



Federica Botti

(ricercatrice di Diritto ecclesiastico nell'Università degli Studi di Bologna "Alma Mater", Dipartimento di Beni culturali)

**Svizzera e Italia:
soluzioni di triage e medicina intensiva a confronto***

SOMMARIO: 1. Premessa - 2. La strategia elvetica per fare fronte alla pandemia e le osservazioni da parte della Conferenza Episcopale Svizzera - 3. La situazione italiana di fronte alla pandemia e le scelte in campo medico. I limiti all'autodeterminazione attraverso la proposta di introdurre l'obiezione di coscienza - 4. Conclusioni.

1 - Premessa

Nella crisi provocata dalla pandemia di Covid-19 a causa degli esigui posti di terapia intensiva, i medici delle zone più colpite, a fronte dell'alto numero di pazienti che necessitano di respirazione artificiale, si possono potenzialmente trovare dinnanzi a dilemmi drammatici per stabilire chi può accedere alla terapia intensiva, e quindi sperare di salvarsi, e chi no.

Tra i paesi più colpiti dalla così detta 'prima ondata', l'Italia ha avuto il triste primato di decessi causati dalla pandemia. Più in particolare, a risentirne maggiormente è stato il sistema sanitario del nord-Italia, fiore all'occhiello della sanità del belpaese e apprezzato anche all'estero. L'evento pandemico ha fatto emergere con precisa e tragica efficacia l'insufficienza delle risorse sanitarie ascrivibili soprattutto alle scelte operate negli ultimi anni. In particolare, sono stati rilevati quattro aspetti problematici messi in evidenza dall'attuale stato emergenziale che riguardano rispettivamente la graduale riduzione della spesa pubblica per la sanità; la contrazione del personale; la riduzione delle strutture di ricovero e dell'assistenza territoriale; il rallentamento degli investimenti¹.

D'altra parte, però, una pandemia è un evento eccezionale che non può essere gestito senza affanni, infatti, nessun sistema sanitario europeo

* Contributo sottoposto a valutazione.

¹ Vedi **CORTE DEI CONTI**, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, approvato nell'adunanza delle Sezioni riunite in sede di controllo del 15 maggio 2020, p. 286 ss. (consultabile in <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5380690.pdf>).



(limitandomi all'Europa) si è mostrato in grado di sopportare l'ondata pandemica in maniera ottimale².

Nello specifico, tra gli Stati confinanti, la Svizzera è quella che più si è sentita coinvolta dalla tragedia italiana, ben consapevole del fatto che l'alto grado di trasmissione del contagio del virus di cui erano potenziali portatori le migliaia di lavoratori italiani frontalieri che giornalmente varcano i confini elvetici, presto l'avrebbe fatta trovare nella stessa situazione. La sanità elvetica, seppur eccellente, tuttavia in tempo di pandemia risente anch'essa di scarsità di risorse sia per quello che riguarda il personale medico sia per i posti letto e macchinari per la respirazione artificiale³.

² Secondo il rapporto OCSE la crisi del coronavirus ha messo in luce le fragilità latenti in molti paesi membri, soprattutto quelli che non hanno investito in precedenza per la salute. Rapporto *Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle* dell'OCSE, pubblicato il 19 novembre 2020, versione rivista del dicembre 2020 (consultabile in lingua inglese in https://ec.europa.eu/health/state/glance_it).

³ Nella prima fase (febbraio-agosto 2020), seppur con qualche difficoltà messa in evidenza nel rapporto della Cancelleria federale relativo alla valutazione della gestione di crisi della pandemia di COVID-19 (<https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/64456.pdf>), in territorio elvetico la pandemia è stata in generale gestita bene, al punto che taluni Cantoni svizzeri hanno potuto prontamente ospitare nelle loro postazioni di terapia intensiva, su richiesta delle competenti autorità, dei pazienti di nazionalità francese.

Nel febbraio 2020 è accaduto infatti che a Mulhouse, nel dipartimento dell'Alto Reno francese, si è registrato il contagio di centinaia di fedeli de la *Porte ouverte chrétienne* - una Chiesa Pentecostale - che come ogni anno si erano raccolti in occasione dell'inizio della Quaresima. Cfr. P. JOLLY, *Coronavirus: à Mulhouse, une église évangélique identifiée comme un foyer important de contamination*, in *Le Monde*, 07 mars 2020 (consultabile in <https://www.lemonde.fr>).

Presto il contagio è dilagato in tutto l'Alto Reno, al punto che, data la carenza di posti di terapia intensiva, le autorità locali hanno chiesto aiuto ai territori limitrofi, tra cui i Cantoni svizzeri di Basilea, Basilea-Campagna e del Giura che si sono offerti di ospitare i pazienti provenienti dalla Francia. Tale iniziativa di solidarietà trova il suo fondamento nelle solide strutture di cooperazione che fin dagli anni '60 interessano l'area geografica individuata con il nome di "*Grande Région*" che comprende le aree frontaliere del Reno di cui fanno parte, oltre i Cantoni suddetti, anche il Palatinato meridionale, il Baden, la regione francese del Grand Est e il Lussemburgo.

Nel caso di specie è stato sottoscritto il 22 marzo 2020 un particolare accordo tra le regioni frontaliere che prevede, per l'appunto, una cooperazione sanitaria più stretta all'interno della *Grande Région* dettata dai motivi di emergenza pandemica. La cooperazione transfrontaliera si è svolta con l'affiancamento dei governi statali, che hanno così autorizzato i trasferimenti dall'Alto Reno francese non solo verso la Svizzera, ma anche nel Granducato di Lussemburgo, in Renania-Palatinato, Saarland, come anche in altri Länder, oltre che in Austria (cfr. <http://www.granderegion.net/Actualites/2021/XVIIe-Sommet-des-Executifs-de-la-Grande-Region>).



Orbene, è chiaro che in un mondo ideale la soluzione tanto per la Svizzera che per l'Italia (e per ogni altro paese) sarebbe quella di avere un numero di posti letto, di macchinari e di personale medico illimitato o comunque di proporzioni colossali. Accantonato il sogno, rimane la realtà con cui misurarsi e questo confronto impone l'assunzione di decisioni che seppur in maniera non ottimale siano però volte a diminuire la distanza tra quello che si ha e quello che serve. Di primo acchito, il pensiero vola immediatamente alla precettazione di personale sanitario, all'approvvigionamento dei macchinari e alla creazione di posti letto; questo 'bias cognitivo' è comprensibile: il reperimento delle risorse per la sua materialità, numericamente misurabile e quindi rassicurante, finisce per sineddoche a identificare tout court il ben più complesso insieme di misure e azioni che si rendono necessarie per fronteggiare l'epidemia.

Tale 'bias cognitivo' non tiene conto del fatto che, per quanto si possa correre all'approvvigionamento, per ragioni logistiche, economiche e politiche, non potrà mai raggiungersi un livello tale di risorse materiali e umane che consenta di colmare la distanza tra quello che si ha e quello che serve. La soluzione, o la ricerca della stessa, quindi, passa dal "quanto" al "come", dal procacciamento delle risorse, alla gestione delle risorse.

Per tali ragioni, l'Accademia Svizzera della Scienze Mediche (ASSM) e la Società Svizzera di Medicina Intensiva (SSMI), il 20 marzo 2020 decidono di stilare un primo protocollo di otto pagine intitolato "Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse", arrivato oggi, ancora disapplicato, alla sua quarta versione⁴.

Anche in Italia sono state adottate delle linee guida, sebbene allo stato attuale hanno ancora la veste precaria del progetto. Si tratta delle Raccomandazioni redatte dalla Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) in cui peraltro trovano conferma le stesse drastiche scelte adottate nel protocollo elvetico.

Nonostante l'aiuto di detta cooperazione transnazionale, la Svizzera nel corso della 'seconda ondata' si è trovata a dovere fare fronte a una situazione di crisi drammatica, al punto che le maggiori testate giornalistiche intitolavano che i posti in terapia intensiva certificati fossero esauriti su tutto il territorio elvetico. Cfr. **C. DEL FRATE**, *Covid in Svizzera, posti in terapia intensiva esauriti. Mobilitato l'esercito*, in *Corriere della Sera*, 18 novembre 2020 (consultabile in <https://www.corriere.it>).

