

**Comitato Etico per le Attività Sanitarie – APSS**

*Considerazioni etiche riguardo l'epidemia di Covid-19 e gli interventi clinico-sanitari*

L'attuale pandemia da Coronavirus (Covid-19) ha esposto il nostro sistema sanitario ad uno squilibrio tra bisogni e risorse disponibili, così improvviso e di dimensioni tali da porre gli operatori sanitari di fronte a scelte e assunzioni di responsabilità di carattere anche etico. Esse meritano pertanto una riflessione da parte del Comitato etico per le attività sanitarie (CEAS), con riferimento in particolare alla realtà della nostra provincia.

1. Quadro clinico ed epidemiologico

Da un punto di vista clinico ed epidemiologico, l'infezione da COVID-19 ha nella maggior parte dei casi (81%) un decorso lieve e non complicato, ma il 14% dei pazienti sviluppa una malattia respiratoria grave e il 5% richiede il ricovero in terapia intensiva (TI), secondo l'OMS<sup>1</sup>. Queste percentuali risultano dallo studio cinese dei CDC su 72.314 pazienti<sup>2</sup>. La percentuale di mortalità cruda nello stesso studio era del 2,6%, ma questo dato secondo gli autori va interpretato con cautela principalmente perché molti casi lievi o asintomatici non sono stati testati. La mortalità nella regione di Hubei era del 2,9%, nelle altre regioni invece essa risultava dello 0,4%.

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità<sup>3</sup> riportano tuttavia una letalità media italiana (morte nei casi accertati) che ad oggi è circa del 10%, con percentuali più elevate oltre gli 80 anni (oltre il 20%), che calano rapidamente con la diminuzione dell'età dei pazienti.

Un dato di mortalità così elevato è sorprendente, pur considerando che nei pazienti anziani e con comorbidità la prognosi è peggiore. Il dato numerico, tuttavia, va preso con cautela sia perché molti casi, i più lievi, non vengono testati, sia perché potrebbero essere stati esclusi dalle terapie intensive i pazienti oltre una certa età. La mortalità, molto minore, riscontrata fino ad oggi in Germania potrebbe, ad esempio, essere spiegata non solo con il maggior numero di tamponi effettuati, ma in parte con la maggiore disponibilità di posti letto intensivi (circa il quintuplo) già nello standard normale. Sebbene solo il 50% di quelli che sono stati intubati e ventilati sopravviva, occorre precisare che la mortalità di coloro che sono stati lasciati in reparto ordinario, per mancanza di posto letto in TI, si avvicina al 100%.

In base allo studio di Ferguson & c.<sup>4</sup>, anche con le misure restrittive in atto per limitare il contagio, nell'ipotesi più ottimistica durante il picco ci sarà (in UK e USA) una richiesta di posti letto in TI ben otto volte superiore alla disponibilità.

Da alcuni giorni l'incremento dei posti letto intensivi occupati da pazienti Covid-19 in Italia è di circa 200 al giorno, e attualmente (26 marzo 2020) sono occupati 3489 posti. In tutto il Paese esistevano circa 5.400 posti letto intensivi prima dell'epidemia, e nonostante il grande sforzo effettuato per aumentarne il numero, è impensabile riuscire a garantire i criteri ordinari di

accettazione in TI. La gestione di un paziente intubato e ventilato è inoltre complessa, richiede monitoraggi invasivi e personale adeguatamente formato. Un eccessivo aumento dei posti letto comporterebbe, poi, come segnala il documento SIAARTI<sup>5</sup>, uno scadimento della qualità delle cure non solo per i COVID-19, ma per tutti gli altri pazienti che necessitano di TI.

Anche nella nostra Provincia si è cercato di aumentare la disponibilità di posti letto intensivi, che sono più che raddoppiati; si è sospesa gran parte dell'attività chirurgica programmata e si sono utilizzati gli apparecchi di anestesia come ventilatori polmonari; sono stati prolungati i turni di servizio, reclutati medici e infermieri, anche pensionati, attraverso diversi canali. È essenziale inoltre adottare tutte le misure possibili, inclusi i controlli con tamponi, per garantire la sicurezza clinica del personale e dei pazienti stessi.

