

Problemi etici posti dalla pandemia COVID-19

Dott. Mario Oppes Direttore U.O. PS e Medicina d'Urgenza Aou Sassari

La **Società Italiana di Medicina d'Emergenza Urgenza (SIMEU)**, raccogliendo le richieste provenienti dai medici dell'emergenza, di poter contare su un orientamento che consenta di affrontare con strumenti adeguati alcune questioni di carattere etico che la pandemia COVID-19 sta ponendo, ha chiesto ad un gruppo di esperti di offrire un contributo in grado di facilitare le decisioni che gli operatori potrebbero essere chiamati a prendere in questo difficile contesto.

I problemi più rilevanti riguardano i criteri di scelta per la distribuzione dei dispositivi di protezione individuale (DPI), la definizione delle categorie da sottoporre prioritariamente ai test diagnostici, l'assegnazione dei posti letto di terapia intensiva, l'elezione dei pazienti da sottoporre a ventilazione meccanica (invasiva e non invasiva), le scelte relative all'utilizzo di terapie sperimentali o *off label*. Successivamente, quando sarà disponibile un vaccino, si dovrà stabilire in quali categorie di persone utilizzarlo prioritariamente.

Riteniamo che la Società scientifica non abbia gli strumenti per dare adeguate risposte ai tanti dubbi che la situazione che affrontiamo sta ponendo agli operatori sanitari. Tuttavia, col contributo di esperti di bioetica e medicina legale, abbiamo raccolto alcune riflessioni che potrebbero supportare i medici dell'urgenza nella fase decisionale.

Da più parti vengono invocate raccomandazioni, linee guida o addirittura disposizioni, in grado di limitare la responsabilità individuale di fronte a scelte così difficili e alcune società scientifiche hanno provato a corrispondere, con propri documenti, a tale esigenza. Appare però evidente che qualunque strumento finalizzato ad orientare la scelta, non può avere la capacità di limitare la responsabilità morale o legale, ma dovrebbe essere interpretato casomai come un supporto utile a migliorare la consapevolezza di chi è chiamato ad operare la scelta stessa, che potrà così giustificarla in maniera adeguata.



Segreteria Nazionale
Via Valprato, 68 – 10155 Torino
Tel. 02 67077483
segreteria@simeu.it

Em **SIMEU**
società italiana medicina
d'emergenza-urgenza

CENTRO STUDI

www.simeu.it

Valori di riferimento.

Il New England Journal of Medicine ha pubblicato il 27 marzo scorso, un lavoro di Ezechiele J. Emanuel e altri: "Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19"¹, che analizza in modo sistematico la problematica e potrebbe rappresentare la base di partenza della nostra riflessione etica.

L'articolo propone quattro valori etici di riferimento per l'allocazione delle risorse in caso di pandemia: massimizzare i benefici, trattare le persone in modo equo, promuovere il valore strumentale e dare priorità ai casi più svantaggiati. Precisa inoltre che esiste diffuso consenso sul fatto che la ricchezza personale non possa determinare un criterio di scelta tra chi deve vivere o chi deve morire. Si fa presente inoltre che nessuno dei quattro valori può costituire da solo un criterio di riferimento.

Massimizzare i benefici: viene ritenuto il valore più importante. Vi sarebbe un consenso sul principio di salvare più vite e più anni di vita. Verrebbe in questo modo rispettata pienamente la prospettiva utilitaristica, ma verrebbe accolto in qualche modo anche il paradigma che pone al centro il rispetto della vita umana. Gli autori darebbero priorità al trattamento di coloro che hanno una ragionevole aspettativa di vita, mettendo invece in subordine l'obiettivo dei miglioramenti nella durata della vita, che verrebbe preso in considerazione esclusivamente a parità di sopravvivenza stimata.

Trattare le persone in modo equo: l'applicazione di questo principio potrebbe essere immaginata come una assegnazione casuale del trattamento oppure garantendo le cure in ordine di arrivo. Una allocazione casuale delle cure potrebbe trovare applicazione nei casi in cui la prognosi è simile, mentre dare priorità in base all'ordine di arrivo esporrebbe al rischio di privilegiare coloro che vivono più vicini alle strutture sanitarie. Il criterio del "primo arrivato" favorirebbe inoltre la corsa alle cure ospedaliere, svantaggiando coloro che aderiscono scrupolosamente alle misure di sanità pubblica raccomandate. In questo modo non migliorerebbe l'equità e si rischierebbe un peggioramento dei risultati.

