

MARIA ANTONIETTA LA TORRE

EMERGENZA PANDEMICA ED ETICITÀ DELLE SCELTE

“Fa’, figliuol mio, ormai – disse – di me che più t’aggrada; ch’al tuo voler son pronto, e d’uscir teco più non recuso”. Avea già ‘l foco appresa la città tutta, e già le fiamme e i vampi ne ferian da vicino, allor che ‘l vecchio così dicea: “Caro mio padre, adunque, – soggiuns’io – com’è d’uopo, in su le spalle a me ti reca, e mi t’adatta al collo acconciamente: ch’io robusto e forte sono a tal peso: e sia poscia che vuole: ch’un sol periglio, una salute sola fia d’ambedue.” (Eneide, libro II)

1. *Una nuova sfida bioetica: il conflitto tra individuo e comunità*

La pandemia da SARS-CoV-2 ha sollevato numerosi quesiti di ordine bioetico, che hanno interessato tutte le società contemporanee, in una comunanza, tuttavia, solo apparente, poiché si è pure evidenziata una differenza sostanziale nell’approccio alla crisi, strettamente connessa a due visioni antitetiche della relazione tra individuo e comunità. Da un lato vi sono infatti Paesi e culture nei quali prevale l’interesse collettivo, e tale *Weltanschauung* non necessariamente coincide con un regime autocratico, come si potrebbe supporre, rientrando in tale categoria ad esempio, il Giappone¹, dall’altro vi sono culture, dirette eredi del liberalismo settecentesco, nelle quali al centro del progetto di società vi sono i diritti individuali e questi sono considerati prioritari, tranne in casi eccezionali e circoscritti, rispetto a quelli collettivi, e in conseguenza di ciò le restrizioni determinate dalle esigenze di contenimento della pandemia hanno suscitato reazioni e dibattiti sino ai limiti dell’irragionevolezza. Tuttavia, proprio un caso eccezionale si è presentato in occasione dell’emergenza pandemica, cosicché

1 In Giappone, ad esempio, l’uso di dispositivi di protezione individuale è percepito in primo luogo come un mezzo per tutelare le altre persone, così come il fumo viene scoraggiato in pubblico non tanto perché dannoso per la salute del singolo, bensì perché può ingenerare fastidio ad altri, sporcare le parti comuni, e così via.

anche nel nostro Paese si è potuto derogare alle prerogative del singolo e restringere le sue libertà in nome del bene collettivo. La pandemia da SARS-CoV-2 ha dimostrato che pure in società di consolidata democrazia gli interessi individuali possono essere subordinati al bene comune, o a un bene più ampio, e ha indotto a procedere a limitazioni nell'esercizio dei diritti, instaurando una relazione diretta tra politica e vita individuale e collettiva intesa nell'accezione foucaultiana, sia in senso positivo, poiché è stato esercitato un biopotere volto alla cura dei corpi e il sapere medico-scientifico ha acquisito un'inedita centralità, sia in senso negativo, attraverso la legittimazione di decisioni in merito alla vita e alla morte². Da ciò un conflitto particolarmente problematico, soprattutto dal punto di vista etico, tra diritto individuale alla salute e interesse collettivo nella gestione delle risorse sanitarie, che ha in parte snaturato taluni principi fondativi dell'etica della salute e della deontologia medica.

2. Assistenza sanitaria universale versus sospensione dei trattamenti in condizione di scarsità di risorse

Nonostante previsioni e indicatori di pericolo non fossero mancati negli anni precedenti, i servizi sanitari nazionali si sono rivelati in ampia misura e quasi ovunque impreparati ad affrontare l'inedita pressione sulle strutture, sul personale, sulle risorse determinata dalla diffusione repentina del SARS-CoV-2. E benché occorra riconoscere che sarebbe stato assai difficile essere pienamente ed efficacemente preparati a un'evenienza così imponente, tuttavia sono emerse in breve tempo criticità ben maggiori di quelle imputabili soltanto alle dimensioni del fenomeno, ad esempio, incongruenze tra tagli programmati e imposti anche con grossi costi sociali e sprechi incontrollati nelle maglie degli appalti e delle clientele³. Com'è ovvio, le persone in condizioni di fragilità per patologie pregresse e/o croniche, proprio quelle per le quali il Servizio Sanitario

2 La protezione della vita ha come complemento inevitabile "un effetto contrapposto che sembra restaurare, a livello di massa, la pratica sovrana di decisione di morte." R. Esposito, *Biopolitica*, in M. Ferraris (a cura di), *Potere. Perché si lotta per il potere?*, Gruppo Editoriale L'Espresso, Roma 2012, p. 79. Cfr. anche L. Bazzicalupo, *Economia e dispositivi governamentali*, in "Filosofia politica", vol. XX, n. 1, 2006, pp. 43-56.

3 Secondo dati AIFA la spesa sanitaria nel 2019 è stata del 14,85% in più rispetto a quanto programmato, una cifra che corrisponde a circa 1759 milioni di euro, ma, sulle spese eccedenti la programmazione, il controllo e l'applicazione dei costi standard e dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sono assai più difficili.