Tale contingenza ha reso ancora più necessaria la messa a punto, avvenuta nel novembre 2020, del protocollo "Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse" stilato nel marzo 2020. Vedi *infra* nel testo.

⁴ Aggiornato al 17 dicembre 2020 (il Protocollo è consultabile in lingua italiana in [assm.ch/fr/coronavirus](https://www.assm.ch/fr/coronavirus)).



Entrambi i documenti, proprio perché presentano evidenti similitudini, sono stati oggetto di perplessità dalle parti cattoliche dei due paesi. Tuttavia, a differenza di quello che si può pensare, le critiche si sono concentrate in direzioni affatto dissimili tra loro.

D'altra parte, come è noto, l'approccio elvetico al diritto alla salute è diametralmente opposto a quello italiano e pertanto non stupisce che la sensibilità dettata da motivazioni religiose nei confronti delle scelte normative operate a seguito del dilagare del Covid-19 possa prendere strade diverse⁵.

Mentre infatti l'ordinamento svizzero da lungo tempo ha optato per l'autodeterminazione terapeutica in considerazione del ruolo centrale accordato all'individuo⁶, al punto tale che dal 1976 l'eutanasia passiva è considerata lecita⁷; in Italia è solamente nel 2017 che viene varata una legge che riconosce il valore all'autodeterminazione individuale in merito ai trattamenti sanitari e, soprattutto, che rende vincolante per gli operatori sanitari questa manifestazione di volontà in qualsiasi modo espressa⁸. Ciò che è tutelato dalla legge del 2017 è il diritto che la persona ha di non essere sottoposta ad accanimento terapeutico (art. 2), che costituisce anche il presupposto della legittimazione al rifiuto ai trattamenti salvifici, compresi idratazione e alimentazione artificiali (art 1.5.).

I ritardi nell'introduzione nella legislazione italiana rispetto agli altri paesi europei di norme di tale portata⁹ sono attribuibili a diversi

⁵ Per quanto invece riguarda l'impatto sulla libertà di culto pubblico delle norme di contrasto alla pandemia esse sono sostanzialmente identiche a quelle adottate in Italia. L'unica divergenza la si riscontra per quello che riguarda la preghiera individuale, rispetto alla quale la normativa cantonale ticinese non ha posto limitazioni ai singoli fedeli per raggiungere il luogo di culto. Sul punto, vedi **V. PACILLO**, *L'impatto della pandemia da Covid-19 sulla libertà di culto in Svizzera, con particolare riferimento alla Repubblica e Cantone Ticino*, in *Quad. dir. pol. eccl.*, 2, 2020, pp. 280-283.

⁶ Sull'approccio fortemente personalistico nella regolamentazione delle questioni bioetiche adottato nell'ordinamento elvetico, cfr. **F. BOTTI**, *L'eutanasia in Svizzera*, Bononia University Press, Bologna, 2007, pp. 147-155.

⁷ Le prime direttive sull'eutanasia emanate dalla Commissione centrale di etica dell'ASSM risalgono al 1976. Il concetto di eutanasia a quel tempo in Svizzera non aveva connotazioni negative in quanto si riferiva a tutta una serie di misure volte ad alleviare la sofferenza nel momento del trapasso. Cfr. **COMMISSIONE NAZIONALE D'ETICA PER LA MEDICINA**, *Assistenza al suicidio*, parere n. 9/2005, CNE, Berna, 2005 (consultabile in https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/it/suizidbei_hilfe_i.pdf).

⁸ Artt. 1.6 e 4.1 della legge n. 219 del 2017 sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

⁹ **G. CIMBALO**, *Eutanasia, cure palliative e diritto ad una vita dignitosa nella recente legislazione di Danimarca, Olanda e Belgio*, in *Il Foro Italiano*, febbraio 2003, parte quinta, pp.



fattori tra i quali non si può non tenere conto della penetrante influenza cattolica sulle scelte politiche del paese. Il ruolo pubblico¹⁰ riconosciuto in Italia alla Chiesa cattolica che attribuisce a essa un compito fondativo, al pari dell'autorità politica, nel perseguimento del bene comune, rende a tutt'oggi particolarmente complessa l'emancipazione da un approccio eticamente orientato al paternalismo medico, tanto da non accettare una volontà individuale che vada in senso opposto.

In Svizzera invece, la Chiesa cattolica non è la (sola) religione tradizionale dello Stato, pertanto a essa non è riconosciuto un ruolo pubblico esclusivo come accade in Italia, ma condivide questa funzione con le Chiese riformate¹¹. Ciò ha comportato il consolidarsi nel tempo di una sensibilità religiosa cattolica più abituata al compromesso e alla secolarizzazione, al punto che in Svizzera la Chiesa cattolica si interessa all'eutanasia passiva non tanto per limitare l'autodeterminazione a questo tipo di scelta, ma per porsi degli interrogativi su quale comportamento deve essere tenuto dai sacerdoti nell'accompagnare alla morte le persone che hanno optato per il suicidio assistito¹². Nel contesto italiano, invece, ben lungi dall'approdo verso una regolamentazione dell'eutanasia, le istanze di parte cattolica sono volte a limitare il più possibile l'esercizio dei diritti democraticamente riconosciuti, incoraggiando il ricorso all'obiezione di coscienza a prescindere dalla sussistenza o meno di una previsione legislativa¹³.

32-51

¹⁰ Sul ruolo pubblico della religione, di recente: **G. D'ANGELO**, *Spazio pubblico per il fenomeno religioso e dimensione pubblica della libertà religiosa*, in *Iura and Legal Systems*, Vol. 1/2020, pp. 22-31. Vedi anche i contributi presenti in **AA. VV.**, *Laicità e dimensione pubblica del fattore religioso. Stato attuale e prospettive*, Atti del I Convegno Nazionale di Studi A.D.E.C., a cura di R. COPPOLA, C. VENTRELLA, Cacucci editore, Bari, 2012.

¹¹ Si pensi all'evoluzione delle posizioni dell'*Église évangélique de la Suisse romande*, passata dall'intangibilità della sacralità della vita alla disponibilità della stessa (al ricorrere di determinate condizioni) e, in generale, al contributo della teologia protestante al dibattito sul fine vita. Cfr. **F. BOTTI**, *L'eutanasia in Svizzera*, cit., pp. 167-188.

¹² Il documento pastorale del dicembre 2019 sul suicidio assistito elaborato dalla Conferenza Episcopale Svizzera, nel ribadire che la pratica del suicidio assistito viola la sacralità della vita umana donataci da Dio, prevede comunque che è dovere degli operatori pastorali prestare l'assistenza spirituale al richiedente, ma puntualizza che questi ultimi devono lasciare fisicamente la stanza dell'aspirante suicida nel momento in cui assume la sostanza letale. La presenza di un operatore pastorale accanto a chi sta per suicidarsi potrebbe essere infatti interpretata come un'„assistenza o collaborazione“ da parte della Chiesa (il documento è consultabile in lingua francese in <http://www.ivescovi.ch/documenti/comunicati/326-ao-lugano>).

¹³ Vedi **F. BOTTI**, *La fine di un lungo viaggio al termine della notte: la legge 219/2017 sul*



2 - La strategia elvetica per fare fronte alla pandemia e le osservazioni da parte della Conferenza Episcopale Svizzera

Il citato protocollo elvetico si inserisce in una linea di continuità nel dibattito etico svizzero sulla terapia intensiva iniziato nel 1999¹⁴ da parte dell'ASSM, in quanto contiene le indicazioni vincolanti¹⁵ per l'attuazione del capitolo 9.3 dedicato alla "Scarsità delle risorse e triage" delle Direttive "Provvedimenti di medicina intensiva" del 2013¹⁶.

