LA NUOVA BUSSOLA QUOTIDIANA
Direttore Riccardo Cascioli
FATTI PER LA VERITÀ

INTERVISTA AI GIURISTI CATTOLICI

«Linee guida dei rianimatori nè scientifiche nè legali»

ATTUALITà 01_04_2020

Luca Marcolivio



La SIAARTI (*Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva*) ha diffuso un documento in cui ha detto che può rendersi necessario porre un limite d'età all'ingresso in Terapia Intensiva sulla base del principio di probabilità di sopravvivenza e

di anni di vita salvata.

Le “raccomandazioni etiche” della SIAARTI sull’emergenza coronavirus sono state pubblicate in data 6 marzo 2020, ma non risulta siano ancora state valutate dall’Istituto Superiore di Sanità ed integrate nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), come previsto dalla normativa vigente per la pubblicazione delle stesse.

Ciononostante, rappresentano quella che è ormai la preoccupante prassi di molti sistemi sanitari nazionali e che potrebbe trovare spazio anche in quello italiano. La *Nuova Bussola Quotidiana*, ne ha parlato con l’avvocato Laura Oliveri, presidente dell’Unione Locale di Genova dell’Unione Giuristi Cattolici Italiani, che sulla base di una risoluzione del Consiglio Direttivo, ha rilevato anche l’incompatibilità delle raccomandazioni SIAARTI con l’impianto della legge sulle DAT, a partire dal principio dell’autodeterminazione del paziente, il quale, se particolarmente anziano, nemmeno “implorando” potrebbe vedere accolto il suo desiderio di essere ammesso alla terapia intensiva.

Avvocato Oliveri, in primo luogo, può spiegarci qual è il valore giuridico delle raccomandazioni della SIAARTI?

Al momento non hanno alcun valore vincolante ai sensi delle procedure sopra descritte. Sul sito dell'ISS, le linee-guida SIAARTI non risultano ancora pubblicate. Le linee guida linee individuate dalla legge "Gelli-Bianco" 8 marzo 2017, n. 24 sulla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie e dai relativi decreti attuativi stabilisce le procedure per l'adozione delle *Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida*. In particolare, le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con DM 2 agosto 2017 propongono al CNEC (Centro Nazionale di eccellenza clinica e qualità delle cure), le Linee Guida da pubblicare nel Sistema nazionale per le linee guida SNLG presso l'Istituto Superiore di Sanità, che ne valuta l'eleggibilità sulla base di criteri espliciti e definiti, resi pubblici, nonché in base alla rilevanza delle evidenze scientifiche fornite a supporto delle raccomandazioni. Queste raccomandazioni contengono indicazioni e parametri per le attività dei medici e dei clinici ma il loro valore giuridico è riferito soprattutto agli effetti medico-legali, nel senso che, in base alla legge Gelli-Bianco, è stata prevista una valutazione da parte del giudice in merito all'eventuale colpa del medico. Ciò significa che, se il medico si trova coinvolto in un procedimento per responsabilità penale e ha seguito queste raccomandazioni, la sua colpa viene valutata in modo diverso. Questo tuttavia non esclude che il medico debba attenersi al rispetto delle regole di perizia e diligenza.

Come sono state elaborate queste raccomandazioni?

È stato dichiarato che sono state elaborate da un Comitato Etico interno alla stessa Società scientifica, privo di qualsiasi riconoscimento giuridico e titolarità all'emanazione di linee guida.

Adesso, quindi, sono raccomandazioni vincolanti?

Non hanno alcun valore vincolante ai sensi delle procedure sopra descritte. Sul sito dell'ISS, le linee-guida SIAARTI non risultano pubblicate.

Potrebbero, in ogni caso, avere delle ripercussioni nella prassi clinica anche ad emergenza sanitaria conclusa?