Nazionale è deputato ad attivare più ampie tutele, hanno subito in maggior misura l'inadeguatezza del sistema. Perciò ci si chiede se siano stati rispettati i principi costituzionali di tutela della salute e di eguaglianza di opportunità e se il SSN abbia adempiuto al suo compito di garantire cure per tutti, secondo il principio dell'universalità dell'assistenza, in particolare modo riguardo una delle criticità più drammatiche, di specifica rilevanza bioetica, ossia l'impossibilità di fornire a tutti le cure salvavita di terapia intensiva adeguate. A diversi pazienti, in specie anziani e/o fragili, non sono state somministrare cure rianimative ed essi sono stati lasciati morire senza neppure beneficiare di cure palliative; nessuno di noi può immaginare sorte peggiore. Alcuni sanitari si sono trovati dinanzi a una cruciale configurazione di dilemma bioetico, ossia con diversi pazienti da trattare, con analoghe possibilità di sopravvivenza grazie ad una terapia appropriata, ma tale trattamento era indisponibile, ossia insufficiente per tutti. Perciò, a causa della carenza di dispositivi e personale idoneo ad adoperarli, ci si è avvalsi anche di criteri di triage non rigorosamente clinici e il personale sanitario ha dovuto farsi carico della responsabilità morale di scelte compiute (spesso in solitudine e senza supporto psicologico ed etico) con riferimento a parametri di valutazione non sanitari, ma di opportunità, che concernono un ordine di competenze estraneo alla loro formazione e vocazione. In gran parte dei contributi di riflessione su tale tema, anche in documenti pre-pandemia, si reputa criterio valido di allocazione di risorse insufficienti la previsione circa la possibilità di sopravvivenza alla dimissione, ma gli anziani e i disabili rischiano in tale prospettiva di essere esclusi da trattamenti potenzialmente salvavita: una strategia allocativa dovrebbe incorporare più principi etici, non ultimo quello di giustizia, il quale si realizza senza dubbio attraverso un *bilanciamento* di interessi e di principi etici e giuridici, ma prevede in ogni caso eguale trattamento in relazione a determinati criteri, solitamente la parità di condizioni e la necessità. Com'è ovvio, le decisioni in merito alla limitazione dei ricoveri e delle cure non sono state meramente discrezionali, ma il risultato di una situazione di scarsità, pertanto la questione sollevata da più parti non è stata *se* operare delle scelte, bensì individuare regole condivisibili e accettabili per compierle; tuttavia, una situazione emergenziale, ossia una condizione di fatto, non *legittima* la rinuncia a riferimenti valoriali e di principio che sono costitutivi della *Weltanschauung* occidentale, ossia non autorizza a reputare *ammissibili* tali procedure e regolamentabili simili parametri di valutazione al punto da ascriverli a una condotta "etica".

Emanuel, Persad, Upshur, et al. suggeriscono di far riferimento, in simili situazioni di necessità, a “quattro valori fondamentali: massimizzare i benefici prodotti da risorse scarse, trattare le persone allo stesso modo, promuovere e premiare il valore strumentale e dare priorità a chi sta peggio”⁴, tuttavia ciascuno di questi può essere declinato in modi diversi e addirittura conflittuali; ad esempio, l’obiettivo di “massimizzare i benefici” può indurre a privilegiare il salvataggio del maggior numero di vite, oppure del maggior numero di anni di vita (ossia a dare la precedenza a pazienti che probabilmente sopravvivranno più a lungo a seguito del trattamento); e ancora, decidere di favorire chi può vantare un valore “strumentale” richiederebbe un’ulteriore classificazione (e dunque l’elaborazione di una “scala di valore” tra individui) tra chi direttamente contribuisce alla salvezza di altri individui e altre figure professionali, magari del pari determinanti in simili circostanze; infine, la scelta di attribuire la priorità a chi sta peggio, per altro non condivisa in analoghi documenti sulla pandemia, potrebbe essa stessa non produrre la “massimizzazione dei benefici”, se ciò implicasse uno “spreco” di risorse con chi ha poche probabilità di sopravvivenza sacrificando altri che, essendo in condizione meno grave, potrebbero più verosimilmente sopravvivere. Per altro, nessuna di queste alternative è moralmente influente o può essere esclusa con leggerezza e nessun parametro singolarmente impiegato può sciogliere tutti i dubbi; perciò in Italia, e non solo, le principali associazioni dei medici specialisti coinvolti più direttamente nelle terapie necessarie alla cura del SARS-CoV-2, dalla SI-MEU (Società Italiana di Medicina d’Emergenza-Urgenza), alla SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva), e con esse il Comitato Nazionale per la Bioetica, hanno avvertito l’esigenza di elaborare linee-guida e riflessioni sulle criticità emerse.

Il documento pubblicato dalla Siaarti il 6 marzo 2020, ossia nei giorni di estrema crisi sanitaria connessa alla pandemia da SARS-CoV-2, intitolato “*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*”, affronta il divario tra le esigenze di cura e la disponibilità di apparecchiature per la terapia intensiva, necessarie nei casi più gravi dell’insufficienza respiratoria acuta che caratterizza questa patologia, proponendosi di fornire “criteri di accesso alle cure intensive (e di dimissione) non soltanto strettamente di appropriatezza clinica e di

4 E. J. Emanuel, G. Persad, R. Upshur, et al., *Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19*, in “The New England Journal of Medicine”, vol. 21, n. 382, 2020, pp. 2049-2055.

proporzionalità delle cure, ma ispirati anche a un criterio il più possibile condiviso di giustizia distributiva e di appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate⁵. Dinanzi all'impossibilità di fornire cure adeguate a tutti coloro che ne presentano la necessità, si è ritenuto che il personale sanitario, e in particolare gli anestesisti rianimatori, necessitasse di un supporto che legittimasse le inevitabili scelte, ridefinendo le regole di accesso alle terapie straordinarie: non solo appropriatezza clinica e proporzionalità delle cure⁶, bensì anche giustizia distributiva e allocazione di risorse limitate, un parametro, quest'ultimo, è bene ricordarlo, estraneo alle funzioni professionali di operatori il cui compito è salvare vite. Tale orientamento si traduce nell'indicazione a tener conto non solo del bisogno individuale di cura, ossia dello stadio di gravità della malattia, bensì anche della "maggiore speranza di vita", ossia della maggiore probabilità di successo terapeutico e della presenza di altre patologie, le quali potrebbero aggravare la condizione clinica o, in altri termini, ad abbandonare il criterio del "*first come, first served*", sostituendolo col criterio "prognostico", che induce a prediligere chi ha maggiori possibilità di guarigione, trascurando gli altri. Comunque la si voglia giudicare e per quanto sia possibile giustificarla nella prassi, si tratta di un'indicazione circa le modalità per decidere di *non* trattare tutti i pazienti che potrebbero trarre qualche vantaggio dalle cure. In apparenza, poi, non si suggerisce un mero criterio anagrafico; tuttavia, in maniera neppure tanto implicita, ciò pure avviene, quando si legge che "può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in TI. Non si tratta di compiere scelte meramente di valore, ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime 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"⁷,

5 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*, marzo 2020, p. 3.