Promuovere il valore strumentale: potrebbe essere attuato dando la priorità a coloro che devono salvare o hanno salvato altri. Si tratterebbe comunque di applicarlo sulla base di giudizi difficilmente oggettivabili.

Dare priorità ai casi più svantaggiati: potrebbe trovare applicazione dando la precedenza ai più malati o ai più giovani che, se non trattati, finirebbero per aver vissuto una vita più breve.

Sulla base di questi principi si potrebbero formulare le seguenti considerazioni:

¹ Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. N Engl J Med. 2020 March 23

- L'assegnazione dei **dispositivi di protezione individuale**: dovrebbero andare prima agli operatori sanitari di prima linea e ad altri che si occupano di pazienti malati e che mantengono in funzione le infrastrutture critiche, in particolare i lavoratori che affrontano un alto rischio di infezione e che sono difficilmente sostituibili. A questi operatori verrebbe data la precedenza per il loro valore strumentale. La mortalità per tutte le cause aumenterebbe se un numero rilevante di operatori sanitari si infettasse.
- I **test diagnostici**: si dovrebbe soprattutto in considerazione gli obiettivi di salute pubblica privilegiando così le strategie finalizzate a controllare la diffusione dell'epidemia. Si potrebbe così scegliere di utilizzarli prioritariamente sul personale sanitario e sulle persone più a rischio (per es.: gli anziani).
- L'**accesso alla terapia intensiva e alla ventilazione meccanica**: Emanuel et al. darebbero la priorità alle persone che potrebbero riprendersi se trattate, rispetto a quelle che difficilmente si riprenderanno anche se trattate o a quelle che probabilmente guarirebbero anche senza cure. In questa prospettiva troverebbe giustificazione anche la rimozione di un paziente da un ventilatore meccanico o da un letto di terapia intensiva, per consentire di salvare quelli con prognosi migliore. Gli autori ritengono che sottrarre una risorsa scarsa per salvare altri non è un atto di uccisione e non richiede il consenso del paziente. In una prospettiva personalista si dovrebbe ritenere prioritario il criterio clinico, quale fattore dirimente l'allocazione, pur tenendo conto delle risorse immediatamente disponibili, e dunque della gravità della patologia e dell'urgenza, lasciando solo in terza battuta la priorità della lista. Il tutto agito secondo il criterio della proporzionalità². Si tratterebbe pertanto di identificare la proporzionalità/sproporzionalità dei trattamenti, considerando il criterio prognostico, ma anche altri fattori che costituiscono gli elementi di giudizio utili a capire quale probabilità di successo potrà avere il trattamento. È importante sottolineare che tale valutazione andrebbe fatta al letto del malato, caso per caso. La sospensione di un trattamento sproporzionato non equivale all'uccisione del paziente, ma il riconoscimento di tale condizione andrebbe effettuato il più precocemente possibile proprio nei casi in cui la risorsa in questo modo recuperata permetterebbe di salvare la vita di un altro paziente.
- L'**accesso alle terapie sperimentali o off label**: l'uso terapeutico (ancora definito da alcuni compassionevole) di farmaci non ancora registrati e l'utilizzo di farmaci al di fuori delle indicazioni o modalità di somministrazione previste dalla scheda tecnica (off label) è possibile ma, richiede l'acquisizione del consenso informato. Qualora le condizioni cliniche non lo consentano, è possibile ricorrere allo strumento dell'acquisizione in una fase successiva, non

² Antonio G. Spagnolo, Dario Sacchini, Adriano Pessina, Michele Lenoci: *Etica e giustizia in sanità*, McGraw-Hill, Milano, 2004

appena possibile (art. 30 Dichiarazione di Helsinki), o altrimenti invocare lo stato di necessità (art. 54 c.p.).

Considerazioni conclusive: proporre linee guida per la gestione dei problemi etici posti dalla pandemia virale può comportare il rischio di scegliere una prospettiva etica fra quelle proponibili in una cultura pluralistica come quella che caratterizza la nostra società. Sarebbe preferibile offrire le possibili soluzioni etiche che potranno essere fatte proprie da coloro che hanno la responsabilità di prendere decisioni. Come sostengono alcuni autori³ in questi casi sarebbe particolarmente utile il supporto del bioeticista clinico che supporterebbe una valutazione etica di ogni singolo caso clinico.

³ Federico Nicoli and Alessandra Gasparetto: Italy in a Time of Emergency and Scarce Resources: The Need for Embedding Ethical Reflection in Social and Clinical Settings, The Journal of Clinical Ethics 31, no. 1 (Spring 2020): 92-4.