## 2. Criteri etici di riferimento

E' evidente che in questa situazione, del tutto eccezionale e destinata verosimilmente a peggiorare e durare abbastanza a lungo, come dimostra lo studio dell'Imperial College COVID-19 Response Team citato sopra<sup>4</sup>, è necessario salvaguardare i criteri di equità e giustizia, cioè occorre garantire a ciascuno e a tutti lo stesso livello di cura, e non privilegiare i primi che arrivano all'attenzione dei clinici (*first come, first served*). Del resto, questo criterio viene già applicato nella medicina delle catastrofi, quando cioè, in condizioni ordinarie, si verifica un evento eccezionale come un elevato numero di traumatizzati contemporaneamente (es. un autobus uscito di strada). Quando il numero dei soccorritori è momentaneamente insufficiente a prestare cure contemporanee a tutti i feriti si effettua il "triage", parola francese che significa "smistamento". Fare triage equivale a assegnare le priorità d'intervento, cioè la scelta su chi trattare prima, sulla base di determinati criteri clinici. In genere la priorità nel triage non spetta al più grave, ma a chi ha maggiori probabilità di sopravvivenza. Triage non va inteso tuttavia come esclusione da qualsiasi tipo di cura o intervento, ad esempio di tipo palliativo o assistenziale, per quei pazienti che non risultino prioritari.

Deve essere chiaro a tutti che in alcune regioni italiane siamo già da giorni in una situazione di tale squilibrio tra risorse sanitarie e fabbisogno da rendere molto difficile salvare diverse vite che si sarebbero potute salvare in condizioni ordinarie.

Il recente documento della SIAARTI (Società Italiana di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) "Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione"<sup>5</sup> fornisce indicazioni chiare in proposito, che hanno suscitato tuttavia – oltretutto plausi – anche alcune critiche. Alcuni sono preoccupati in particolare dall'affermazione che "*Può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in terapia intensiva*" quando le risorse (posti letto di TI) sono insufficienti.

Il CEAS ritiene che la decisione sull'accoglimento in terapia intensiva e sulle dimissioni dalla TI stessa debba basarsi sull'appropriatezza e sulla proporzionalità clinica, che includono la valutazione dell'età, della comorbidità, del quadro clinico e della probabilità che l'intervento intensivo risulti efficace. Nel caso del COVID-19, come del resto in altre patologie, il criterio dell'età va preso in considerazione, dato che le probabilità di guarigione diminuiscono drasticamente nell'età avanzata e il recupero è più lento, quindi risulta di maggior durata l'occupazione del posto letto in TI. Tuttavia l'età non dovrebbe essere usata come un criterio

“soglia” tout court. Un altro elemento importante è la comorbidità, in particolare le gravi insufficienze d’organo end-stage, rispetto alle quali già esistono indicazioni formulate dalle società medico-scientifiche <sup>6</sup>. Il CEAS ritiene inoltre che ogni caso dovrebbe essere valutato individualmente, dopo uno studio approfondito della storia clinica del paziente. Nelle decisioni di triage è necessario adottare un comportamento flessibile, considerando la situazione locale e generale, il trend dell’epidemia, la possibilità di trasferire in altra sede il paziente e di ampliare ulteriormente le possibilità di ventilazione, come l’utilizzo di un ventilatore per due pazienti. In conclusione, oltre all’appropriatezza clinica è necessario considerare quella organizzativa e fare scelte ispirate ai criteri di equità e giustizia. Il principio guida deve essere quello che permette di salvare più vite possibile, alla luce dell’impatto che la presente situazione di emergenza sanitaria ha sulla comunità.

Il Comitato condivide il documento SIAARTI quando ricorda di verificare l’eventuale presenza di DAT o pianificazione condivisa delle cure e suggerisce, nei casi più complessi, una “second opinion” da parte di interlocutori di particolare esperienza. Si ribadisce l’importanza della più ampia condivisione della decisione di non-ricovero in TI, sia all’interno dell’equipe, che con il paziente e i familiari. A questo proposito va ricordato che, in base alla legge 219 del 2017, “La comunicazione è tempo di cura”, e che è pertanto di fondamentale importanza dedicare il tempo necessario alla comunicazione – con il paziente, quando possibile, e con i familiari lì dove non sia possibile farlo con il paziente - quando si assumono decisioni come il non-ricovero in TI, che per alcuni pazienti potrebbe rappresentare l’unica chance di sopravvivenza. Occorre tener presente che i familiari di un paziente COVID-19 ricoverato in TI non possono più entrare in rianimazione a visitare il loro congiunto, e questa lontananza può essere straziante. È necessario quindi tenerli costantemente informati delle sue condizioni cliniche e adottare, quando possibile, modalità di comunicazione a distanza tra il paziente e i suoi cari.

