

DOCUMENTO FNOMCeO - SIAARTI

PREMESSA

Il 6 marzo 2020, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) ha pubblicato un documento di raccomandazioni (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 – SIAARTI¹) per supportare i clinici coinvolti nella cura dei pazienti affetti da CoViD-19.

La crescita incontrollabile della domanda di assistenza intensiva ha generato a sua volta una sproporzione fra richiesta di cura e capacità di risposta del sistema in termini di risorse umane, tecnologiche e di posti-letto (PL) disponibili sia nelle Terapie Intensive (TI) sia al di fuori di esse.

L'estrema rilevanza del tema delle scelte terapeutiche in caso di situazioni straordinarie ed eccezionali come quella legata alla pandemia SARS-COV2 a causa delle implicazioni deontologico-professionali ha indotto la FNOMCeO a istituire un gruppo di lavoro con la SIAARTI² con l'obiettivo di avviare congiuntamente una riflessione riportando in modo condiviso il ragionamento entro l'alveo della deontologia medica e a valutare l'opportunità di prevedere eventuali modifiche del Codice di Deontologia Medica.

LA COMMISSIONE PARITETICA

La FNOMCeO rappresentata dal Presidente Filippo Anelli ha dato mandato di avviare una commissione di lavoro paritetica FNOMCeO-SIAARTI in accordo con i vertici societari¹.

Questa risulta così composta:

per la FNOMCeO da: Claudio Buccelli, Gianfranco Iadecola, Marco Ioppi (Componenti CDN), Guido Marinoni Componente Comitato Centrale), Roberto Monaco (Segretario FNOMCeO), Pierantonio Muzzetto (Coordinatore CDN);

per la SIAARTI da: Alberto Giannini (componente Comitato Etico SIAARTI), Giuseppe Gristina (componente Comitato etico SIAARTI), Davide Mazzon (componente Comitato Etico SIAARTI), Luigi Riccioni (Responsabile del Comitato etico SIAARTI), Marco Vergano (Coordinatore Gruppo di Studio di Bioetica SIAARTI).

MANDATO

Avviare una riflessione in senso deontologico sulle posizioni espresse dalla SIAARTI e valutare quegli aspetti che possano portare a una modifica/integrazione del Codice deontologico sul tema delle scelte tragiche in occasione di episodi straordinari ed eccezionali, come nella situazione legata alla pandemia SARS-COV2, attraverso un documento che ne condivida gli aspetti generali che sarà utilizzato dalla Consulta Deontologica Nazionale (CDN) della FNOMCeO da un punto di vista codicistico.

1 Rif. <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>

2 Prima riunione 11 giugno 2020.

PRINCIPI E OBIETTIVI SPECIFICI

Sono trattati di seguito principi (generali, etici e professionali), obiettivi ed aspetti specifici inerenti non solo alla pandemia da SARS-COV-2 ma anche ad ogni altra eventuale maxi-emergenza che possa comportare condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili.

a- Principi generali

La pandemia da SARS-COV-2 ha portato a un costante aumento del numero di pazienti con necessità di un supporto vitale respiratorio prolungato per insufficienza respiratoria acuta da polmonite interstiziale.

Infatti, nonostante le misure adottate per garantire a chiunque un trattamento adeguato (aumento massimale di tutte le risorse intensive e creazione di reti per il trasferimento inter-ospedaliero di pazienti), nelle aree più colpite si è reso necessario procedere a una allocazione delle risorse attraverso criteri di triage basati sul principio etico di giustizia distributiva.

b- Principi etici e professionali

I criteri d'accesso ai trattamenti intensivi e sub-intensivi che si basano prioritariamente su principi di appropriatezza clinica e proporzionalità delle cure verso il singolo paziente, devono rispondere anche ad esigenze di giustizia distributiva e di equa allocazione delle risorse sanitarie disponibili.