6 Il criterio della proporzionalità delle cure è stato molto discusso nell'ambito del dibattito sull'accanimento terapeutico, che però non è possibile in questa sede approfondire.

7 SIAARTI, *op. cit.*, p. 5. Il riferimento all'età, per quanto discriminatorio e immorale appaia, non deve tuttavia stupire. L'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche e la Società Svizzera di Medicina Intensiva hanno esplicitamente stabilito che nei triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse e indisponibilità di letti in terapia intensiva non dovrebbe essere ammesso al reparto chi ha un'età superiore a 85 anni o un'età superiore a 75 anni con patologie gravi. E il Karolinska Institute di Stoccolma ha fornito analoga indicazione agli operatori sanitari svedesi che, in caso di carenza di posti letto in terapia intensiva,

anche tenendo conto che soggetti in età avanzata e/o affetti da comorbidità richiederebbero un uso più prolungato delle terapie intensive, sottraendo ad altri la possibilità di fruirne.

Come era prevedibile, tale intervento ha suscitato un certo turbamento, poiché in una società entro la quale il servizio sanitario è ritenuto un bene universale e un diritto di tutti e che promuove il rispetto per tutte le età della vita non è facile accogliere l'ipotesi che qualcuno possa esser lasciato morire laddove tecnicamente, con una maggiore disponibilità di risorse, potrebbe essere salvato, ancor meno quando la scelta potrebbe essere condizionata dall'età anagrafica⁸. Le raccomandazioni della Siaarti si giustificano facendo appello alla "straordinarietà della situazione" e quindi con riferimento alla cosiddetta "medicina delle catastrofi"⁹: in occasione di calamità, eventi imprevisi e numericamente significativi, quando molti pazienti richiedono cure contemporaneamente, si effettua un *triage* (smistamento) che non privilegia necessariamente i più gravi, bensì coloro che hanno maggiore possibilità di esito positivo alle cure. Ma una simile circostanza non scioglie, a mio avviso, i problemi etici che tali scelte pongono, né, soprattutto, tale "smistamento" autorizza l'abbandono dei pazienti, cosicché sarebbe doveroso predisporre in ogni caso almeno assistenza e accompagnamento, come non sempre è avvenuto nel caso della presente epidemia, in quei casi nei quali i pazienti sono stati abbandonati presso il proprio domicilio: le statistiche dicono che chi necessitava di cure in terapia intensiva e non le ha ricevute è morto con una percentuale che si avvicina al cento per cento. Nel corso dell'emergenza si è parlato diffusamente di risorse e strumenti, ma assai poco di accoglienza e accompagnamento, ossia si sono privilegiate solo alcune dimensioni della cura, trascurandone altre, ad esempio la deprivazione della dimensione relazionale, da tempo riconosciuta come cruciale per l'efficacia terapeutica e, per l'appunto, l'accompagnamento finale. In occasione di futuri bilanci andrebbe valutato quanto spazio abbiano avuto, in questo periodo concitato, le cure palliative, le quali rappresentano l'essenza del prendersi cura anche in assenza di pos-

dovranno escludere le persone di 80 anni e persino quelle di 60-70 che hanno altre patologie.

8 Cfr. ad es. *Considerazioni etiche riguardo l'epidemia di Covid-19 e gli interventi clinico-sanitari* del Comitato Etico per le attività sanitarie dell'Azienda Provinciale per i servizi sanitari della Provincia di Trento.

9 Cfr. ad es. J.P. Leider, D. DeBruin, et al., *Ethical Guidance for Disaster Response, Specifically Around Crisis Standards of Care: A Systematic Review*, in "American Journal of Public Health", vol. 107, n. 9, 2017.

sibilità di guarigione¹⁰. L'eventuale consenso informato circa le decisioni assunte in conseguenza della carenza di risorse deve essere accompagnata dall'illustrazione delle alternative offerte in termini di alleviamento del dolore: la comunicazione, al paziente o ai familiari, non può consistere semplicemente in "nessuna cura".

Tra le voci in dissenso rispetto all'iniziale impostazione della Siaarti, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCEO) ha sottolineato come questo genere di "scelte" sia estraneo alla professione medica e al suo codice deontologico e ha manifestato un netto rifiuto di questa sorta di "triage di guerra", inducendo la Siaarti a produrre un nuovo documento congiunto nell'ottobre 2020, nel quale sono stati riaffermati i seguenti criteri di valutazione per l'accesso alle cure salvavita: "la gravità del quadro clinico, le comorbidità, lo stato funzionale pregresso, l'impatto sulla persona dei potenziali effetti collaterali delle cure intensive, la conoscenza di espressioni di volontà precedenti nonché la stessa età biologica, la quale non può mai assumere carattere prevalente", con l'aggiunta che "il ricorso a tali criteri non può essere inteso come il diniego del principio non negoziabile dell'uguaglianza di valore di ogni essere umano. Sono garantiti quali criteri di scelta sotto il profilo deontologico e professionale: il rispetto, la tutela della dignità e della salute della persona, la proporzionalità e l'adeguatezza delle cure, l'equità d'accesso, il criterio di beneficiabilità, l'età e/o le altre situazioni di vulnerabilità. Tali criteri di scelta non possono essere utilizzati separatamente"¹¹. Si è tentato in tal modo di attenuare l'impostazione iniziale e rendere più coerente con il codice deontologico l'adozione di condotte in astratto difficilmente giustificabili.

Il documento Siaarti non è, in verità, una novità assoluta. Vi sono diversi precedenti che analizzano le possibili difficoltà allocative, in particolar modo nella disponibilità di terapie rianimative, in situazioni pandemiche o di disastro naturale o di analoga emergenziale crescita di richieste che non possano essere interamente soddisfatte in condizioni di limitatezza di risorse. Persad, Wertheimer, Emanuel già in un precedente articolo del 2009¹²

10 Ricordiamo che le cure palliative sono ormai un diritto normato dalla L. 38/2010. Su tale tema cfr. C. Stroud, S.L. Hanson, et al. (a cura di), *Committee on Guidance for Establishing Standards of Care for Use in Disaster Situations*, National Academies Press, Altevogt, BM, 2009.