Per quei pazienti che vengono seguiti a domicilio vanno garantite le cure più appropriate e personalizzate rispetto alla loro condizione e considerati i mezzi disponibili, al fine di contenere al meglio i sintomi clinici e la sofferenza che la persona e la sua famiglia stanno vivendo.

Nel considerare la comunità della quale prendersi cura, non vanno dimenticate quelle realtà come le RSA e il carcere, dove l’isolamento delle persone e dei pazienti è già in atto e che necessitano di uno sguardo e di interventi molto particolari e dedicati. Anche qui non dovrebbero venire a mancare interventi a supporto dei familiari e degli operatori sanitari impegnati nell’assistenza.

### 3. Raccomandazioni per l’accompagnamento dei pazienti e della comunità di cura

Le decisioni terapeutiche devono essere sempre adeguatamente motivate e documentate. In ogni caso, anche ottemperando la legge n. 219 del 2017, il paziente non deve mai essere abbandonato. Il non-ricovero in terapia intensiva non significa interruzione delle cure, ma l’adozione di strategie diverse, come la ventilazione non invasiva e/o l’attivazione di terapie palliative quando necessario. Il paziente va sempre assistito e curato utilizzando tutte le risorse disponibili per garantirgli cure proporzionate e che permettano di accompagnarlo rispettandone la dignità, anche alla luce della condizione di distacco sociale che in questo periodo costringe distanti pazienti e familiari.

Il Servizio di Psicologia clinica dell’APSS sta già fornendo un supporto psicologico ai clinici, ai pazienti e ai loro familiari nell’affrontare questi momenti difficili. Per gli operatori sanitari, allo

stress dei turni lavorativi prolungati e alla comprensibile paura del contagio si aggiunge il distress morale delle decisioni di triage. Pertanto, quando e dove possibile, sarebbe importante anche garantire un potenziamento di quelle équipes che più sono sollecitate. Per quanto riguarda i pazienti, si può inoltre prendere in considerazione il ricorso a forme di assistenza spirituale e religiosa – se e quando possibile, anche a distanza – a partire dalle e nel rispetto delle convinzioni e della fede del singolo paziente.

Il Comitato etico per le attività sanitarie segnala infine la possibilità per i clinici di richiedere un aiuto e un supporto al Comitato stesso, realizzabili a distanza, rispetto a decisioni e situazioni che abbiano una rilevanza bioetica, qualora i clinici lo ritengano importante e/o necessario<sup>7</sup>.

Trento, 27 marzo 2020

---

<sup>1</sup> Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected  
Interim Guidance 13 March 2020

<sup>2</sup> Wu Z, McGoogan JM: Characteristics of an important Lessons From the Coronavirus Disease2019 (COVID-19) Outbreak in China Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. Jama online February 24, 2020

<sup>3</sup> ISS: Sorveglianza Integrata COVID-19 in Italia, infografica 18\_03-2020

<sup>4</sup> NM Ferguson et al: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. DOI: <https://doi.org/10.25561/77482>

<sup>5</sup> <http://www.siaarti.it/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI.aspx>

<sup>6</sup> [http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/grandi-insufficienze-organo-end-stage-cure-intensive-o-cure-palliative/INSUFFICIENZE\\_CRONICHE\\_END STAGE.pdf](http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/grandi-insufficienze-organo-end-stage-cure-intensive-o-cure-palliative/INSUFFICIENZE_CRONICHE_END STAGE.pdf)

<sup>7</sup> N. Berlinguer, M. Wynia, T. Power, M. Hester et al., *Ethical Framework for Healthcare Institutions Responding to the Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethical Services Responding to COVID-19: Managing Uncertainty, Safeguarding Community, Guiding Practice*, Hastings Center, March 2020