L'accesso alle cure, indipendentemente dalle risorse e dalla garanzia dell'appropriatezza clinica, deve fondarsi sul ragionamento che è alla base del giudizio clinico, sulla proporzionalità e sulla adeguatezza delle cure secondo il CD³, in relazione al bilancio fra costi/benefici di ogni pratica clinica, commisurata agli esiti prevedibili di salute.

c- Obiettivi specifici

I comportamenti dell'anestesista-rianimatore, così come di ogni altro medico coinvolto in decisioni cliniche in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, devono essere coerenti con i principi etici e le regole deontologiche della professione medica. Ciò comporta l'individuazione dei parametri clinico-strumentali e dei contesti personali di riferimento per un ponderato giudizio clinico e i suoi conseguenti sviluppi operativi; ogni decisione è formulabile caso per caso, con criteri rispettosi dei diritti e della dignità delle persone.

c.1 Equità e uguaglianza nelle cure

Principi fondamentali di ogni approccio clinico sono l'eguaglianza tra le persone e l'equità di accesso ai trattamenti, con costante attenzione ad evitare che le decisioni e i comportamenti dei clinici possano portare a conflitti insanabili tra posizioni tecnico-professionali, principi etici e regole deontologiche⁴.

c.2 Responsabilità⁵

Il medico assume la responsabilità dell'informazione al paziente che avviene secondo i principi stabiliti dal CD.

3 Rif.CD 2014 artt. 16-18- 20 - 36-39

4 Rif. CD 2014 art. 6

5 Rif. CD 2014 art. 20

d- Aspetti specifici in fase di carenza di risorse

d.1 Aspetti considerati in stato di assoluta necessità emergenziale

Nelle situazioni emergenziali il medico finalizza l'uso ottimale delle risorse alla salvaguardia della sicurezza, dell'efficacia e dell'umanizzazione delle cure evitando ogni discriminazione. Il medico deve altresì espletare ogni azione possibile per ottenere le necessarie risorse aggiuntive soprattutto in relazione ai trattamenti intensivi e sub intensivi. Nel caso in cui lo squilibrio tra necessità e risorse disponibili persista, è data precedenza per l'accesso ai trattamenti intensivi a chi potrà ottenere grazie ad essi un concreto, accettabile e duraturo beneficio. A tale fine **si applicano criteri rigorosi, espliciti, concorrenti e integrati, valutati sempre caso per caso, quali:** la gravità del quadro clinico, le comorbilità, lo stato funzionale pregresso, l'impatto sulla persona dei potenziali effetti collaterali delle cure intensive, la conoscenza di espressioni di volontà precedenti nonché la stessa età biologica, la quale non può mai assumere carattere prevalente.

d.2 Pazienti non eleggibili alla TI

Coloro che non sono trattabili in modo intensivo, ovvero non sono eleggibili ad un trattamento intensivo a causa dell'improbabilità d'ottenere concreti, accettabili e duraturi benefici clinici, sono comunque presi in carico prestando loro le cure appropriate e proporzionate di cui vi sia disponibilità⁶.

d.3 Criteri di selezione di cura e i diritti d'accesso

Il diritto individuale all'eguale accesso alle cure sanitarie deve rimanere il cardine della protezione che lo Stato è tenuto a fornire e che i Medici hanno il dovere di garantire quale principio deontologico indissolubile⁷. Il ricorso selettivo a criteri che valgano a legittimare differenziate modalità di cura è da considerarsi esclusivamente in stato di assoluta necessità (emergenza/urgenza indifferibile in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili).

Il ricorso a tali criteri non può essere inteso come il diniego del principio non negoziabile dell'uguaglianza di valori di ogni essere umano.

Sono garantiti quali criteri di scelta sotto il profilo deontologico e professionale⁸: il rispetto, la tutela della dignità e della salute della persona, la proporzionalità e l'adeguatezza delle cure, l'equità d'accesso, il criterio di beneficiabilità, l'età e/o le altre situazioni di vulnerabilità. Tali criteri di scelta non possono essere utilizzati separatamente.

d.4 La posizione del medico di fronte al consenso, dichiarazioni anticipate di trattamento e pianificazione condivisa delle cure

Il medico esprime la sua posizione di garanzia sostanziale nei confronti del paziente a lui affidato e della società; svolge un'attività al contempo di tutela del paziente e di unico interlocutore di ogni situazione oggettiva⁹, con integrazione delle altre discipline mediche e con la collaborazione degli altri componenti della équipe sanitaria coinvolti nel percorso clinico-assistenziale quando opportuno, facendo prevalere sempre il criterio del miglior interesse del paziente, nel caso in cui questi non sia in grado di esprimere un valido consenso.