11 Documento congiunto FNOMCEO-SIAARTI 22 ottobre 2020: <http://www.siaarti.it/News/Scelte%20terapeutiche%20in%20condizioni%20straordinarie%20Documento%20congiunto%20FNOMCeO-SIAARTI.aspx>.

12 G. Persad, A. Wertheimer, E.J. Emanuel, *Principles for allocation of scarce medical interventions*, in "Lancet", n. 373, 2009, pp. 423–31.

individuavano le succitate quattro categorie di principi etici ai quali conformare le scelte allocative: *trattare le persone allo stesso modo, favorire chi sta peggio, massimizzare i benefici totali, promuovere e premiare l'utilità sociale*, riconoscendo che nessuno di essi è sufficiente e che piuttosto occorrono una valutazione multifattoriale e un approccio multivaloriale, ma in quello scritto anche questi autori reputavano lecito privilegiare chi avesse più anni di vita a disposizione. Alle valutazioni cliniche, dunque, si affianca con una certa frequenza un (presunto) *principio utilitaristico di massimizzazione dei benefici*; d'altronde, non vi è altro modo per sostenere la legittimità "etica" della scelta di curare alcuni pazienti piuttosto che altri; alla luce, ad esempio, di un'etica dei principi ciò non sarebbe possibile. Il Comitato etico del Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie del Dipartimento della salute degli Stati Uniti ha pubblicato nel 2011¹³ un documento dal titolo "*Considerazioni etiche per il processo decisionale relativo all'assegnazione di ventilatori meccanici durante una pandemia influenzale grave o un'altra emergenza sanitaria pubblica*", con lo scopo di proporre un resoconto "del complesso panorama etico associato al processo decisionale sull'allocazione delle scarse risorse sanitarie di sostegno vitale"¹⁴, e un supporto per decisioni le quali, per risultare giuste ed eque, devono essere il risultato di un confronto tra le diverse parti coinvolte, vale a dire non solo personale sanitario, bensì pazienti e loro rappresentanti, esperti legali, bioeticisti. In considerazione dell'insostenibilità dei costi di un approvvigionamento idoneo ad affrontare qualsiasi emergenza, si giudica necessario bilanciare *esigenze di sanità pubblica e pratica clinica*. Se gli ordinari criteri di triage, il *sickest first* (il più malato per primo) e il *first-come, first-served* (primo arrivato, prima curato), secondo i quali i doveri fiduciari verso i pazienti presenti hanno la priorità sui potenziali benefici per gli altri pazienti, si rivelano inadeguati, e se occorre assegnare priorità

13 Ciò a seguito del riconoscimento del carattere pandemico dell'influenza A H1N1 nel 2009, poiché, sebbene quell'influenza non avesse determinato situazioni di emergenza come quelle causate dal SARS-CoV-2, si intendeva prevenire eventuali future difficoltà.

14 Ethics Subcommittee of the Advisory Committee to the Director, Centers for Disease Control and Prevention, *Ethical Considerations for Decision Making Regarding Allocation of Mechanical Ventilators during a Severe Influenza Pandemic or Other Public Health Emergency*, 2011, p. 3. Cfr. anche A.V. Devereaux, J.R. Dichter, M.D. Christian, et al., *Definitive care for the critically ill during a disaster. A framework for allocation of scarce resources in mass critical care*, in "CHEST", n. 133, 2008, pp. 151-66; Institute of Medicine, *Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations*, National Academy Press, Washington, 2009.

nell'utilizzo di strumenti salvavita a chi potrebbe ricavare i maggiori benefici, ne deriva che sarebbe consentito scegliere di non curare un malato più grave e ciò configurerebbe una "gestione prudente di risorse scarse". Colpisce, però, che questo sia reputato e definito come un criterio *etico*, sebbene non garantisca, evidentemente, il principio di giustizia, né un pieno bilanciamento tra scarsità, equità, coerenza d'azione nel tempo, conservazione della fiducia dei pazienti e della collettività e dovere di scongiurare discriminazioni. Un criterio di giudizio etico, in effetti, dovrebbe fornire un parametro o un metodo per giudicare della "bontà" di un'azione, è il risultato di una riflessione sulle regole idonee a distinguere ciò che è bene da ciò che è male, dunque ad individuare i metodi per valutare i comportamenti secondo principi e identificare i valori che consentono una vita "buona", e non si vede come una valutazione che determini la scelta di non curare, con il conseguente esito infausto, possa essere considerata un criterio di moralità. Tali documenti e linee-guida compiono costanti riferimenti, a titolo di giustificazioni teoriche, a un approccio utilitaristico che fa coincidere la moralità con il "bene per il maggior numero", ma, a ben vedere, dell'utilitarismo si fa per lo più un uso strumentale e anche sommario, ossia si estrapola in maniera approssimativa l'elemento del "calcolo delle utilità", così caro alla teoria economica classica, ossia della misurazione costi-benefici, trascurando il cuore stesso della teoria etica utilitaristica: sebbene dell'utilitarismo si siano avuti diversi modelli e versioni, in linea generale secondo il "principio sociale" dell'utilitarismo non c'è vero utile per l'individuo se esso non favorisce anche il maggior bene possibile per tutti e il giudizio morale è il calcolo delle conseguenze delle azioni sulla totalità dei soggetti coinvolti. Il calcolo costi-benefici è una *scelta razionale* che incorpora l'ideale morale dell'imparzialità e non sembra così facile applicare misure di efficienza morale alla decisione di consentire o meno la sopravvivenza di alcuni individui, anche perché non è chiaro *quale* "efficienza" andrebbe misurata. Non solo la possibilità della comparazione interpersonale delle utilità, vale a dire che si dia qualche modo di misurare con lo stesso metro unità di benefici o svantaggi non solo individuali ma interpersonali, è stata sovente messa in dubbio, escludendo che un approccio utilitaristico sia idoneo a risolvere la maggior parte dei problemi morali, in quanto una simile comparazione comporta conflitti di interessi fra individui, ma per giunta, nel caso in esame, si presume di poter sommare fra loro vantaggi e svantaggi derivanti a individui diversi per determinare l'utilità complessiva, quando in gioco vi è la sopravvivenza di alcuni individui a discapito di altri.