Le scoperte mediche, la sconfitta di tradizionali malattie, l'allungamento della vita che si conclude spesso con una fase segnata dalla medicalizzazione, sono tutte circostanze che hanno portato negli anni a crescenti tensioni fra le esigenze dei pazienti da una parte e le questioni etiche relative alla ragionevolezza di determinati interventi di medicina intensiva dall'altra, dal momento che il rapporto costi-benefici non risulta essere sempre del tutto soddisfacente¹⁷.

consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento, in Quad. dir. pol. eccl., 2, 2018, in particolare pp. 631-638. Sull'obiezione di coscienza, in generale cfr. R. SANTORO, Obiezione di coscienza e appartenenza religiosa: prime riflessioni sui profili di novità, Nuova ed., Cacucci editore, Bari, 2019; M.C. RUSCAZIO, «Preferirei di no». Le ragioni dell'obiezione di coscienza, in Quad. dir. pol. eccl., 2, 2014, pp. 3-35; C. CARDIA, Tra il diritto e la morale. Obiezione di coscienza e legge, in Stato, Chiese e pluralismo confessionale, Rivista telematica (<https://www.statoechiese.it>), maggio 2009, pp. 1-29.

¹⁴ Si tratta delle Direttive dell'ASSM "Grenzfragen der Intensivmedizin" del 1999 (disponibili nella sola lingua tedesca su <https://www.samw.ch/>). Il 12 febbraio 2010 la Commissione centrale di etica dell'ASSM ha incaricato una sottocommissione di elaborare una revisione delle suddette Direttive. Il documento finale che ne è scaturito, intitolato "Provvedimenti di medicina intensiva", è stato approvato in via definitiva dal Senato dell'ASSM il 28 maggio 2013.

¹⁵ Una volta che vengono recepite nel Codice deontologico della Federazione dei medici svizzeri (FMH), le direttive dell'ASSM assumono valore vincolante per tutti i membri della Federazione.

¹⁶ https://www.samw.ch/dam/jcr:444d1649-7491-496e-a2a7-fc048c4241b6/direttive_assm_medicina_intensiva.pdf

¹⁷ Si legge nel Preambolo: "Per definire obiettivi terapeutici differenziati, essa [la medicina intensiva] si è allontanata dai puri studi sulla mortalità per concentrarsi sempre di più sulla qualità della vita, sul decorso a lungo termine dopo le dimissioni dal reparto di terapia intensiva e dall'ospedale, nonché sull'analisi costo-efficacia. Ne è emerso che molti ex pazienti ricoverati in terapia intensiva, dopo le dimissioni dall'ospedale, evidenziano una mortalità aumentata e un peggioramento delle condizioni di salute. Ciò nonostante, la maggior parte dei pazienti sopravvissuti intervistati dopo la permanenza in un reparto di terapia intensiva afferma di volersi nuovamente sottoporre a un trattamento di quel tipo, nel caso se ne ripresentasse la necessità". Vedi ASSM, *Direttive medico-etiche e raccomandazioni. Provvedimenti di medicina intensiva*, Accademia Svizzera



Per tali ragioni, si è fortemente sentita la necessità di regolamentare l'applicazione delle misure di medicina intensiva soprattutto a fronte degli obiettivi di qualità della vita che si volevano raggiungere.

Il primo passo verso questa strada è stato quello di potenziare l'autodeterminazione dei pazienti sia attraverso strumenti individuali come la sottoscrizione di direttive anticipate di trattamento sia rinforzando l'istituto della rappresentanza nelle decisioni mediche dei pazienti incapaci di discernimento¹⁸.

Al fine di colmare le lacune dovute alla mancanza di un sistema sanitario nazionale unitario, un ulteriore passo andava poi compiuto verso il coordinamento dei reparti di terapia intensiva sparsi sul territorio.

Al pari dell'assetto istituzionale, infatti, il sistema sanitario elvetico è caratterizzato dal federalismo dove la Confederazione (Governo centrale), i ventisei Cantoni e i Comuni assumono ruoli parziali diversi in ambito sanitario. I servizi sanitari sono offerti direttamente dal settore pubblico attraverso strutture gestite tramite il proprio apparato strumentale o indirettamente laddove sono sostenute finanziariamente da iniziative dei privati. L'intervento delle istituzioni pubbliche è finalizzato a promuovere un'offerta di servizi sanitari tendenzialmente omogenea su tutto il territorio nazionale. Stante l'autonomia dei Cantoni e la competenza di questi anche in materia sanitaria *ex art. 3* della Costituzione¹⁹, l'intervento del Governo centrale si limita ad assicurare l'equità di finanziamento del servizio e la libertà di accesso a tutti, dettando le regole generali per l'assicurazione sociale.

L'offerta di servizi sanitari che caratterizza l'ordinamento svizzero vede un ruolo marginale del Governo centrale, e tiene conto delle scelte

delle Scienze Mediche (ASSM), Berna, 2017, p. 5.

¹⁸ Il 1° gennaio 2013 è entrato in vigore l'aggiornamento delle modifiche introdotte il 19 dicembre 2008 con le quali era stata completamente emendata la parte III, libro II del Codice Civile svizzero relativa alla "*Protezione degli adulti, diritto delle persone e diritto della filiazione*".

¹⁹ L'art. 3 della Costituzione svizzera recita: "I Cantoni sono sovrani per quanto la loro sovranità non sia limitata dalla Costituzione federale ed esercitano tutti i diritti non delegati alla Confederazione". La Costituzione garantisce a essi un'elevata autonomia, le cui competenze sono definite in via residuale e, nella misura prevista dal diritto cantonale, ai Comuni. Una seconda peculiarità della Svizzera è l'elevato grado di decentramento locale per quanto attiene la gestione e l'erogazione dei servizi pubblici, in omaggio al principio di sussidiarietà che informa l'ordinamento di molti Stati. Tale tipologia di ordinamento predilige il conferimento dei compiti a livello di governo più basso possibile e un forte coinvolgimento nell'erogazione di questi, sia dei privati sia delle comunità locali.



degli individui, scelte che possono variare molto da Cantone a Cantone. Si ricorre così al decentramento del servizio, presupponendo che il Governo centrale non disponga d'informazioni sufficientemente differenziate sulle preferenze dei cittadini rispetto ai beni e ai servizi sanitari, anche in ragione di possibili diversità tra aree geografiche e culture religiose. Di conseguenza, le scelte del Governo centrale potrebbero non essere in grado di massimizzare il benessere dei cittadini, determinando così delle inefficienze anche sul piano economico²⁰. Per queste ragioni e al fine di coordinare i reparti di terapia intensiva su tutto il territorio elvetico, il Consiglio federale il 16 giugno 2020 ha emanato il documento "Coordination nationale en cas d'afflux massif de patients dans les unités de soins intensifs durant la pandémie du COVID-19". Il suddetto testo prevede l'istituzione di un organismo centralizzato, la così detta Unità di coordinamento nazionale, alla quale è conferito il compito di smistare i pazienti e prevederne il trasferimento e il ricovero nei diversi luoghi di cura presenti su tutto il territorio. Qualora infatti le unità di terapia intensiva si trovino a dovere gestire un afflusso di pazienti superiore alla capacità massima del reparto (pari all'80%), chiedono aiuto all'attività di intermediazione dell'Unità di coordinamento che, con il parere favorevole della o delle unità riceventi, avvierà i trasferimenti secondo la modalità di trasporto individuata in accordo con gli ospedali interessati e con il call center di emergenza sanitaria locale competente per il trasporto. Il trasferimento deve sempre tenere conto dello stato di salute in cui versa il paziente e deve essere data priorità "ai pazienti con buone prospettive di ripresa e, al contempo, offrire la possibilità di riammetterli in reparto qualora il decorso dovesse protrarsi"²¹.

Nell'eventualità in cui le postazioni nelle terapie intensive non siano sufficienti a causa della scarsità di risorse e occorra operare giocoforza un razionamento dei pazienti più gravi che necessitano di trattamenti di terapia intensiva, le Direttive redatte dall'ASSM e dalla SSMI nel 2020 indicano i criteri secondo i quali deve essere effettuato il triage dei pazienti, che deve rispondere a dei requisiti di imparzialità, trasparenza, oggettività e uniformità su tutto il territorio nazionale.