Come accennavo, al momento non hanno ancora un valore giuridico, né scientifico. Il problema è che contengono principi che ormai sono parte integrante del pensiero dominante, che condiziona quindi anche le decisioni politiche. La Regione Piemonte, ad esempio, lo scorso 13 marzo, ha diffuso un comunicato stampa in cui dichiara che "qualora si giungesse alla impossibilità di garantire a tutti i pazienti con indicazione alla

rianimazione, il migliore trattamento, sarà necessario applicare criteri di accesso alle cure intensive, nei quali si dovrà tenere in conto della appropriata allocazione delle limitate risorse a disposizione. Per quanto riguarda gli indirizzi da seguire in tale situazione limite, ancora non attuale, il Comitato Tecnico-Scientifico dell'Unità di crisi della Regione Piemonte condivide integralmente quanto riportato nel documento SIAARTI". Il pensiero dominante, quindi, trova consenso nell'opinione pubblica e può essere utilizzato come strumento politico.

Ritiene che le raccomandazioni della SIAARTI vadano a stravolgere il principio di accanimento terapeutico?

Siamo un gradino oltre, direi proprio che incoraggino l'*abbandono terapeutico*. Le raccomandazioni affermano che, in uno scenario eccezionale di scarsità di risorse, si può, anzi, *bisogna* dare addirittura una valutazione anticipata sui criteri in base ai quali determinati pazienti possono essere ammessi al trattamento di terapia intensiva e altri no. Se si decide a priori che una persona non deve essere ammessa a trattamenti intensivi, in base a un ancora non precisato "limite di età e alla probabilità di sopravvivenza e di anni di vita salvata", parliamo di *abbandono terapeutico*… Al contrario, deve essere valutata solo l'appropriatezza clinica sotto l'aspetto della ragionevole speranza di guarigione. Ricordo che i principi e le regole a cui il medico deve uniformare la sua condotta professionale sono quelli previsti dal Codice di Deontologia Medica che all'art. 6 stabilisce: "*Il Medico persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure*". Ricordo inoltre l'art. 32 della Costituzione: "*La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività*". Come ha rilevato anche l'Associazione Medici Cattolici Italiani, le raccomandazioni della SIAARTI negano i principi di equo accesso alle cure previsti dall'articolo 32 della Costituzione. Ricordo infine la legge 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (art.1 – Principi): "*Il SSN è costituito dal complesso dei servizi destinato alla prevenzione, mantenimento e recupero della salute di tutta la popolazione senza distinzioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio*". Non stiamo parlando di persone il cui accesso alla terapia intensiva diventerebbe fonte di ulteriore inutile sofferenza, ma di pazienti che, semplicemente in base all'età, non vengono ammessi alla terapia intensiva e che potrebbero avere ancora un'aspettativa di vita.

Queste linee guida non vanno a porsi in contrasto con il principio di autodeterminazione che anima la legge del 2017 sulle disposizioni anticipate di trattamento?

Rispetto alla legge sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento, le raccomandazioni della SIAARTI, pur richiamandola, esprimono un principio esattamente contrario. Le conseguenze di questi principi sarebbero gravissime se poi venissero applicate *in toto*. La legge sulle DAT, in qualche modo, valorizza l'autodeterminazione ma, in questo caso, la volontà del paziente non è presa minimamente in considerazione. Persino nella sentenza della Corte Costituzionale sul caso Cappato si dà una particolare rilevanza alla volontà del paziente e alla sua autodeterminazione. Faccio notare, oltretutto, che anche negli USA, in molti Stati, e anche in Olanda, sono stati stabiliti criteri di non ammissione alle terapie intensive, quali l'età, la capacità cognitiva, le disabilità, ecc. Si tratta, quindi, di una prassi che si sta diffondendo in tutto il mondo.

Come rispondere, infine, alla problematica delle "risorse limitate" sollevata dalla stessa SIAARTI?

Allorché si fa riferimento ad "una condizione di straordinaria scarsità delle risorse sanitarie" come causa di difficoltà nella loro allocazione, occorre tener presente che tale scarsità è conseguenza di scelte della programmazione e della macroallocazione ed è proprio in questa direzione che dovrebbero essere rivolte adeguate "raccomandazioni di etica". Infatti, per effetto delle continue revisioni al ribasso del finanziamento pubblico della sanità, l'Italia si attesta sotto la media OCSE e precede solo i Paesi dell'Europa orientale. È una questione di scelte e non si può dire che in questo momento il Governo e le Regioni non stiano cercando e impegnando ingenti risorse – dall'acquisto di ventilatori all'aumento di posti letto fino alla costruzione di nuovi ospedali – per fronteggiare questa grave emergenza.