Oltre a un possibile conflitto di interessi tra singoli individui, la pandemia ha anche evidenziato, come si accennava, una contrapposizione tra

diritto individuale alla salute e interesse collettivo. Nello stesso periodo un articolo sugli *Annals of Internal Medicine*, una rivista medica accademica tra le più citate e influenti al mondo, pubblicata dall'American College of Physicians, riconosceva che "l'etica della salute pubblica differisce dall'etica clinica dando priorità alla promozione del bene comune, oltre a proteggere l'autonomia individuale"¹⁵. Ora, è possibile deliberare, ad esempio, che una vita lunga abbia maggior valore di una breve ma più intensa, o che una vita sana più breve abbia maggior diritto ad essere preservata di una lunga ma con patologie? Età, prognosi a lungo termine, stato funzionale sono di volta in volta indicati come termini di riferimento per l'accesso alle terapie salvavita, ma ogni selezione viola alla radice il principio di giustizia, poiché pazienti in condizioni simili *da un punto di vista eticamente rilevante* possono essere trattati in modo diverso: tali "scelte" possono generare l'effetto, seppur non intenzionale, di giudicare non meritevoli di essere salvati alcuni gruppi di individui. E "sebbene l'obiettivo utilitaristico di massimizzare i benefici netti sia un importante principio di salute pubblica, [...] dal punto di vista etico, allocare risorse scarse durante una pandemia grave vagliando solo le possibilità di sopravvivenza alla dimissione ospedaliera è insufficiente perché omette altre importanti valutazioni etiche"¹⁶. Da una prospettiva non-utilitaristica, ad esempio, si privilegierebbe la massimizzazione del numero di vite salvate, poiché tutte le vite sono ritenute di pari valore, e non si terrebbe in considerazione il numero di anni di vita che le persone dimesse potrebbero avere dinanzi a sé. E se si ritiene che ciascun membro della società detenga un valore intrinseco, poiché la considerazione del contributo che questi può fornire o della sua "utilità" per la società genererebbe discriminazioni nei confronti di soggetti non

15 D.B. White, M.H. Katz, J.M. Luce, B. Lo, *Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions*, in "Annals of Internal Medicine", n. 150, 2009, pp. 132-138. Cfr. anche J.Y. Lin, L. Anderson-Shaw, *Rationing of resources: Ethical issues in disasters and epidemic situations*, in "Prehospital and Disaster Medicine", vol. 3, n. 24, 2009, pp. 215-221.

16 Ethics Subcommittee of the Advisory Committee to the Director, *op. cit.*, p. 14. "In condizioni ordinarie, a maggior vulnerabilità si risponde con maggiore sforzo e maggior impiego di mezzi e risorse. In fasi del tutto straordinarie, come quella prodotta dall'emergenza pandemica, questa logica non è semplicemente modificata, avvicinandosi agli estremi rimanendo però all'interno dello stesso spettro; essa risulta semplicemente sovvertita: a maggior vulnerabilità corrisponde la rinuncia all'intervento." C. Casonato, *Salute ed eguaglianza alla prova dell'emergenza*, in G. De Minico, M. Villone (a cura di), *Stato di diritto ed emergenza tecnologica*, "Consulta On Line Rivista di diritto e giustizia costituzionale", luglio 2020, p. 123.

normodotati, argomenti come il “valore sociale” o “strumentale” (vale a dire, per l'appunto, il contributo che un determinato individuo può fornire se questi ad esempio appartiene a una categoria di personale sanitario, oppure, nel caso in esame, fosse un produttore di vaccini), forniscono giustificazioni poco convincenti da un punto di vista etico. Anche l'obiettivo inizialmente suggerito da alcuni capi di Stato di favorire la cosiddetta “immunità di comunità” si ritiene rifletta una logica di tipo utilitaristico (in verità, sarebbe meglio qui adoperare il termine “utilitario”, poiché si seguirebbe un orientamento estraneo, in senso proprio, al principio sociale dell'utilitarismo), intesa in tal caso nel senso più brutale: un modo per salvare delle vite a lungo termine sacrificandone un certo numero (comunque assai significativo e comprendente soprattutto persone più fragili, più anziane, più svantaggiate) al momento, e nel contempo salvaguardare equilibri economici. Ma l'etica pubblica può basarsi sulla preservazione dell'interesse di molti a discapito dell'interesse di pochi o di una minoranza? Non discutiamo forse da qualche decennio di come assicurare anche alle minoranze il pieno accesso a tutti i benefici sociali? L'etica pubblica è volta a garantire che ciascun individuo consegua il maggior benessere possibile, perciò la maggioranza dei cittadini e una minoranza, debole, malata, affetta da SARS-CoV-2 o anziana, non rappresentano due gruppi da contrapporre e i diritti del secondo gruppo non dovrebbero essere sacrificati ad un presunto bene maggiore. Con tutta evidenza, l'unico modo eticamente accettabile di raggiungere un'immunità diffusa è l'impiego di vaccini. Nella gran parte della letteratura in materia sembra invece inevitabile che il perseguimento del bene collettivo autorizzi a comprimere i diritti individuali e ad operare delle scelte di *non-cura*; il documento Siaarti appare ai lettori che non svolgono professioni sanitarie (e pertanto non hanno diretta esperienza di situazioni emergenziali) animato da un pragmatismo sconcertante proprio in quanto *legittima* l'adozione di criteri extra-clinici nelle scelte, a parità di situazione clinica. Anche lo Hastings Center, nelle linee guida per i comitati etici, “*Gestione dell'incertezza, salvaguardia delle comunità, guida pratica*”, osserva che “un quadro eticamente valido per l'assistenza sanitaria durante le emergenze di salute pubblica deve bilanciare il dovere di cura incentrato sul paziente – il fulcro dell'etica clinica in condizioni normali – con i doveri incentrati sul pubblico per promuovere l'uguaglianza delle persone e l'equità nella distribuzione dei rischi e benefici nella società: il fulcro dell'etica della salute pubblica”¹⁷. Si riconosce, insomma,