Nella decisione non rilevano l'età, il sesso, lo status sociale, la nazionalità, la religione o la disabilità, sì piuttosto sono determinanti dei principi etici fondamentali. Il rispetto di detti principi da parte degli

²⁰ Per un approfondimento sull'evoluzione del sistema sanitario svizzero, vedi F. BOTTI, *L'eutanasia in Svizzera*, cit., pp. 48-55.

²¹ ASSM, *Direttive medico-etiche e raccomandazioni*, cit., p. 36.



operatori sanitari è decisivo ai fini di un corretto smistamento dei pazienti sebbene, come si dirà, non sempre può risultare agevole applicarli, soprattutto nelle situazioni di maggiore necessità e urgenza come il dilagare di una pandemia.

Il momento del triage diventa quindi quello centrale e decisivo ai fini dell'applicazione di questi principi/linee guida, perché è in questa fase di smistamento dei nuovi pazienti nei percorsi terapeutici che vengono garantite sia le migliori possibilità di cura al singolo sia lo sfruttamento ottimale delle risorse complessivamente disponibili.

Così il 'principio della beneficenza' finalizzato a mantenere in vita il paziente deve essere bilanciato con il suo opposto 'principio della non maleficenza', al fine di valutare che la medicina intensiva provochi un bene al paziente e non un danno e sfociare in un inutile accanimento terapeutico.

Il 'principio di autonomia' che si traduce nell'autodeterminazione del paziente, espressa al momento o tramite direttive anticipate di trattamento precedentemente redatte o grazie a un rappresentante terapeutico che ne faccia le veci, deve poi "fungere da criterio guida nell'agire in medicina intensiva"²². Pertanto, è solo partendo dal consenso dell'assistito che può essere garantito il 'principio della giustizia' nei confronti dei pazienti che invece non abbiano fin da subito manifestato una volontà contraria ai trattamenti salvifici, e che rischiano di non essere sottoposti a terapia intensiva perché scartati a favore di soggetti che invece non hanno richiesto questo tipo di trattamenti.

La consapevolezza però che questi principi sebbene orientativi, nei casi concreti non riescano a essere di fatto efficaci - si pensi solo a quanto nelle situazioni più estreme e di emergenza è complesso avere la certezza del consenso - ha portato l'ASSM e la SSMI a prevedere altri criteri, laddove sia impossibile affidarsi con estrema certezza a quelli meramente etici.

Partendo dal presupposto che sia stato dato il consenso all'accettazione dei trattamenti sanitari, ricordando che laddove sia stato rifiutato è comunque previsto il ricorso alle cure palliative²³, nel caso vi sia un sovraccarico del reparto specializzato e si rende necessario respingere pazienti che necessitano di un trattamento di terapia intensiva, "la

²² ASSM, *Direttive medico-etiche*, cit., p. 8.

²³ Cfr. le linee guida *Mesures thérapeutiques chez les patients atteints de COVID-19 avec pronostic défavorable attendu* (consultabili in www.palliative.ch).



precedenza viene data ai pazienti che possono trarre il massimo beneficio dal ricovero in terapia intensiva²⁴.

La prognosi a breve termine diviene per questa via il criterio determinante del triage tanto che, più le risorse disponibili sono insufficienti, più essa diviene risolutiva nella scelta di quale paziente sottoporre a terapia intensiva.

In funzione dell'evolversi della situazione di sovraccarico nelle strutture sanitarie e dell'intensità dell'afflusso di pazienti, i criteri decisionali che l'organo di coordinamento nazionale deve rispettare per il triage, stando alle Direttive dell'ASSM e della SSMI, seguono due procedure a seconda della gravità del contesto.

Questo modo di procedere, la così detta 'procedimentalizzazione', d'altra parte è già da tempo ampiamente utilizzata in ambito bioetico, tanto che a essa aveva già fatto ricorso l'ASSM per quello che riguarda la regolamentazione del fine vita²⁵.

Nel caso di specie, due sono i percorsi segnalati e le soluzioni prospettate. La prima ipotesi riguarda il caso in cui i posti in terapia intensiva sono disponibili, "ma le risorse sul territorio svizzero sono limitate e sussiste il pericolo che nei giorni immediatamente successivi la disponibilità si esaurisca"²⁶.

La seconda concerne invece l'eventualità che vi sia l'indisponibilità di letti in terapia intensiva.

²⁴ Vedi **ASSM e SSMI**, *Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse*, 20 marzo 2020, in www.samw.ch/dam/direttive_v3_assm_medicina_intensiva_triage_scarsita_di_risorse_20201104.pdf, p. 4.

²⁵ La procedimentalizzazione è un insieme di atti di differente natura giuridica consistenti in manifestazioni di volontà, di scienza e conoscenza, di valutazioni e d'individuazione di effetti, posti in essere al dichiarato scopo di ricondurre comportamenti ed eventi all'interno di una tipologia di atti, ovvero a una tipizzazione di essi, in modo che siano rigidamente valutati gli effetti dell'azione posti in relazione alle cause che l'hanno determinata. L'osservanza di essa porta con sé la non punibilità di atti che, presi singolarmente o collocati al di fuori del procedimento, sarebbero penalmente sanzionabili. Un tipico esempio di legge nella quale si fa ricorso in Italia alla procedimentalizzazione è costituito dalla legge 22 maggio 1978, n. 194, *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*, in base alla quale il rispetto delle procedure sia da parte del medico sia del paziente escludono la punibilità dell'atto abortivo. Il ricorso alla procedimentalizzazione è presente nella regolamentazione del fine vita, oltre che in Svizzera, anche nella legislazione di Danimarca, Belgio, Olanda. Vedi **G. CIMBALO**, *Eutanasia, cure palliative*, cit., pp. 32-51; **F. BOTTI**, *La privatizzazione delle pratiche di fine vita: il caso Svizzera*, in *Saggi sull'eutanasia*, a cura di F. BOTTI, Giappichelli, Torino, 2011, pp. 107-141.

²⁶ Vedi **ASSM e SSMI**, *Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti*, cit. p. 6.



In entrambe le ipotesi la procedura da seguire deve essere sempre adeguatamente motivata per iscritto e preferibilmente da parte di équipe interprofessionali, anche se di essa risponde, in caso di una sua mancata applicazione, il medico intensivista in loco più in alto nella gerarchia.

Una volta accertato il consenso e valutata la prognosi a breve termine che di fatto tiene conto di fattori quali l'età, una disabilità o una demenza, sebbene presi singolarmente non siano di per loro determinanti ai fini dell'esclusione dalle cure, le linee guida si concentrano sulla presenza o meno di patologie in atto.

Viene richiesto cioè di valutare nel primo caso, ad esempio, la presenza di patologie cardiache, di tumori solidi metastatici con un'aspettativa di vita minore di 12 mesi, la cirrosi epatica; per quanto riguarda invece la seconda ipotesi le maglie della valutazione si stringono, al punto che, in presenza di uno dei criteri a sfavore del ricovero, il paziente non viene accettato nel reparto di terapia intensiva.

Tra i criteri supplementari sui quali occorre fare una valutazione per il caso in cui vi sia l'indisponibilità dei posti letto in terapia intensiva, troviamo: l'insufficienza renale cronica se il soggetto ha più di 75 anni, ustioni diffuse, gravi deficit cerebrali²⁷.

In particolare, i criteri su esposti si inseriscono in una griglia più ampia di valutazione che ha come punto di riferimento la così detta 'scala clinica per la fragilità' del paziente con l'esclusione assoluta di valutare "ulteriori criteri"²⁸.

Ed è proprio sulla scala della fragilità che si è concentrata l'attenzione della Commissione di Bioetica della Conferenza dei Vescovi Svizzeri (CBCVS)²⁹.

La versione del novembre 2020 del protocollo "*Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse*" prevedeva una definizione di 'fragilità' alquanto ambigua, poiché si basava solo sulla mobilità del paziente, sulla necessità di assistenza da parte di altri e/o sullo stato di demenza.

