

IL PARERE DEL CNB

Terapie intensive, perché il criterio clinico è giusto

VITA E BIOETICA

18_04_2020



**Tommaso
Scandroglio**



Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha pubblicato un parere dal titolo «[Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "Triage in emergenza pandemica"](#)». L'oggetto dell'intervento è il seguente: «Il problema

dell'accesso dei pazienti alle cure in condizioni di risorse sanitarie limitate».

Semplificando, il caso più drammatico potrebbe essere il seguente: un solo letto in terapia intensiva per due pazienti che ne hanno ugualmente bisogno e versano in uno stato di pari urgenza. Chi scegliere?

Il CNB è chiaro nel giudizio morale da formulare in tale situazione: «Il CNB riconosce 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».

Il criterio clinico indicato si compone di due elementi: l'appropriatezza clinica e l'attualità. Partiamo dal primo elemento: «Con appropriatezza clinica si intende la valutazione medica dell'efficacia del trattamento rispetto al bisogno clinico di ogni singolo paziente, con riferimento alla gravità del manifestarsi della patologia e alla possibilità prognostica di guarigione. Tale trattamento deve essere sempre proporzionato, ovvero tener conto del bilanciamento dei benefici e dei rischi rispetto al paziente, considerato dal punto di vista della dimensione clinica sia oggettiva che soggettiva (percezione del dolore e sofferenza, percezione della invasività dei trattamenti, ecc.)».

In buona sostanza si tratta dell'applicazione del principio di efficacia o di proporzione che è presente nel principio del duplice effetto. In stato di necessità la volontà del medico deve tendere ad un fine buono (curare), orientandosi affinché il fine buono sia ottenuto nel modo più efficace possibile, ossia affinché gli effetti positivi siano maggiori di quelli negativi, e tollerando come effetto non voluto la morte del paziente non curato perché, proprio in ossequio al principio di efficacia, il medico ha scelto di curare l'altro paziente.

Nel caso di specie il principio di efficacia si sostanzia nella domanda: tra i due pazienti di cui sopra quale riceverà maggior beneficio dalla terapia intensiva? Chi ha più probabilità di sopravvivenza, di guarigione? Per comprendere quale tra i due pazienti avrà maggior beneficio dal trattamento occorre valutare le condizioni particolari dei pazienti che, in ipotesi, hanno pari bisogno della ventilazione assistita e pari urgenza. Ecco allora escludere criteri generali quali età e disabilità. Criteri che possono essere sì dirimenti, ma solo declinati nel caso specifico attuale e non assunti in modo aprioristico. Infatti nulla toglie che, ad esempio, un paziente anziano possa ricevere maggior beneficio dalla terapia intensiva (possa salvarsi) rispetto ad un paziente giovane, le cui probabilità di salvarsi in terapia intensiva appaiono più ridotte. Dunque l'età può

diventare un criterio clinico, posto che sia applicato a posteriori, non a priori.

Così il CNB: «L'età [...] è un parametro che viene preso in considerazione in ragione della correlazione con la valutazione clinica attuale e prognostica ma non è l'unico e nemmeno quello principale. La priorità andrebbe stabilita valutando, sulla base degli indicatori menzionati, i pazienti per cui ragionevolmente il trattamento può risultare maggiormente efficace, nel senso di garantire la maggiore possibilità di sopravvivenza. Non si deve cioè adottare un criterio, in base al quale la persona malata verrebbe esclusa perché appartenente a una categoria stabilita aprioristicamente. [...] Risulta eticamente doveroso, sia nella gestione delle diverse patologie che in quella dei pazienti affetti dalla medesima malattia, escludere automatismi e scelte aprioristiche nell'accesso ai diversi percorsi di cura».

Queste argomentazioni pare che vogliano rispondere alle ormai famigerate raccomandazioni della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) dal titolo «Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili». Riportiamo, a tale proposito, la prima parte del punto n. 3 di queste raccomandazioni: «Può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in TI [terapia intensiva]. 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». Ciò che non è condivisibile, per i motivi sopra esposti, è la prima frase: «Può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in TI».

Non è lecito decidere a priori un'età massima di accesso alla TI proprio perché nel concreto un paziente anziano potrebbe ricevere dalla terapia intensiva maggior giovamento di uno giovane. Ciò non toglie che nel caso specifico l'età anagrafica di quel paziente potrebbe incidere sulle sue condizioni di salute e quindi influire sulle probabilità di sopravvivenza. A parità di probabilità di sopravvivenza tra paziente anziano e giovane - ma entriamo in un campo più teorico che reale - è giusto privilegiare, sempre in ossequio al principio di maggior beneficalità, chi ha maggiori aspettative di vita (la sopravvivenza è concetto differente da quello di aspettativa di vita). Ma anche in questo caso l'età potrebbe essere un valido *discrimen* come potrebbero rappresentare un criterio influente. Dipende tutto dal caso concreto. E così un paziente giovane potrebbe avere minori aspettative di vita rispetto ad uno anziano a motivo del suo quadro clinico.