17 The Hastings Center, *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) – Guidelines for Institutional*

che la necessità di assicurare la salute generale in occasione di una pandemia può determinare la riduzione del diritto individuale alla salute o quanto meno un conflitto tra le due istanze, e si suggerisce che occorra operare un *bilanciamento* tra il dovere di cura dell'individuo in condizione di bisogno – che è un' *obbligazione sia legale che morale* – e l' *equità nell'allocazione di risorse limitate* tenendo conto della sicurezza pubblica. Sembra, insomma, che un'etica della salute pubblica possa giustificare un cambiamento di prospettiva, che consentirebbe di accantonare la pratica clinica centrata sul paziente, anche se questo approccio generasse una riduzione della qualità della cura. Invece “la priorità per le risorse limitate dovrebbe mirare sia a salvare la maggior parte delle vite sia a massimizzare i miglioramenti nella durata della vita post-trattamento degli individui. Salvare più vite e più anni di vita è [...] coerente sia con le prospettive etiche utilitaristiche che enfaticano i risultati per la popolazione, sia con le visioni non utilitaristiche che enfaticano il valore supremo di ogni vita umana”¹⁸. Privilegiare l'aspettativa di vita a lungo termine penalizzerebbe non solo gli individui in età avanzata, ma i pazienti con aspettativa di vita ridotta a causa di disabilità o malattie aggravate da condizioni sociali disagiate¹⁹, mentre dovrebbero essere trattati alla stessa maniera tutti i pazienti che non si trovino in stadi talmente avanzati di una condizione patologica grave da mostrare assai limitata eventualità di sopravvivenza. Perciò, tra gli altri, il Comitato Etico per la pratica clinica dell'adulto dell'Azienda Ospedale-Università di Padova ha avvertito la necessità di ribadire che non può darsi alcun *automatismo* qualora si presentasse la necessità di selezionare i pazienti, e che comunque ciò può avvenire solo nel caso non vi sia alcuna disponibilità alternativa in nessun'altra struttura; che, inoltre, non si può trascurare il “rispetto dei principi etici cardine della pratica clinica”: non è sufficiente richiamare i principi di beneficenza e di autonomia, ma occorre ribadire la centralità del principio di giustizia, “particolarmente rilevante

Ethics Services Responding to COVID-19, March 16, 2020, p.1.

18 E. J. Emanuel, G. Persad, *op. cit.*

19 “La salute è anche influenzata dallo status sociale; [...] le persone più povere e non assicurate hanno più difficoltà a gestire i problemi di salute. [...] Queste condizioni di base dovrebbero avere importanza nel modo in cui valutiamo chi dovrebbe utilizzare un ventilatore”; se si tiene conto solo “della fisiologia e dell'aspettativa di vita di un individuo”, si utilizzano “fattori al di fuori del controllo delle persone. [...] Quando guardiamo alla nostra risposta sociale alla crisi e calcoliamo chi è stato selezionato per l'accesso al ventilatore, sembra certo che i gruppi che erano già svantaggiati siano stati di nuovo svantaggiati.” H. Schmidt, *The Way We Ration Ventilators Is Biased. Not every patient has a fair chance*, New York Times, April 15, 2020.

nelle circostanze attuali”, soddisfacendo “l’esigenza di garantire a ciascuno – riconosciuto pari agli altri sul piano della dignità, sotto tutti i profili – il più alto standard di cure mediche compatibile con un’equa distribuzione delle risorse a disposizione”. Si rigetta, dunque, il mero criterio anagrafico, in favore di un più ampio riferimento a principi di equità e giustizia: “Solo qualora questo non risultasse possibile o bastevole, si potrà prendere in considerazione di integrare i condivisi criteri di valutazione dell’appropriatezza del ricovero in Terapia Intensiva, dando priorità ai soggetti che – a parità di bisogno – si prevede possano beneficiare maggiormente del trattamento. Si sottolinea come tale eventuale valutazione non possa che derivare dal bilanciamento di una molteplicità di dimensioni – non solo l’età anagrafica – al di fuori di ogni automatismo”²⁰. Anche il CNB, nel suo parere sulla gestione dell’emergenza da SARS-CoV-2, rilevando il manifestarsi di un “conflitto fra gli obiettivi collettivi di salute pubblica (assicurare il massimo beneficio per il maggior numero di pazienti) e il principio etico di assicurare la massima tutela al singolo paziente”, ha richiamato come prioritari “i principi di giustizia, equità e solidarietà”, per riaffermare “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”²¹.

3. *Inasprimento del conflitto tra etica ed economia in tempi di pandemia*

Il dibattito, dunque, si è fin qui configurato come riconducibile alla domanda se le politiche sanitarie debbano attenersi a valutazioni inerenti la massimizzazione della salute pubblica, oppure a principi di eguaglianza tra tutti gli individui, e senza dubbio tale questione ha una rilevanza etica. Ora, il conflitto è una condizione naturale nella riflessione etica, non solo dal punto di vista teorico, ma nella pratica: è un suo elemento costitutivo, per dir così, sebbene l’etica non possa essere considerata una mera disciplina “tecnica” dei conflitti. Un “dilemma etico” può scaturire dal conflitto tra valori che risultano incompatibili, ma detengono la medesima dignità, tra principi egualmente validi da punti di

20 http://www.aopd.veneto.it/all/Emergenza_Covid-19_note_del_Comitato_Etico_per_la_Pratica_Clinica_delladulto.pdf