Gli studi sugli stili di vita, per prevenire la fragilità o ritardarne l'evoluzione, indicano nell'attività motoria e negli aspetti nutrizionali i due elementi più rilevanti. Di conseguenza la fragilità tendenzialmente

²⁷ Per un elenco più particolareggiato ed esaustivo dei criteri si veda *ibidem* pp. 7-8.

²⁸ Quali "l'estrazione a sorte, il principio '*first come, first served*', la priorità a persone con un elevato valore sociale" (*ibidem*, p. 4).

²⁹ Vedi <https://www.agensir.it/europa/2019/12/06/vescovi-svizzeri-su-suicidio-assistito-via-dalla-stanza-la-chiesa-non-puo-essere-presente/>.



aumenta con l'età e dipende dal grado di autosufficienza di ciascun individuo rispetto alle patologie di cui può essere affetto; essa viene calcolata da una scala composta da nove step, che vanno da una situazione ottimale di soggetti "very fit" che godono di ottima salute e conducono una vita sana fatta di costante esercizio fisico, sino a individui "terminally ill" che hanno un'aspettativa di vita inferiore ai sei mesi³⁰.

Secondo la CBCVS tale riferimento operava una discriminazione non solo per i soggetti più anziani, ma anche nei confronti delle persone con disabilità o demenza. Questa osservazione è stata accolta dalla Conferenza dei Vescovi Svizzeri (CVS) che ha chiesto la modifica della definizione di fragilità proposta nel documento dell'ASSM.

Tale richiesta parte dalla riflessione che i presuli svizzeri fanno prendendo come riferimento l'enciclica sociale "Fratelli tutti" di papa Francesco, sottolineando come il messaggio in essa contenuto, grazie ai temi della fraternità e dell'amicizia sociale, proponga importanti spunti di riflessione, soprattutto in questo tempo di pandemia. In particolare, la CVS evidenzia come "Fratelli tutti" insista proprio sulla necessità di sviluppare un'attenzione verso i più poveri e soprattutto i più fragili e più deboli. La dipendenza dagli altri di fatto non significa che la prognosi sia in pericolo di vita, ma occorre tenere conto dello stato di salute generale del paziente, considerando la sua capacità di sopportare cure mediche intensive, senza di conseguenza discriminare gli anziani e le persone affette da demenza o disabilità.

Rispondendo alla sollecitazione dei vescovi svizzeri di specificare ulteriormente e meglio i propri criteri di triage dei pazienti definiti 'fragili', l'ASSM e l'SSMI hanno elaborato l'attuale versione delle linee guida³¹ nella quale si specifica che la scala della fragilità clinica non è

³⁰ Ai soggetti *very fit*, seguono le categorie di individui *well* e *managing well* a seconda che, rispettivamente, non abbiano nessun sintomo di malattia e svolgano un'attività sportiva molta attiva ma occasionale o che abbiano problemi di salute, ma sotto controllo medico e pratichino un'attività fisica non regolare; soggetti *vulnerable*, cioè autonomi sebbene presentino sintomi che limitano l'attività quotidiana, a quest'ultima categoria seguono quattro diverse classificazioni di "frail" a seconda del grado di gravità.

Troviamo quindi la categoria *mildly frail*, persone rallentate nei movimenti e che hanno bisogno di aiuto nella gestione della vita quotidiana; *moderately frail*, soggetti che hanno bisogno di assistenza nella gestione delle diverse attività dentro e fuori casa; *severely frail*, soggetti completamente dipendenti dall'aiuto di altri, ma in condizioni stabili; *very severely frail*, persone che si avvicinano al decesso e sono completamente dipendenti dagli altri.

³¹ Versione aggiornata 3.1 del 17 dicembre 2020 (disponibile in italiano in [assm.ch/fr/coronavirus](https://www.statoechiese.it)).



validata per misurare la fragilità delle persone disabili, e che, sebbene abbia una validità prognostica documentata, la sua applicazione richiede comunque un impiego prudente che deve sempre tenere conto della “buona capacità di giudizio clinico da parte degli specialisti” adeguatamente istruiti al suo utilizzo.

3 - La situazione italiana di fronte alla pandemia e le scelte in campo medico. I limiti all'autodeterminazione attraverso la proposta di introdurre l'obiezione di coscienza

Anche in Italia la scala di valutazione della fragilità è utilizzata, ma a differenza della Svizzera non pare organicamente inserita in un programma per la pandemia, nonostante che la mortalità associata a Covid-19 è stata collegata sia all'età avanzata dei pazienti sia alle loro pregresse patologie³². E in particolare sono proprio queste ultime che acquisiscono una rilevanza determinante, infatti, sebbene il concetto di fragilità sia di difficile individuazione, l'età è solo uno dei fattori che può determinare la fragilità, che di recente è stata individuata come

“a medical syndrome with multiple causes and contributors that is characterised by diminished strength, endurance, and reduced physiologic function that increases an individual's vulnerability for developing increased dependency and/or death”³³.

Al pari della Svizzera, anche in Italia sono state elaborate delle linee guida. Tale compito è stato riservato a un gruppo di esperti selezionati dalla Commissione Tecnico Scientifica del Dipartimento della Protezione Civile, che ha elaborato un primo documento il 29 febbraio 2020 dal titolo

³² “Fattori di rischio noti per rapido deterioramento, malattia grave e/o aumento della mortalità sono: età avanzata (>60 anni) e malattie non trasmissibili come malattie cardiovascolari, diabete mellito, malattie polmonari croniche, cancro e malattie cerebrovascolari. I pazienti con uno o più di questi fattori di rischio devono essere monitorati attentamente”.

Vedi *Percorso assistenziale per il paziente affetto da COVID-19. Raccomandazioni per la gestione del paziente critico COVID-19*, pubblicato il 9 novembre 2020, punto 4, p. 8 (consultabile in <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20RACCOMANDAZIONI%20PER%20LA%20GESTIONE%20DEL%20PAZIENTE%20CRITICO%20COVID-19.pdf>).

³³ **J. HEWITT** et al, *The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study*, in *The Lancet Public Health*, vol. 5, August 1, 2020, p. 444.



“Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19”³⁴. Il documento affronta gli aspetti relativi alla gestione del paziente critico avente insufficienza respiratoria, con sospetta malattia da Covid-19. In particolare, prevede che per la gestione dei suddetti pazienti critici è necessario che le Regioni predispongano un piano di emergenza per garantire idonei livelli di trattamento, individuando opportune soluzioni organizzative che consentano di soddisfare il potenziale incremento della necessità di ricovero. Ogni Regione deve creare

“protocolli che individuino i criteri di accesso al trattamento intensivo dei pazienti affetti da COVID-19, la loro gestione clinica e assistenziale, che comprendano anche gli aspetti di distribuzione e utilizzo dei DPI [dispositivi di protezione individuale] e della relativa formazione del personale”.

Da questo punto di vista pare mancare una progettualità e uniformità a livello nazionale, perché se è vero che le suddette linee di indirizzo offrono suggerimenti su come gestire il paziente critico adulto, come il valutare ai fini della prognosi le condizioni patologiche di base, dall'altra non prevedono né criteri omogenei né tantomeno vincolanti a livello nazionale poiché demandano in toto questa attività alle singole realtà regionali, promuovendo di fatto una legislazione differenziata.

A colmare le lacune di questa potenziale disomogeneità di trattamenti è intervenuta il 6 marzo 2020 la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) con le *“Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di equilibrio tra necessità e risorse disponibili”³⁵.*

Tali raccomandazioni presentano carattere di flessibilità, in quanto possono essere adattate a diverse situazioni (disponibilità delle risorse, possibilità di trasferire i pazienti, numero di accessi alla terapia intensiva) e riguardano tutti i pazienti intensivi, a prescindere dal fatto che abbiano contratto il Covid-19.

A fronte di risorse che potrebbero essere scarsissime, le raccomandazioni invitano gli anestesisti a prediligere chi, “in primis ha più probabilità di sopravvivenza e secondariamente chi può avere più anni di vita salvata”. Il criterio anagrafico è quindi rilevante, ma non

³⁴ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5373_4_file.pdf.