Torniamo al parere del CNB e analizziamo il secondo criterio da tenere in considerazione in fase di triage emergenziale: l'attualità. Il CNB premette che «in condizioni di normalità, con il triage gli operatori in un pronto soccorso hanno l'obiettivo di stabilire le priorità di accesso alle terapie; essi quindi compongono liste di attesa che riguardano solo i pazienti fisicamente presenti».

Quindi, in condizioni di normalità la scelta tra chi curare per primo avviene facendo riferimento ad una comunità di pazienti limitata, cioè quelli presenti solo in pronto soccorso. Ma nella situazione emergenziale che stiamo vivendo la comunità di possibili candidati alla terapia intensiva giustamente deve ampliarsi. «Rispetto al triage usuale - puntualizza il CNB - nel triage in emergenza pandemica si considerano diversamente i pazienti: in questo insieme sono inclusi, oltre a quelli che sono "fisicamente presenti", coloro che sono stati valutati e osservati da un punto di vista clinico, delle cui condizioni critiche si è già consapevoli. Infatti, in una situazione di emergenza come quella pandemica che ha investito il nostro territorio, ad aver bisogno di trattamenti sanitari salvavita non sono solo i pazienti fisicamente presenti nei locali del pronto soccorso ma anche quelli ricoverati e non ancora sottoposti al sostegno vitale della ventilazione assistita - dai supporti meno invasivi al trasferimento in terapia intensiva - così come i pazienti, già valutati clinicamente a domicilio, che si sono aggravati improvvisamente. Rispetto al triage in tempi normali, il triage in emergenza pandemica inserisce la valutazione individuale del paziente nella prospettiva più ampia della "comunità dei pazienti"».

Il criterio di attualità, declinato però nella sua variante temporale e non più logistica, torna pertinente nuovamente in relazione alle raccomandazioni della SIAARTI, che nel secondo paragrafo del n. 3 recitano: «In uno scenario di saturazione totale delle risorse

intensive, decidere di mantenere un criterio di “first come, first served” equivarrebbe comunque a scegliere di non curare gli eventuali pazienti successivi che rimarrebbero esclusi dalla Terapia Intensiva». Dato che la sezione iniziale del numero 3 faceva riferimento al criterio dirimente dell'età, si suppone che i “pazienti successivi” menzionati siano pazienti più giovani. Ora, nel già citato principio del duplice effetto e in riferimento al principio di efficacia contenuto in esso, non solo bisogna tenere in considerazione la proporzione tra effetti positivi e negativi (tra i due pazienti, quale beneficerà maggiormente della terapia intensiva?), ma mettere in relazione tale proporzione con la probabilità che sia gli effetti positivi che negativi si verificheranno.

Ad esempio, è lecito ricercare un effetto positivo certo di media entità, sopportando il rischio che si verifichi un effetto negativo grave, ma remotissimo. Detto ciò, l'effetto positivo delle cure in terapia intensiva appare remoto nel caso del giovane, proprio perché il suo accesso è una mera eventualità, invece appare prossimo nel caso dell'anziano perché la richiesta di cure è attuale e non puramente potenziale. Il possibile beneficio nel primo caso appare remoto, nel secondo prossimo. Dunque, limitatamente al criterio della probabilità, che è contenuto implicitamente nel criterio di efficacia, ha la precedenza una probabilità prossima e non remota (in questo caso parliamo di una probabilità riferita ad effetti positivi).

Si potrebbe ribattere che una probabilità remota ha la precedenza su una prossima se reca con sé un maggior grado di beneficio (un bene remoto può avere la precedenza su uno prossimo se il primo è proporzionalmente maggiore), maggior grado dato dal fatto che il futuro paziente è giovane. Si risponde rammentando ciò che abbiamo già scritto: in astratto non si può dire che un'età più giovane sia garanzia di maggiori benefici in terapia intensiva rispetto ad un'età più matura. Dunque, il criterio dell'età assunto in modo astratto nega in radice la validità dell'indicazione della SIAARTI in merito alla precedenza, **rispetto agli anziani**, di pazienti giovani che successivamente potrebbero aver bisogno della terapia intensiva, senza, dunque, la necessità di tenere poi conto delle probabilità riferite agli effetti positivi e negativi.