esclusivo il criterio clinico nella scelta dei malati da curare con trattamenti salva-vita cfr., fra gli altri, L. d'Avack, *op. cit.*, p. 375.

56 Cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *op. cit.*, p. 3.

57 Sulle previsioni contenute nelle raccomandazioni della Società degli anestesisti e dei rianimatori cfr. L. Conte, *op. cit.*, p. 7.

58 Comitato Nazionale per la Bioetica, *op. cit.*, p. 6.

59 Secondo C. Casonato, *op. cit.*, p. 123, in situazioni di grave emergenza è doloroso ma anche necessario "individuare i malati che hanno una maggiore e più rapida possibilità prognostica di guarigione e impiegare le scarse risorse disponibili a loro beneficio".

che la maggior parte delle persone avanti con gli anni è segnata da una forte vulnerabilità dovuta alla compresenza di più patologie croniche ed alla crescente difficoltà di compiere le attività che sono essenziali per condurre una vita indipendente⁶⁰.

Non si può, quindi, ignorare che, al pari dell'organismo rappresentativo degli anestesisti e dei rianimatori, il Comitato nazionale ha invitato le strutture ospedaliere a destinare i trattamenti di carattere intensivo ai pazienti che hanno più *chance* di sopravvivenza ed ha, così, ritenuto "sacrificabili" gli anziani più deboli e tutti gli altri soggetti fragili⁶¹.

In realtà, questo suo modo di operare non è stato oggetto di particolari critiche e nei vari Paesi che si sono posti il problema di come selezionare le persone da curare sono stati elaborati dei criteri di scelta caratterizzati proprio dalla precedenza data ai malati che hanno maggiori possibilità di guarigione⁶².

Tali circostanze non ci possono, però, far dimenticare che, con le sue scelte, il Comitato non ha mantenuto la promessa di realizzare "un'adeguata ed equa allocazione delle risorse sanitarie"⁶³ e, cosa decisamente più discutibile, non ha operato nel rispetto dei nostri principi fondamentali⁶⁴. Sappiamo bene, infatti, che dal combinato disposto degli artt. 3 e 32 della Costituzione emerge che il diritto all'assistenza sanitaria deve essere riconosciuto agli anziani esattamente come è riconosciuto alla generalità degli individui⁶⁵ e che, di fronte a situazioni di palese debolezza, la Repubblica ha il preciso compito di assicurare l'esercizio del diritto in parola anzitutto a quanti vivono tali situazioni⁶⁶. È noto, inoltre, che la doverosità di un trattamento delle persone ad età avanzata particolarmente attento al loro benessere psico-fisico si evin-

60 Al riguardo cfr., per tutti, U. Senin, A. Cherubini, P. Mecocci, *Paziente anziano, paziente geriatrico e medicina della complessità. Fondamenti di Gerontologia e Geriatria*, Napoli 2010.

61 Sulla *sacrificabilità* degli anziani e degli altri soggetti fragili cfr., in senso critico, L. Palazzani, *op. cit.*, p. 367.

62 Cfr. C. Casonato, *op. cit.*, p. 124.

63 Comitato Nazionale per la Bioetica, *op. cit.*, p. 4.

64 Come ha opportunamente ricordato L. d'Avack, *op. cit.*, p. 374, i principi fondamentali del nostro ordinamento impongono di assicurare "pari opportunità di accesso alle strutture sanitarie, così da garantire ad ogni singola persona il rispetto dei medesimi diritti".

65 In proposito v. P. Perlingieri, *Il diritto alla salute quale diritto della personalità*, in "Rass. dir. civ.", 1982, p. 1020.

66 Sul punto cfr. C. Casonato, *op. cit.*, pp. 122-123.

ce anche dalla giurisprudenza costituzionale⁶⁷ ed è prevista dall'art. 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea⁶⁸.

Nell'attesa di una *messa in sicurezza* del Servizio Sanitario Nazionale che restituisca ad ogni individuo il pieno diritto alle cure⁶⁹, dobbiamo, allora, augurarci che i medici non scelgano i malati da trattare sulla base dei criteri di selezione indicati dalla SIAARTI e dal CNB, ma agiscano in coerenza con i principi fondamentali dell'ordinamento, assistendo in modo prioritario gli anziani vulnerabili e tutti coloro che sono maggiormente bisognosi di terapie⁷⁰.

67 A titolo meramente esemplificativo va ricordato che, nella sentenza n. 309/1999, il Giudice delle leggi ha qualificato la salute come valore costituzionale supremo, in quanto ambito inviolabile della dignità di ogni essere umano.

68 Sui contenuti dell'articolo in parola si rinvia a P.F. Lotito, *op. cit.*, pp. 195 ss.

69 Cfr. F. Taroni, *Andrà tutto bene? Come sta funzionando il Servizio Sanitario Nazionale*, in "www.sbilanciamoci.info", p. 1.

70 Cfr. L. Palazzani, *op. cit.*, p. 367.