³⁵ **SIAARTI**, *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di equilibrio tra necessità e risorse disponibili*, 6 marzo 2020 (<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2675063.pdf>)



vincolante dal momento che occorre valutare anche il livello di gravità di insufficienza cronica d'organo in quanto, se tale livello dovesse risultare alto, renderebbe più rare le remissioni, ne abbrevierebbe la durata e provocherebbe un aumento del numero dei ricoveri e della durata della degenza.

Infatti, nel caso in cui vi sia la coesistenza di più patologie, le raccomandazioni rinviano agli "Statements" contenuti nel Documento SIAARTI del 2013 sulle grandi insufficienze d'organo end-stage³⁶. Oltre al fondamentale rispetto della volontà del malato, i principi ai quali il documento si ispira riguardano la non maleficenza delle cure e la giustizia nei confronti della collettività in termini di una corretta allocazione delle risorse; il limite al così detto accanimento terapeutico laddove il trattamento sia ritenuto futile in quanto sproporzionato per eccesso. Sempre in tema di sproporzione, si specifica poi che l'interrompere o il non iniziare un trattamento laddove i suoi costi umani superino i benefici attesi, non configura eutanasia, ma si tratta di un atto eticamente doveroso.

Un altro punto sul quale insistono invece le raccomandazioni del 6 marzo 2020 è quello relativo all'accertamento della volontà del paziente di essere sottoposto o meno a trattamenti salvavita, o attraverso la verifica di un'eventuale presenza di volontà precedentemente espresse attraverso disposizioni anticipate di trattamento (DAT) o, in modo particolare, stando a quanto definito dal paziente e dal curante in occasione della pianificazione condivisa delle cure³⁷.

Il 9 novembre 2020 la SIAARTI torna sull'argomento, ma questa volta le raccomandazioni per gli anestesisti-rianimatori riguardano più nello specifico i pazienti affetti da Covid-19³⁸.

³⁶ SIAARTI - GRUPPO DI STUDIO BIOETICA, coordinatore A. GIANNINI, *Grandi insufficienze d'organo "end stage": cure intensive o cure palliative? "documento condiviso" per una pianificazione delle scelte di cura*, Documento approvato dal Consiglio Direttivo SIAARTI in data 22 aprile 2013 (consultabile in: http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/grandi-insufficienze-organo-end-stage-cure-intensive-o-cure-palliative/INSUFFICIENZE_CRONICHE_END%20STAGE.pdf).

³⁷ Vedi punto 5 delle *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi*, cit., p.5.

³⁸ Il documento in questione è uscito in due versioni: la 2.0 pubblicata il 9 novembre 2020 e, da ultimo, la 2.1 datata 27 novembre 2020. Vedi SIAARTI, *Raccomandazioni per la gestione del paziente critico Covid-19* (consultabile in <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20RACCOMANDAZIONI%20PER%20LA%20GESTIONE%20DEL%20PAZIENTE%20CRITICO%20COVID-19.pdf>).



Vengono anzitutto individuati 6 stadi di infezione da Sars-Cov-2³⁹, a ognuno di essi corrisponde una sintomatologia con relativa dettagliata diagnosi. Tendenzialmente il documento in questione si sofferma più sulle precauzioni che ciascun operatore sanitario deve osservare, dall'igiene delle mani a tutta la procedura di vestizione, che a un vero e proprio orientamento delle scelte in caso di limitata disponibilità dei macchinari per la terapia intensiva.

Nessun richiamo è fatto alle Raccomandazioni precedenti, né quelle datate 6 marzo 2020 né men che meno quelle del 2013, tanto da ingenerare non pochi problemi in ordine ai criteri da applicare e lasciando di fatto soli i medici per quello che riguarda le scelte da operare per l'accesso alle cure⁴⁰.

Trattandosi poi di raccomandazioni molto tecniche in merito alle cure a cui sottoporre i pazienti affetti da Covid-19, le raccomandazioni del novembre 2020 di fatto non prendono in considerazione nemmeno il rispetto dell'autodeterminazione del paziente a volere essere sottoposto a trattamenti d'urgenza e di terapia intensiva, soprattutto nel caso in cui rientri in una categoria a rischio.

Accade così che, in occasione del triage operato nel corso di circostanze eccezionali come quelle derivanti dalla pandemia, la centralità dell'autodeterminazione del paziente in ordine al trattamento sanitario a cui essere sottoposto può passare sorprendentemente in secondo piano, a favore di altri criteri che apparentemente paiono anacronistici in quanto sembrano riproporre quell'alleanza terapeutica incentrata sul paternalismo medico che sembrava ormai completamente superata dalla legge n. 219 del 2017 sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento⁴¹.

Su questa scia, se il comportamento del responsabile di riabilitazione respiratoria che ha salvato un novantenne affetto da Covid-

³⁹ Malattia lieve; Polmonite lieve; Polmonite grave; Sindrome da Distress Respiratorio Acuto (ARDS); Sepsis; Shock settico.

⁴⁰ Vedi la Lettera che una cinquantina tra medici d'urgenza e rianimatori degli ospedali San Carlo e San Paolo di Milano hanno consegnato alla loro direzione sanitaria (in <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/11/19/milano-il-grido-dei-medici-del-san-paolo-e-del-san-carlo-costretti-a-decidere-chi-salvare-le-carenze-erano-ben-note-ora-ci-troviamo-a-fare-intollerabili-scelte-sull'accesso-alle-cure/6008132/>).

⁴¹ Sull'alleanza terapeutica, in commento alla legge su citata e sull'evoluzione che essa ha avuto dal disegno di legge Calabrò, vedi **F. BOTTI**, *La fine di un lungo viaggio*, cit., in particolare p. 622 ss. Cfr. anche **ID.**, *Il pluralismo religioso come antidoto allo Stato etico*, in *Saggi sull'eutanasia*, cit., pp. 143-150.



19 (che aveva invitato il sanitario a prestare le sue cure a soggetti più giovani)⁴² va certamente incensato per la professionalità e, diciamola, la pervicacia con le quali ha salvato il paziente; in modo più prosaico ci si domanda se il fatto che non abbia tenuto conto della volontà del soggetto che, per nobili motivi, non voleva essere sottoposto a terapia intensiva, non configuri comunque una violazione del Codice di Deontologia Medica⁴³.

D'altra parte, il dilagare della pandemia e la paura diffusa della trasmissione del virus, alimentata quotidianamente dai bollettini ufficiali dei contagi e dei decessi trasmessi dai mass media, paiono avere posto in secondo piano il valore del consenso al trattamento sanitario che, in una situazione convenzionale, molto probabilmente sarebbe stato negato. Intendo dire che se in una situazione di malattia conclamata e irreversibile è possibile per il soggetto, in Svizzera come in Italia, potere esprimere il proprio diniego alla prosecuzione delle cure, laddove esse siano sproporzionate e non risolutive; allorquando ci troviamo davanti a un caso di un paziente che presenta gli stessi requisiti di quelli individuati dalla legge n. 219 del 2017 per potere rifiutare i trattamenti salvavita, ma che abbia contratto il Covid-19, pare che il consenso sia invece dato per scontato, ai limiti dell'ovvio. Sembra cioè che il Covid-19 giustifichi a prescindere, il ricorso alle terapie salvifiche come l'essere attaccati a un respiratore artificiale o comunque l'essere intubati, laddove, nel decorso normale di una malattia, è un'ipotesi questa che sarebbe probabilmente rigettata dal soggetto.

Poiché pare che, almeno in Italia, nel corso quantomeno della prima ondata non ci siano stati casi di rifiuto alle cure, forse anche per mancanza di possibilità da parte degli stessi pazienti, e a maggior ragione degli amministratori di sostegno che certamente non potevano accedere alle strutture ospedaliere, di potere avere un rapporto dialogico con i medici e fare presente l'esistenza se non di direttive anticipate almeno di una diversa volontà dell'assistito. Tale considerazione porta a due conclusioni cioè che: o in Italia l'autodeterminazione ai trattamenti sanitari, sebbene sia concessa a determinate condizioni dalla legge 219 del 2017⁴⁴,

⁴² https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/20_novembre_15/dottore-non-perda-tempo-me-salvato-90enne-malato-covid-gioia-medici-0d61d2c2-2738-11eb-80dd-837b5190599c.shtml

⁴³ Vedi **FNOMCeO**, *Codice di Deontologia Medica*, ed. 2014 e successive modifiche e integrazioni, artt. 13, 16, 17, 20, 22, 23, 26, 33, 35, 37, 38, 39, 53 (consultabile in <http://portale.fnomceo.it/Portale/Fnomceo/showVoceMenu.2puntOT?id=5>).

