



Se la legge indica chi va curato prima

di Vladimiro Zagrebelsky

Le condizioni gravi di insufficienza di mezzi nei reparti di terapia intensiva e di pronto soccorso rispetto al numero di pazienti affetti da Covid-19 hanno costretto i medici a scelte drammatiche tra l'uno e l'altro dei malati, con pesanti responsabilità per medici e infermieri nei reparti. L'eccezionalità della situazione di emergenza, che si è verificata specialmente in certi periodi della pandemia, ha attirato l'attenzione, in Italia come altrove in Europa, su una questione che si pone peraltro quotidianamente negli ospedali, ove occorre effettuare scelte tra paziente e paziente. Scelte di priorità, ma ogni priorità si accompagna ad una posteriorità e questa, in materia di salute può essere grave. Basti pensare alle "deprogrammazioni" di trattamento di malati non-Covid-19. O al forzato rallentamento degli interventi chirurgici quando sia necessario un successivo ricovero in terapia intensiva e il relativo reparto sia al completo. D'altra parte, è esperienza comune la assegnazione di codici di vari colori all'arrivo in un Pronto Soccorso. Recentemente a Torino il disastro verificatosi in piazza San Carlo ha improvvisamente portato centinaia di feriti in reparti di Pronto Soccorso ovviamente non predisposti per gestire una tale ondata di pazienti. Scelte rapidissime hanno dovuto esser fatte. Il richiamo alla "medicina di guerra" è appropriato.

Il nesso dei trattamenti intensivi o di urgenza nei casi gravi di Covid-19 con la vita o la morte ha posto ai medici e alle loro associazioni specialistiche la necessità di elaborare specifiche e adeguate linee di condotta. Le soluzioni adottate nei vari paesi hanno seguito la via delle indicazioni di criteri clinici provenienti dalle associazioni professionali o dai comitati etici, qualche volta avallate dai ministeri della salute. In proposito si deve ricordare che in ultima analisi è sempre il medico curante ad avere la competenza e la responsabilità per valutare la specifica condizione e le necessità di ogni singolo paziente. Così si è operato in Italia. Sul sito dell'Istituto superiore di sanità si trova il documento del gennaio 2021 elaborato da un gruppo di lavoro della Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva con la

Società italiana di medicina legale. In esso si afferma innanzitutto che "nel caso di una saturazione delle risorse assistenziali tale da determinare l'impossibilità di garantire a tutte le persone malate il trattamento indicato, è necessario ricorrere al triage, piuttosto che ad un criterio cronologico (ordine di arrivo) o casuale (sorteggio)".

In considerazione dei criteri generali di deontologia medica di appropriatezza clinica, di proporzionalità e di ragionevole utilizzo delle risorse disponibili, il triage deve essere l'esito della valutazione globale di ogni singola persona malata, in funzione delle probabilità che essa ha di superare la condizione critica con il supporto delle cure intensive.



I parametri da considerare sono indicati nel numero e tipo di comorbilità, nello stato funzionale pregresso e fragilità rilevanti rispetto alla risposta alle cure, nella gravità del quadro clinico attuale, nel presumibile impatto dei trattamenti intensivi, anche in considerazione dell'età del paziente e nella volontà della persona malata riguardo alle cure intensive. Il documento precisa che l'età deve essere considerata nel contesto della valutazione globale della persona malata e non sulla base di predefinite soglie di età.

Solo a parità di altre condizioni, il mero dato anagrafico può avere un ruolo nella valutazione globale della persona malata in quanto con l'aumentare dell'età si riducono le probabilità di risposta alle cure intensive. Scopo del triage non deve essere quello di stabilire chi è più grave o ha maggiori necessità di cure, ma chi, con il supporto delle cure intensive, potrà con più o meno probabilità superare la sua attuale condizione critica, con una ragionevole aspettativa di sopravvivenza a breve termine dopo la dimissione dall'ospedale.

Prima di dar conto della recente sentenza della Corte costituzionale federale tedesca, concernente il rischio di discriminazione che, nel triage, potrebbero patire i portatori di gravi disabilità, si può dire che nulla, nelle indicazioni date in Italia, consente di ritenere che situazioni di più o meno grave disabilità possano essere tenute in conto come controindicazione alla ammissione del paziente alle terapie intensive, né in sé, né in comparazione con le condizioni di altre persone. Ma la natura della disabilità o la coesistenza di specifiche morbilità possono incidere sulla valutazione dell'efficacia della terapia intensiva.

In tal caso il criterio di utilità del ricorso alla terapia intensiva non porta ad una discriminazione in danno del disabile, poiché non è questa sua condizione che decide la valutazione medica, ma il complesso della condizione clinica rispetto agli esiti della terapia intensiva. Da tenere in conto infatti è solo quest'ultimo, come unico criterio clinicamente fondato ed egualmente

applicato a tutti i pazienti. Analogo dovrebbe essere il discorso quanto agli anziani, che, come si è visto, rispetto ai più giovani hanno una capacità ridotta di utilmente reggere la terapia intensiva. Questa e non altra può essere ragione di non dare all'anziano il trattamento intensivo. E non si tratterebbe di discriminazione in danno degli anziani, costituzionalmente vietata.

Venendo a considerare ciò che ha deciso la Corte costituzionale tedesca, va innanzitutto detto



che, senza ovviamente essere vincolante in Italia, le sue argomentazioni debbono essere tenute presenti. Il quadro di riferimento costituzionale è infatti identico nei due paesi: divieto di discriminazione, rispetto della dignità delle persone, vincolo degli obblighi discendenti dalla Convenzione internazionale sui diritti delle persone disabili.

Nell'un sistema e nell'altro, entrambi parte dell'Unione europea, ha senso la ricerca dell'armonizzazione. La Corte tedesca ha ritenuto che il legislatore non abbia assicurato sufficiente protezione ai malati disabili rispetto al cruciale momento della assegnazione ad un reparto di terapia intensiva. In certi casi di seria disabilità, il malato potrebbe non essere in grado di validamente discutere con l'équipe medica e la decisione dei medici potrebbe essere viziata da stereotipi sulla disabilità. La disabilità inoltre potrebbe essere in se stessa considerata motivo di esclusione dalla terapia intensiva, dando così luogo a discriminazione fondata proprio sulla disabilità. Inoltre i criteri elaborati dalle associazioni mediche non sono vincolanti, come sarebbe una legge, cosicché è ridotta la loro efficacia di garanzia.

Il legislatore tedesco deve dunque rapidamente intervenire. Ma il contenuto della legge è rimesso alla discrezionalità legislativa, che dovrà tener conto sia delle difficili condizioni in cui operano i medici, sia della finale competenza esclusiva del medico curante, sia delle possibilità alternative che si possono ipotizzare per rafforzare la posizione e i diritti del disabile. In conclusione, l'effetto vincolante della sentenza sembra limitarsi alla necessità di un atto legislativo, il cui contenuto è però largamente rimesso alle scelte del legislatore.

Quale allora la situazione italiana rispetto alle esigenze di garanzia che la Corte tedesca ha tenuto presenti? Nel merito sembra che contrasto non vi sia con il tenore del documento sopra sintetizzato, pur senza che esso menzioni specificamente la condizione del disabile. Ma non si tratta di una legge. Tuttavia l'osservanza delle migliori pratiche mediche, di cui quel documento è certa espressione, è tenuta in conto dalla legge penale e civile sulla responsabilità medica. La natura legislativa delle indicazioni metodologiche nel triage potrebbe quindi essere, nel sistema italiano, scarsamente significativa anche perché sarebbero necessariamente elastiche e legate alla concretezza delle condizioni di ciascun malato.