

Covid-19, Morresi (CNB): «Medici italiani respingono approccio utilitarista»

*Il parere del Comitato Nazionale di Bioetica sulle decisioni cliniche nell'ambito dell'emergenza Covid-19 apporta un «punto di vista diverso» nel dibattito, ponendosi in alternativa alle raccomandazioni della SIAARTI. Il criterio è quello della tutela della vita umana, senza discriminazioni, con la proposta di «liste d'attesa dinamiche». Per saperne di più Pro Vita & Famiglia ha intervistato **Assuntina Morresi**, docente di chimica fisica all'Università di Perugia e membro dello stesso Comitato di Bioetica.*

Professoressa Morresi, com'è scaturito il parere del Comitato Nazionale di Bioetica sulla questione della scarsità di risorse nell'emergenza pandemica?

«Il problema è stato posto in Italia per prima dalla SIAARTI ma il CNB non ha inteso rispondere alla SIAARTI, in quanto la sua posizione si inserisce nell'ambito di un dibattito internazionale molto più ampio che è sorto intorno alla questione. Nel parere, infatti, c'è una nota in cui sono citati solo alcuni dei principali documenti che sono usciti (tra cui quello della SIAARTI), anche perché, di prassi, il Comitato non risponde mai ai singoli documenti – se non è richiesto – ma si pronuncia in modo autonomo rispetto al lavoro altrui».

Che cambiamenti apporta il parere del CNB?

«In primo luogo, apporta un punto di vista diverso. Quello della SIAARTI è il parere di una società scientifica e, di per sé, non è vincolante per nessuno. Ricordo che il problema era nato da alcuni passaggi nel loro parere sull'ammissione a trattamenti intensivi in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, per esempio quello in cui scrivevano “può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in terapia intensiva”, anche se poi, subito dopo, cercavano di mitigare questa affermazione, spiegando che “non si tratta di compiere scelte meramente di valore”. Del resto, già in precedenza, il presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli, aveva commentato le raccomandazioni della SIAARTI, definendolo un “grido di dolore” che andava rispettato; tuttavia, riferendosi al Codice di Deontologia Medica, aveva ricordato che “per noi tutti i pazienti sono uguali e vanno curati senza discriminazioni”. Noi abbiamo voluto affrontare il problema,

proponendo, con chiarezza, una nostra visione. Nella speranza che l'emergenza attuale non debba ripetersi, se ci dovessimo nuovamente trovare in questa situazione, sarà sempre bene sapere che ci sono punti di vista diversi. Va ricordato che neppure il punto di vista del CNB è vincolante, e che è stato approvato con un solo voto contrario. Noi abbiamo ribadito che è eticamente accettabile solo il criterio clinico e abbiamo spiegato come applicarlo, non abbiamo voluto eludere il problema. Abbiamo ricordato che tutti i pazienti vanno presi in considerazione e che vanno valutati in base a tutti i fattori che contribuiscono al quadro clinico. Siamo consapevoli che a volte, in condizioni di emergenza come quella pandemica, i medici possono purtroppo trovarsi davanti a scelte laceranti; in ogni caso, come criterio, abbiamo suggerito che, a parità di urgenza, gravità o terminalità, si dia la precedenza al paziente con la maggiore possibilità di sopravvivenza. Questa è una valutazione che va fatta globalmente, considerando l'intero quadro clinico. Se ho tre pazienti gravissimi e un solo ventilatore, cerco di capire chi di loro ha più possibilità di sopravvivere e lo faccio solo in base a criteri clinici. Nello scenario normale, dovrei avere tre ventilatori per curare tutti e tre i pazienti, però, realisticamente, devo considerare l'eventualità che di ventilatori ve ne sia soltanto uno».

Cosa si intende, poi, per criterio di “attualità”?

«Abbiamo pensato che il medico non deve tenere presente solo i pazienti fisicamente presenti al pronto soccorso. Vanno considerati anche quei pazienti che si sono aggravati durante l'isolamento domiciliare, che magari, inizialmente stavano bene: i medici sono consapevoli anche di questi casi, come pure dei pazienti che sono ricoverati ma non godono ancora della ventilazione assistita. Abbiamo pensato a una sorta di lista d'attesa dinamica. Il medico ha valutato un certo numero di pazienti e nell'assegnare le risorse – in questo caso i sostegni alla respirazione – si tengono presenti tutti quelli che il medico ha valutato. La valutazione, quindi, è sicuramente individuale, però si tiene conto dei pazienti già visti, e non si lasciano posti liberi “per dopo” ma si occupano tutte le risorse a disposizione. Il CNB ha indicato un criterio clinico: queste non sono linee guida mediche, i parametri medici non spettano a noi. Non abbiamo né il compito, né le competenze per indicare

quale sia il grado di saturazione, che tipo di tac vada fatta, che tipo di indagine, ecc.».

A cosa fa riferimento precisamente il CNB quando parla di “massima trasparenza nei confronti dell’opinione pubblica”?

«Si intende che, nell’emergenza, i criteri devono essere chiari per tutti e che tutti devono sapere cosa succede nel servizio sanitario. Il cittadino di un dato paese ha diritto di sapere come si comporta il servizio sanitario nazionale a cui afferisce; a maggior ragione in un momento come l’attuale, in cui il tempo è poco e tutto viene fatto sull’onda dell’urgenza. Come CNB abbiamo ritenuto di dover intervenire con un parere anche a urgenza finita, perché è bene che le indicazioni per queste situazioni siano comunque discusse, perché chiunque sia pronto, se si verificassero di nuovo».

Non trova significativo che, in altri paesi, le risposte all’emergenza siano state di segno completamente opposto alla linea suggerita dal CNB italiano?

«Purtroppo sono emerse situazioni preoccupanti. Penso all’Olanda, per cui abbiamo letto sui media che gli ultrasessantenni vengono invitati a firmare dichiarazioni di rinuncia al ricovero nel caso in cui dovessero ammalarsi per il Covid19. Sono politiche ormai da tempo perseguite, coerenti con certe mentalità utilitaristiche presenti in quei paesi. In Italia, fortunatamente, la situazione è diversa: in tutta onestà devo dire che quando sono uscite le linee guida della SIAARTI, quei passaggi riferiti all’età sono stati molto contestati dall’opinione pubblica italiana. Molti medici, intervistati in tv, hanno respinto quell’impostazione. In altri paesi, al contrario, è emersa talvolta una mentalità utilitaristica, per cui è bene che si lasci spazio ai più giovani, perché poi quello era il discrimine; in alcuni stati americani sono stati indicati criteri analoghi per i disabili, suggerendo la priorità per i non disabili. Quindi non so quanto il punto di vista della SIAARTI – rispetto alla possibilità di mettere soglie di età per accedere ai trattamenti intensivi – sia condiviso dalla nostra comunità medica e dall’opinione pubblica: quantomeno in Italia, mi è parso di vedere una maggioranza orientata in un’altra direzione».

17/04/2020

di Luca Marcolivio

<https://www.provitaefamiglia.it/blog/covid-19-morresi-cnb-medici-italiani-respingono-approccio-utilitarista>