21 CNB, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”*, aprile 2020, p. 6.

vista diversi, i quali presentano alternative reali e possibili che appaiono egualmente giustificabili e produrranno conseguenze su qualche individuo. Ed effettivamente la scelta circa quale paziente far sopravvivere assume la connotazione di una grave criticità. In un tal genere di circostanza si individuano “metodi” o “tecniche” (da cui le teorie della scelta razionale) per la soluzione dei problemi di condotta, nella convinzione che ciascun problema possa pervenire a una soluzione razionale, che coincide generalmente con quella che produce maggiore “utilità”. Ma nel nostro caso non siamo dinanzi a scelte tra valori incompatibili, bensì alle conseguenze di deliberazioni allocative e a condizionamenti di ordine concreto: dunque, il “dilemma” non è *sostanziale* e di principio, nella sua genesi, ma lo è relativamente a circostanze fattuali; non siamo in presenza di un vero conflitto bioetico, poiché la dicotomia tra tutela individuale e massimizzazione del bene sociale è generata non da questioni astratte e di principio, bensì da fattori di ordine economico e sociale. Appropriatezza e proporzionalità, i criteri sanitari di valutazione riconosciuti unanimemente come validi e connotati anche di una specifica rilevanza etica, in special modo dopo il consolidamento delle definizioni di accanimento terapeutico e consenso informato, non sono stati sempre nel corso della pandemia i criteri di scelta non a motivo di dubbi sulla loro validità, bensì a seguito di pregresse opzioni di ordine economico, che hanno determinato una carenza di risorse e di personale; perciò non è stato posto in discussione il principio che *di norma* tutti dovrebbero essere curati e salvati, né si è in presenza di un disaccordo morale teorico, ossia di un conflitto tra principi opposti e quindi in un contesto di competenza della riflessione etica, ma di un contrasto tra l'applicazione di principi morali e le esigenze dettate da scelte di sostenibilità economica e *in conseguenza di ciò* di una domanda circa gli interessi da privilegiare. Strategie e scelte economiche hanno avuto riflessi ed effetti sulla salute e su valutazioni eticamente rilevanti in merito alle terapie salvavita, determinando la coartazione del criterio clinico in favore di quello extra-clinico al punto che in tal modo, riprendendo la distinzione proposta all'inizio, ci si è trovati nella condizione di agire e scegliere piuttosto come società collettivistiche che individualistiche. In Italia, la Legge 23 dicembre 1978, n. 833, “Istituzione del servizio sanitario nazionale”, finalizzata al “mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di *tutta* la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”, prescrive universalità e non-discriminazione, riflettendo, d'altronde, il

dettato costituzionale. Nelle circostanze in esame non solo il criterio universalistico non ha trovato piena realizzazione²², in buona misura a causa di pregresse scelte allocative che hanno alterato l'ordine delle priorità, ma, soprattutto, le decisioni di non-cura non sono scaturite da "un equilibrio fra la ragionevole compressione di un diritto a fronte della proporzionata prevalenza di un altro," bensì sono pervenute a una situazione ben più grave e ad un punto di non-ritorno, ossia "a pregiudicare in radice ogni chance di guarigione di un malato rispetto ad un altro"²³. Sebbene l'aspirazione ad essere ordinariamente preparati ad affrontare l'eccezionalità appaia un ossimoro e le istanze etiche non possano ignorare le problematiche connesse alla scarsità di beni, il criterio della massimizzazione dell'utile e quello della difesa del valore della singola vita restano due approcci inconciliabili. Le etiche teleologico-utilitaristiche sono spesso preferite dagli economisti poiché sembrano suggerire un metodo pratico per pervenire a decisioni circa le strategie più opportune attraverso una "misurazione" e un calcolo costi-benefici: in linea generale, la teoria etica sottintesa nell'economia classica è di questo tipo. Dal punto di vista di un'etica dei principi, invece, vi sono valori e diritti che non possono essere violati indipendentemente dal quantitativo di benessere o utile complessivi che la loro violazione potrebbe produrre, e che quindi non consentono né prevedono una giustificazione attraverso qualche tipo di calcolo di utilità. Infatti, come si può risolvere la difficoltà di effettuare i confronti interpersonali di utilità quando la posta in gioco è la sopravvivenza e il risultato non redimibile? Vi è un limite a ciò che si può ragionevolmente garantire senza generare diseconomie; tuttavia, in tale delicato ambito, i principi cardine di riferimento devono restare l'equità e l'evidenza scientifica e il rapporto costo-utilità, nell'utilizzo di una risorsa sanitaria, ossia il vantaggio di salute in rapporto alle risorse spese, non può costituire il criterio prevalente. Vi è uno stretto intreccio tra politica, economia e bios che rischia di relegare in secondo piano il fine autentico della medicina. Perciò occorre concepire il SSN come un valore e non come un

22 "La medicina contemporanea [...] è diventata così efficace, ma anche dispendiosa, da non poter, paradossalmente, essere esercitata in termini realmente universalistici, e da dover essere, in qualche modo, limitata." C. Casonato, *op. cit.*, p. 121. Cfr. anche M. Scheggi, *Costi standard e livelli essenziali di assistenza. Problemi applicativi del federalismo nel settore sanitario*, Report dell'Istituto di Management sanitario, Firenze 2009; P. Di Vittorio, *Salute pubblica* in R. Bradimarte, P. Chiantera, et al. (a cura di), *Lessico di biopolitica*, Manifestolibri, Roma 2006.

23 C. Casonato, *op. cit.*, p. 122.

mero costo, e le spese in salute non come costi netti, bensì come investimenti, non solo perché strettamente legate alla tutela dei diritti e alla realizzazione del dettato costituzionale, bensì perché trascurare questo aspetto in favore di investimenti in apparenza più remunerativi significa indebolire il tessuto sociale del Paese e correre il rischio, come nel caso dell'attuale pandemia, di dover sopperire con investimenti straordinari e meno controllabili, infine realizzando con maggior probabilità sprechi. Il WHO ha rilevato come l'emergenza da SARS-CoV-2 abbia implicazioni di ampia portata anche in settori non strettamente sanitari, bensì di "salute pubblica globale, stabilità socioeconomica, sicurezza alimentare e altri beni sociali"²⁴, con particolare riferimento alle disparità di accesso all'assistenza sanitaria nelle diverse aree del mondo, e nel forum dello Hastings Center si parla addirittura di "etica globale in caduta libera" a seguito dell'emergenza da SARS-CoV-2²⁵. Se si pensa che il 40% delle famiglie a livello mondiale non dispone di una struttura per il lavaggio delle mani con acqua e sapone e che questa pratica è ritenuta uno dei primi strumenti per arginare la diffusione dell'epidemia, si comprende come molte delle raccomandazioni reiterate durante la diffusione del SARS-CoV-2 fossero nei fatti destinate solo a una parte della popolazione mondiale. Perciò quando la pandemia sarà alle spalle e si potrà forse finalmente riflettere con maggior serenità su come configurare un'etica globale per la salute, si dovrà richiamare l'attenzione sui fattori non sanitari che sono determinanti per la salute stessa, come l'istruzione, l'alimentazione, la disponibilità di acqua potabile e impegnarsi affinché la scienza divenga "aperta", per una sempre più ampia condivisione dei saperi, una cooperazione internazionale nell'ambito della salute, delle scienze mediche e della biomedicina, le cui promettenti prospettive per il futuro non possono servire soltanto a garantire profitti alle multinazionali della chimica e della farmaceutica²⁶. Occorrerà perseguire gli obiettivi di offrire un accesso alle cure