⁶ Rif. CD 2014 art. 16 c. 1-c. 3

⁷ Rif. C.I. all'art.32 della Costituzione: "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*". Rif.Art.3 CD, in piena sintonia con art.32 della Costituzione italiana.

⁸ **I parametri non sono fondamentali e scriminativi da usarsi estemporaneamente, ma vanno considerati "in convergente concorrenza"** e in modo che ciascuno, ad esempio per l'età, non sia un principio che possa diventare "norma" assoluta ed esportabile in altro contesto e in differenti situazioni. In particolare, va considerato paritario il principio d'accesso alle cure in cui l'età biologica ed altre eventuali vulnerabilità concorrono alla valutazione degli elementi del giudizio clinico.

⁹ Rif.CD 2014 art. 13 c. 1

d.5 Il concetto di consenso¹⁰

Trattandosi di rapporto diretto fra medico e paziente, l'assunzione del consenso in situazioni d'assoluta necessità per cure estreme ed eccezionali, esprime soprattutto una "scelta condivisa" con il paziente in base alla norma codicistica e legislativa¹¹ in relazione all'autodeterminazione; in caso di paziente incapace di esprimere un consenso, le scelte sono condivise col rappresentante legale o attuate a seguito di Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) o Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)¹². Il coinvolgimento del familiare è nell'ambito di una corretta comunicazione, salvo espressa delega del paziente¹³.

e- Decisione del medico e comunicazione¹⁴

Il medico, per sua funzione, informa compiutamente il paziente o chi lo rappresenta, con l'obiettivo di sviluppare una relazione di fiducia nell'affidamento alla cura, ma non agisce in assenza di consenso e in presenza di dissenso. In stato di necessità, il medico decide avendo in capo a sé la responsabilità della decisione clinica in base alla posizione sostanziale di garanzia finalizzata a tutelare la persona malata e a non determinarne in alcun caso l'abbandono.¹⁵

f- Palliazione

All'impossibilità di erogare un determinato trattamento sanitario in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, non può seguire l'abbandono terapeutico, dovendo il medico sempre provvedere, in considerazione della sua posizione di garanzia, a porre in atto le valutazioni e l'assistenza necessaria affinché l'eventuale progressione della patologia risulti il meno dolorosa possibile e soprattutto sia salvaguardata la dignità della persona, mediante un sostegno idoneo ad alleviarne le sofferenze fisiche, psichiche e spirituali¹⁶.

g- Gli esiti incerti di cura

Anche al fine di una corretta comunicazione dello stato di salute al paziente critico, o ai suoi familiari o rappresentanti legali, è necessario tenere presente che le situazioni di incertezza prognostica sono tutt'altro che infrequenti e possono rendere giustificato l'avvio di trattamenti intensivi per valutarne l'efficacia nel singolo caso, sulla base dei criteri esplicitati nel punto d.1. Ciò non è in alcun caso assimilabile a un "trial sperimentale" pur limitato nel tempo, ma rientra nelle cure ragionevolmente considerate proporzionate e finalizzate al risultato positivo, pur se incerto. Nel caso in cui il trattamento si dimostri inefficace, a fronte di una prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati¹⁷.

10 Rif. CD 2014 art. 35 c. 1-2

11 Rif. CD 2014 artt. 36-37

12 RIF CD 2014 art. 38

13 Rif. CD 2014 artt. 33-34

14 Rif. CD 2014 artt. 33-34-35

15 Rif. CD 214 art. 39

16 Rif. CD 2014: artt. 3-8-13 c.7-16-18-39

17 Rif. CD 2014 art. 16 c.1