⁴⁴ Si legge all'art. 1.6. della l. n. 219 del 2017: "Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in



comunque non riesce a consolidarsi nelle persone al punto però da non giustificare nemmeno l'ostracismo di parte cattolica alla sua regolamentazione; oppure, ipotesi più probabile, in una situazione di emergenza come quella della pandemia, così come sono stati limitati i diritti fondamentali in generale, a maggiore ragione si è limitato quello alla salute nella sua dimensione individuale e soggettiva a favore della dimensione pubblica citata dall'art. 32 Cost. laddove pone il limite del rispetto delle disposizioni di legge all'autodeterminazione del soggetto in merito al trattamento sanitario. Se non fosse che, mentre tale disposizione trova una sua ratio in quella che è l'obbligatorietà delle vaccinazioni⁴⁵, nel caso di specie i termini della questione riguardano un trattamento sanitario che sembra più arbitrario che volontario. E anche se si volesse porre l'attenzione sul fatto che comunque si tratta di una contaminazione, quella della SARS-CoV-2, particolarmente aggressiva e quindi si rende necessaria una profilassi più articolata, rimane comunque il fatto che il paziente può scegliere di adempiere l'obbligo non solo di stare in quarantena, ma anche la possibilità di essere sottoposto a cure palliative che allevino le sofferenze, anche se non sono risolutive e possono anticipare il momento della morte.

Tra l'altro lo stesso limite all'accanimento terapeutico diventa sempre più rarefatto poiché, se in una situazione no-Covid, magari anche lo stesso medico dinanzi a un paziente con scarsa probabilità di guarigione, in scienza e coscienza non avrebbe insistito a sottoporre il paziente a quel tipo di terapia intensiva, dal momento invece in cui si tratta di soggetto positivo al Covid-19, tutto questo sembra non esserci più poiché lo stato emergenziale pare giustificare anche l'accanimento terapeutico.

Per risolvere e dare risposta a queste perplessità, si è deciso di provvedere a redigere delle "Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia da COVID-19"⁴⁶. Si tratta di una versione non ancora definitiva

conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali". Per un commento vedi **F. BOTTI**, *La fine di un lungo viaggio*, cit., in particolare pp. 631-638.

⁴⁵ Cfr. **M.L. LO GIACCO**, *Il rifiuto delle vaccinazioni obbligatorie per motivi di coscienza. Spunti di comparazione*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., n. 7 del 2020, pp. 41-65.

⁴⁶ Consultabile in <https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2020/11/Documento-SIAARTI->



di linee guida da seguire per l'ammissione alle terapie intensive in caso di sovraffollamento delle stesse, pertanto la selezione dei pazienti avverrebbe solamente nel momento in cui la richiesta di cure intensive superi il numero di posti disponibili.

Ancora una volta il documento è rivolto principalmente agli anestesisti, ma a differenza di quelli che lo hanno preceduto, sembra risolutivo in ordine all'individuazione dei "parametri clinico-prognostici definiti e il più possibile oggettivi e condivisi" per garantire l'accesso equo e giusto alle terapie intensive.

Al pari delle indicazioni contenute nelle corrispondenti linee guida svizzere, l'obiettivo del triage è quello di ammettere alle cure intensive tutti coloro che più possono beneficiarne, mentre coloro che restassero fuori dalle terapie intensive "devono ricevere i più indicati trattamenti di minore intensità"⁴⁷.

Il rispetto del malato, d'altra parte, è un punto fondamentale, tanto che nel primo Statement del documento si legge che la pandemia

"non fa venir meno la necessaria aderenza, nella tutela della salute, ai principi costituzionali e fondativi del Servizio Sanitario Nazionale, nonché ai principi deontologici e in particolare a quelli di universalità, uguaglianza (non discriminazione), solidarietà e autodeterminazione"⁴⁸.

Per tale ragione l'età non è un fattore determinante nella scelta di ammissione alla terapia intensiva, in quanto essa deve essere considerata nel contesto della valutazione globale della persona malata e non sulla base di soglie d'età predefinite oltre le quali il paziente viene scartato a prescindere e senza nemmeno passare per il triage (Statement 7).

I parametri per il triage enunciati nello Statement 6 si basano su: il numero e tipo di comorbilità (coesistenza di più patologie); lo stato funzionale pregresso e fragilità; la gravità del quadro clinico attuale; il presumibile impatto dei trattamenti intensivi, anche in considerazione dell'età del/la paziente. Si specifica poi che la volontà del/la paziente riguardo alle cure intensive dovrebbe essere indagata prima possibile nella fase iniziale del triage e che, nel caso di incapacità deve essere

SIMLA-18-novembre_clean.pdf

⁴⁷ Vedi Statement 10, in *Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia da Covid-19*, Allegato 1, Tabella riassuntiva degli statement, p. 17 (consultabile in https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2020/11/Documento-SIAARTI-SIMLA-18-novembre_clean.pdf).

⁴⁸ Statement 1, in *Decisioni per le cure intensive*, cit. p. 15



accertata la presenza di DAT o quanto previsto in occasione della pianificazione condivisa delle cure.

A tale riguardo nella scheda di triage prevista all'Allegato 3 del documento in esame c'è un'apposita sezione dedicata proprio alla volontà della persona assistita. Il personale medico deve annotare se la volontà è stata espressa dal paziente al momento del ricovero; se sono presenti delle DAT o, ancora, se è stata prevista una pianificazione condivisa delle cure. Altresì deve essere annotata nella scheda la presenza del rappresentante legale/fiduciario e se vi è stato con esso (o con anche i familiari del paziente) un confronto con il medico curante.

Deve essere quindi spuntata la casella per cui il paziente acconsente o non acconsente alle cure intensive o se c'è stata l'impossibilità di conoscere le reali volontà del soggetto. Nel caso in cui il consenso non sia stato prestato, il soggetto è comunque medicalizzato e sottoposto a cure palliative.

Tutte le decisioni prese con riguardo agli accessi alle cure intensive devono poi essere rivalutate quotidianamente "sulla base della sussistenza della indicazione clinica, degli obiettivi di cura e della proporzionalità" (Statement 9). Nel caso in cui un paziente non risponda al trattamento o si complichino in modo severo, "la decisione di interrompere le cure intensive (desistenza dai trattamenti futuri) e di rimodularle verso le cure palliative non deve essere posticipata" (Statement 11), sempre perché l'appropriatezza delle cure e la loro proporzionalità sono i presupposti etici e professionali per qualsiasi trattamento.

In relazione alle risorse umane disponibili, le decisioni dovranno essere prese in seguito a una valutazione collegiale di un team medico-assistenziale, aiutato anche, se necessario, da professionisti esterni. Tutte le decisioni prese dovranno essere adeguatamente giustificate e documentate nella cartella clinica (Statement 12).

Le critiche maggiori intervenute su questo progetto di linee guida convergono nella mancata previsione della clausola dell'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario. È stato fatto notare a riguardo che, in nome della "tutela costituzionale del pluralismo dei valori", al personale sanitario debba essere riconosciuta l'obiezione di coscienza, nonostante che, di fatto, le ridotte disponibilità rendano difficilmente praticabile questa scelta⁴⁹.

⁴⁹ Sull'orientamento delle religioni abramitiche in materia di indisponibilità della vita e sull'opportunità di introdurre la previsione della clausola dell'obiezione di coscienza, vedi **M. d'ARIENZO**, *Scienza e coscienza ai tempi dell'emergenza sanitaria da Covid-19*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., n. 22 del 2020, pp. 12-28.



