



Comitato Etico Regionale delle Marche

c/o Azienda Ospedaliero Universitaria

Ospedali Riuniti

Umberto I° - G.M. Lancisi – G. Salesi

Via Conca, 71 – 60126 Torrette di Ancona

Presidente Prof. Paolo Pelaia

Il Comitato Etico della Regione Marche, riunitosi in via telematica il 30/03/2020 ha ritenuto di dovere approfondire le tematiche già oggetto di un precedente intervento ed ha espresso

Parere

Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali accertate ed ufficialmente dichiarate di squilibrio tra necessità e risorse disponibili nella Regione Marche

Premessa

Il CERM, nella riflessione etica in merito al processo decisionale clinico quando tutte le possibilità di coordinamento regionale ed extraregionale sono risultate insufficienti e, quindi, in condizioni eccezionali accertate ed ufficialmente dichiarate di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, ha tenuto in considerazione i documenti SIAARTI che trattano l'argomento, in modo che le proprie considerazioni siano calate in un contesto clinico condiviso con coloro che si stanno occupando nel territorio regionale del trattamento delle persone affette da COVID-19.

In particolare ci si riferisce al documento:

SIAARTI, 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, Versione 01, 06 MARZO 2020

1 Contesto etico di riferimento

Si ritiene che, dal punto di vista etico, non ci possano essere discriminazioni verso la persona in quanto tale, poiché ogni persona possiede eguale valore.

L'eventuale scelta, quindi, **rimane essenzialmente clinica** e si focalizza sul trattamento della malattia di cui la persona è affetta. La riflessione etica, quindi, si sposta verso il processo decisionale clinico.

2 Il processo decisionale clinico

Si condivide quanto affermato nelle raccomandazioni (SIAARTI, 06 marzo 2020)

Come estensione del principio di proporzionalità delle cure, l'allocazione in un contesto di grave carenza (shortage) delle risorse sanitarie deve puntare a garantire i trattamenti di carattere intensivo ai pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico: si tratta dunque di privilegiare la "maggior speranza di vita";

3 La probabilità di successo terapeutico deve essere considerata il criterio maggiore per il processo decisionale

Si segnala che la *maggior speranza di vita* è relativa alla maggior probabilità di successo e non si riferisce, quindi, **alla maggior quantità di vita futura**, per cui il criterio legato all'età **non può essere considerato un criterio**

maggiore per il processo decisionale clinico, ma dovrà essere collocato assieme agli altri criteri che indirizzano verso un successo terapeutico. Porre un limite di età all'ingresso impedirebbe quel ragionamento clinico che, pur tenendo conto dell'età, determina la probabilità di successo terapeutico creando delle discriminazioni eticamente non accettabili.

4 La soglia di probabilità di successo del trattamento

In condizioni eccezionali accertate ed ufficialmente dichiarate di squilibrio tra necessità e risorse disponibili di tale entità da determinare un enorme squilibrio tra le necessità cliniche reali della popolazione e la disponibilità effettiva di risorse intensive, può essere appropriato, determinare, a seconda delle risorse disponibili la soglia di probabilità di successo, al di sotto della quale non avviare il trattamento.

E' necessario, quindi, disporre di un processo decisionale che determini la probabilità di successo del trattamento intensivo sulla base dello stato clinico del paziente e di criteri legati alla situazione clinica pregressa, nei quali l'età può essere presente in relazione alle evidenze scientifiche correlate.

Come il malato già potenzialmente end stage, prima dell'ingresso in terapia intensiva, può eticamente non essere avviato al trattamento in quanto sproporzionato, mentre si inizia a valutare l'opzione di un trattamento palliativo anziché intensivo *così lo stato clinico attuale del paziente, al di là dell'età anagrafica, deve indirizzare il clinico verso la decisione di avviare o no un trattamento terapeutico intensivo.*

Il solo elemento di riferimento è costituito dalla probabilità di sopravvivenza in relazione alla gravità della patologia, valutazione nella quale possono confluire altri parametri quali l'età, le comorbidità e quanto possa portare a definire una prognosi peggiore

Si deve quindi trattare di una valutazione prettamente clinica e l'unico elemento che può essere definito, anche a livello generale, riguarda il criterio prognostico che potrebbe essere raggiunto con uno o più score scientificamente validati.

È auspicabile che i principi e le linee di indirizzo per stabilire i suddetti criteri siano definiti dal livello istituzionale nazionale e basati su solide evidenze scientifiche.

5 Condivisione e flessibilità regionale della soglia di probabilità di successo terapeutico per avviare il trattamento

In condizioni eccezionali accertate ed ufficialmente dichiarate di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, di tale entità da determinare un enorme squilibrio tra le necessità cliniche reali della popolazione e la disponibilità effettiva di risorse intensive, si raccomanda di condividere a livello istituzionale regionale quanto più possibile i criteri per determinare la soglia di probabilità di successo terapeutico, stabilendo eventualmente scenari che possano indirizzare le scelte sulla scorta dei documenti (*SIAARTI, Sezione 1 e 2, 14 marzo 2020*).

I criteri clinici possono modificarsi a seconda del contesto e delle risorse disponibili.

6 La cura della persona

Il ragionamento clinico che indirizza verso il trattamento, determinando il livello di probabilità del successo terapeutico del soggetto, calato nell'ambito delle risorse locali, al fine di raggiungere un trattamento sostenibile in situazioni eccezionali, dovrà far parte di un approccio centrato sulla persona e sui familiari, considerando con attenzione non solo l'eventuale presenza di volontà precedentemente espresse dai pazienti attraverso eventuali DAT (disposizioni anticipate di trattamento) e quanto definito (e insieme ai curanti) da parte delle persone che stanno già attraversando il tempo della malattia cronica attraverso una pianificazione condivisa delle cure (*SIAARTI, 06 marzo 2020, raccomandazione 5*), in modo da instaurare una profonda relazione di cura.

Il Presidente del CERM
Prof. Paolo Pelàia