24 WHO, *Key criteria for the ethical acceptability of COVID-19 human challenge studies*, 6 May 2020.

25 S. Venkatapuram, *COVID-19 and the Global Ethics Freefall*, in *Covid-19, Ethics, Global Health, Hastings Bioethics Forum, Pandemic Planning*, The Hastings Center, March 2020. <https://www.thehastingscenter.org/covid-19-and-the-global-ethics-freefall/>

26 Il "Piano S", adottato dal Consiglio Europeo della ricerca nel 2018 e che si auspica divenga effettivo nel 2021, finalizzato a rendere *open access* tutte le ricerche finanziate da enti pubblici europei, muove proprio in tale direzione. "La catena in base alla quale le nuove scoperte scientifiche sono costruite su risultati precedentemente stabiliti può funzionare in modo ottimale solo se tutti i risultati della

efficace per tutti i pazienti idonei ai servizi di terapia intensiva in circostanze ordinarie, i quali *rimangono idonei anche in circostanze eccezionali* senza esclusioni basate su età, disabilità o altri fattori; di assicurare valutazioni individualizzate per tutti i pazienti fondate sulle migliori tecniche mediche disponibili; di garantire che a nessuno venga negata l'assistenza sulla base di giudizi sul "valore" individuale. Ciò richiede, però, che si trovi una composizione al conflitto tra economia, che cerca profitti nel breve-medio termine, e salute, che richiede investimenti nel lungo termine, e a quello tra politica, che chiede risposte certe e rapide, e scienza, che necessita di tempo e verificazioni multiple.

4. I limiti delle scelte

Quasi mai i sistemi sanitari riescono a garantire tutto a tutti, ma, per quanto possano risultare ragionevoli, sensate e anche giuridicamente inoppugnabili, le deliberazioni di non somministrare terapie ad alcuni pazienti sono *non-etiche* nella sostanza e se ci si limita a riconoscere come inevitabile la limitatezza delle risorse e ad adoperarsi per individuare criteri di condotta il più possibile accettabili, si finisce col piegare le istanze dell'etica a esigenze che non sono sue proprie, ma del sistema economico. I principi bioetici fondamentali di beneficenza, autonomia e giustizia hanno avuto in occasione della pandemia da SARS-CoV-2 una declinazione parziale, ma la funzione di stimolo alla crescita della responsabilità che l'etica pubblica deve esercitare impedisce di *normare* una tale condotta. Dal punto di vista giuridico ed economico, tenere in considerazione l'aspettativa di vita può anche costituire la miglior realizzazione possibile di una giustizia distributiva, presupponendo in ogni caso che si sia fatto tutto il possibile per garantire la miglior cura e non vi siano automatismi, ma si valuti caso per caso. Tuttavia vi è una differenza tra condotta *legale* e condotta *morale*, poiché l'etica include un ambito più ampio di quello circoscritto dalla legge, e può (in alcune circostanze storiche è stato così) addirittura contraddire il dettato legislativo se siano in gioco principi inderogabili. Da un punto di vista etico, pertanto, vi sono molte ragioni per respingere la richiesta di individuazione di prescrizioni per un triage selettivo, non solo per evitare di suggerire che talune vite non meritino o non abbiano diritto ad essere salvate, ma soprattutto perché tale prassi non è etica in sé. È auspicabile

ricerca sono resi apertamente disponibili alla comunità scientifica." <https://www.coalition-s.org/why-plan-s/>.

considerare in ogni circostanza *tutti* i pazienti eleggibili, sebbene in casi estremi sia necessario dare la priorità a coloro che hanno maggiori probabilità di beneficiare di terapie e sussidi limitati. Probabilmente un modello ispirato a obblighi assoluti atti a determinare le condotte giuste indipendentemente dalla valutazione delle loro conseguenze non è interamente compatibile con le esigenze economiche e le difficoltà allocative di un servizio sanitario nazionale, ma il principio etico dell'universalità racchiude un precetto di giustizia inderogabile, il quale implica che un giudizio morale deve trattare *situazioni simili in modo simile*. Se ambire a una programmazione sanitaria così lungimirante ed economicamente consistente da garantire che vi sia sempre a disposizione tutto per tutti è forse impossibile, sebbene alla luce dell'accaduto talune priorità negli investimenti andranno sicuramente riviste, e se è certo necessaria e opportuna una riflessione ampia e condivisa sui criteri di allocazione delle risorse in situazioni estreme, quali quelle emerse in occasione della pandemia da SARS-CoV-2, tuttavia la cornice entro la quale tale dibattito dovrà svolgersi è che tale condotta è praticata in situazioni-limite, ma in linea di principio l'individuazione di criteri preferenziali per l'accesso a cure salvavita è inammissibile e qualsiasi "scelta" è pur sempre eticamente ripugnante, poiché salvare una vita quando ciò è *tecnicamente* possibile è un dovere morale assoluto, e se non è possibile nei fatti, ciò non rende lecita né moralmente giusta quell'azione omissiva, ma solo concretamente inevitabile, e non ne redime l'ingiustizia e, vorrei aggiungere, l'immoralità, *sostanziale*.