Sappiamo che l'obiezione di coscienza nel nostro ordinamento è legittima solo ed esclusivamente laddove sia positivizzata in una norma, anche se ciò non toglie che essa venga rivendicata da tutti indistintamente⁵⁰ ogni qual volta che si abbia a che fare con materie eticamente sensibili. D'altra parte, anche la paventata possibilità di un riconoscimento giurisprudenziale dell'obiezione di coscienza, pur in mancanza di una previsione espressa della legge⁵¹, è in parte superata dalla richiamata legge n. 219 del 2017 (e dalla sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale) per cui il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario.

Nel caso specifico dell'eventuale previsione della clausola dell'obiezione di coscienza in occasione del triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse, appare improbabile riuscire a garantirla in quanto, se il medico si opponesse a operare una scelta, la sua omissione finirebbe comunque con il nuocere alla salute della persona, contrastando di fatto con il dettato dell'art. 22 del Codice di deontologia medica rubricato "*Rifiuto di prestazione professionale*"⁵². E anche qualora il medico volesse salvare tutti, non potrebbe farlo a causa della

⁵⁰ La legge, oltre a prevedere le circostanze rispetto alle quali può essere invocata l'obiezione di coscienza, individua anche i soggetti che se ne possono avvalere. Di fatto però tale previsione spesso viene disattesa. Si pensi ai farmacisti che illegittimamente invocano l'obiezione di coscienza (art. 9 della legge n. 194 del 1978) al fine di non distribuire le terapie anticoncezionali. La norma che disciplina l'obiezione di coscienza in ambito medico riguarda infatti l'interruzione di gravidanza (aborto), la quale si dice cominciata a partire dall'innesto dell'ovulo nella cavità uterina. Invece, la pillola del giorno dopo (PDGD) agisce alternativamente prevenendo l'ovulazione o, qualora l'ovulo sia già stato fecondato, modificando la cavità uterina in modo da impedire l'annidamento dell'ovulo stesso. Se invece l'ovulo si è già innestato, e quindi è iniziata una gravidanza, la PDGD non avrà alcun effetto. **TAR Lazio**, n. 8465 del 2001, in *Guida al diritto*, 15 dicembre 2001, n. 48; **CEDU**, sentenza 2 ottobre 2001, *Pichon S. c. Francia*. In questa pronuncia la CEDU ha negato che i farmacisti possano invocare l'obiezione di coscienza perché si risolverebbe nell'imporre ai terzi i propri convincimenti. **E. VITALI, A.G. CHIZZONITI**, *Manuale breve di diritto ecclesiastico*, Giuffrè, Milano, 2013, p. 67.

⁵¹ **D. PARIS**, *L'obiezione di coscienza. Studio sull'ammissibilità di un'eccezione dal servizio militare alla bioetica*, Bagno a Ripoli (Firenze), Passigli, 2011, p. 263 ss.; **M. SAPORITI**, *La coscienza disubbidiente. Ragioni, tutele e limiti dell'obiezione di coscienza*, Giuffrè, Milano, 2014, p. 122 ss.

⁵² Art. 22, *Rifiuto di prestazione professionale*. Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocimento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione.



mancanza di postazioni di terapia intensiva e di personale, con il rischio pertanto di contravvenire anche alla disposizione contenuta all'art. 23 sulla continuità delle cure⁵³.

Nel caso di specie, infatti, non si comprende bene cosa abbia da obiettare il medico: se vi sono dieci pazienti e cinque posti letto e nessun'altra possibilità di procedere, il rifiuto di operare una scelta porterebbe alla morte di dieci pazienti. Lo Stato può legittimare che una scelta di 'coscienza' provochi la morte di dieci persone in luogo di cinque? In una poesia dedicata *A un Papa*, Pasolini affermava che "peccare non significa fare il male: non fare il bene, questo significa peccare"⁵⁴. Sicuramente lasciare morire cinque persone può essere considerato come fare del male, ma lasciarne morire dieci significa non solo fare del male, ma anche non fare del bene a quelle cinque che avrebbero potuto essere salvate.

4 - Conclusioni

La comparazione compiuta ci offre molteplici interrogativi e spunti di riflessione.

In primo luogo, è innegabile la somiglianza della proposta di protocollo italiano con le raccomandazioni elvetiche.

A conferma di ciò vi è la genesi dei due protocolli, quello elvetico e quello italiano, che testimonia di come l'approccio svizzero sia sin dall'inizio orientato a porre come tema centrale la volontà del paziente.

Dall'altro lato, la classe medica italiana ha di primo acchito reagito d'istinto tradendo quella che era stata la sua natura per decenni e le cui scorie sono ancora in circolo: l'alleanza terapeutica medico-paziente improntata al paternalismo medico da un lato e dall'altro un retaggio di matrice cattolica per cui la vita è sacra e come tale deve essere salvata a ogni costo.

⁵³ Art. 23, *Continuità delle cure*. Il medico garantisce la continuità delle cure e, in caso di indisponibilità, di impedimento o del venire meno del rapporto di fiducia, assicura la propria sostituzione informando la persona assistita. Il medico che si trovi di fronte a situazioni cliniche alle quali non sia in grado di provvedere efficacemente, indica al paziente le specifiche competenze necessarie al caso in esame.

⁵⁴ La poesia, dedicata a Pio XII, si trova in **P.P. PASOLINI**, *La religione del mio tempo*, Epigrammi, XII (1958), in **P.P. PASOLINI**, *Tutte le poesie*, tomo I, a cura di G. CHIARCOSSI, W. SITI, Garzanti, Milano, 2003, p. 536.



Vi sono due possibili chiavi di lettura delle vicende dei protocolli elvetici e italiani.

Si potrebbe obiettare che le scelte elvetiche non siano dettate dall'alto senso civico ma che siano solo l'ennesimo strumento di un sistema talmente abituato a disprezzare la vita umana che utilizzi il principio di autodeterminazione dei singoli dissimulando un piano di contenimento dei costi a scapito delle fasce più deboli.

Se ci poniamo però in tale prospettiva critica, la posizione dell'Italia potrebbe essere ancora peggiore poiché stilare un primo protocollo in cui non vi è traccia alcuna della volontà del paziente (mentre nei protocolli e nel sistema elvetico in generale è sempre presente) circa la propria autodeterminazione in relazione ai trattamenti medici che lo riguardano e poi successivamente, quando la situazione è più grave e le terapie intensive più congestionate, ci si ricordi di inserire l'autodeterminazione terapeutica, potrebbe far sorgere molte domande sulla strumentalizzazione finalistica della stessa.

L'altra chiave di lettura vede invece la volontà del paziente come un principio fondamentale e determinante nell'alleanza terapeutica medico-paziente che deve essere tutelato anche di fronte a un evento eccezionale come una pandemia.

È innegabile che dei rifiuti alle cure possano trasformarsi in posti letto liberi in terapia intensiva, ma è importante non confondere la causa con l'effetto. Se si strumentalizzasse il rifiuto alle cure per liberare dei posti letto sarebbe inaccettabile, ma se in conseguenza di un libero e ponderato rifiuto si ottiene anche un minimo alleggerimento di pressione sui reparti di terapia intensiva, ben venga. Non prendere in considerazione la volontà del paziente viola da un lato i diritti fondamentali dello stesso e dall'altro costituirebbe anche un danno nella gestione dei reparti di terapia intensiva. Diritti del singolo e bene della collettività sono uniti a doppio filo e la tutela dell'uno si riverbera sull'altro. Non vi è contrasto, ma armonia, lasciando il singolo libero di scegliere si rispettano i suoi diritti fondamentali e al contempo si può ottenere un vantaggio per la collettività e la salute pubblica.

Voglio credere quindi che né in Svizzera né in Italia si sia dato ruolo all'autodeterminazione con lo scopo di decimare i più deboli o alleggerire la pressione su reparti di terapia intensiva (con conseguente risparmio o guadagno economico) sì piuttosto che la tutela di un diritto fondamentale del singolo individuo abbia dato vita a una virtuosa eterogenesi dei fini impartendo ancora una volta una lezione spesso dimenticata: difendere e tutelare la libertà di scelta del singolo individuo rende una società migliore.