

# STUDIO LEGALE CIRESE

Via C. Fracassini, 4 - 00196 Roma

tel +39 063235710

e-mail: [info@studiocirese.com](mailto:info@studiocirese.com) – pec: [studiocirese@epec.it](mailto:studiocirese@epec.it)

C.F. CRS VNA 55B43 G482C - P.I. 05791870586

**Avv. Vania Cirese**

*Patrocinante in Cassazione*

*Esperto AGENAS*

*Esperta in Responsabilità Sanitaria*

Al Ministro della Salute On. Roberto Speranza

[segreteriaministro@sanita.it](mailto:segreteriaministro@sanita.it)

[gab@postacert.sanita.it](mailto:gab@postacert.sanita.it)

Capo di Gabinetto Pres. Goffredo Zaccardi

[segr.capogabinetto@sanita.it](mailto:segr.capogabinetto@sanita.it)

al Presidente FNOMCeO Dott. Filippo Anelli  
e p. c. ai membri del Comitato centrale FNOMCeO

[presidenza@fnomceo.it](mailto:presidenza@fnomceo.it)

[segreteria@pec.fnomceo.it](mailto:segreteria@pec.fnomceo.it)

al Presidente Siaarti Prof.ssa Flavia Petrini

[flavia.petrini@unich.it](mailto:flavia.petrini@unich.it)

al Presidente della SIMLA Prof. Riccardo Zoja

[riccardo.zoja@unimi.it](mailto:riccardo.zoja@unimi.it)

ai Coordinatori del Gruppo di Lavoro su  
“Decisioni per le cure Intensive in caso  
sproporzione tra necessità assistenziali  
e risorse disponibili in corso di pandemia  
da COVID-19”

Prof.ssa Francesca Ingravallo

[francesca.ingravallo@unibo.it](mailto:francesca.ingravallo@unibo.it)

Prof. Luigi Riccioni

[luigiriccioni@yahoo.it](mailto:luigiriccioni@yahoo.it)

al Presidente ISS Prof. Silvio Brusaferrò

[presidenza@iss.it](mailto:presidenza@iss.it)

[bioetica@pec.iss.it](mailto:bioetica@pec.iss.it)

al Presidente della Conferenza Stato Regioni

Stefano Bonaccini

[segreteriapresidente@regione.emilia-romagna.it](mailto:segreteriapresidente@regione.emilia-romagna.it)

[segreteriapresidente@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:segreteriapresidente@postacert.regione.emilia-romagna.it)

## **Oggetto: Piano pandemico 2021/2023**

### **Triage di emergenza e selezione di pazienti**

## **ATTO DI INVITO E DIFFIDA**

In nome e per conto di Feder.S.P.eV. in persona del legale rappresentante Prof. Michele Poerio, che ratifica e sottoscrive il presente atto si rappresenta alle SV. Ill.me quanto segue.

### **Premesso che**

La SIAARTI (Soc. Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva) che non rappresenta tutti gli anestesisti e tanto meno tutti i medici intensivisti il 6.3.2020, ha formulato una serie di raccomandazioni scritte, con lo scopo di supportare i medici (non solo quelli iscritti alla SIAARTI) nelle decisioni relative alla cura dei pazienti con COVID-19. In questo documento si arrivava ad ipotizzare che, nell'eventuale carenza di risorse da dedicare alle cure, si possa arrivare ad una selezione dei pazienti, sulla base di una valutazione costi/benefici, di fatto considerando i pazienti over 80 anni e con pluripatologia come persone da affidare solo alla "terapia palliativa". Una proposta contraria sia all'etica medica che alla sostanza e allo spirito della Costituzione. Il 9.7.2020 l'ISS ha invitato i Presidenti della SIAARTI e della SIMLA a redigere una bozza finale di documento.

L'11.11.2020 è stata proposta una consultazione pubblica CNEC-ISS dalla quale la Feder.S.P.eV., che aveva richiesto di partecipare, è stata inopinatamente esclusa.

Venuta a conoscenza di questi lavori e bozze, la FEDERSPeV nazionale ufficializzava il proprio dissenso contro il documento stesso.

Nel maggio 2020 veniva istituita una Commissione mista FNOMCeO e SIAARTI al fine di ottimizzare il documento stesso, peraltro mantenendone la sostanza: la selezione dei pazienti da trattare, in presenza di emergenze critiche del SSN, come quelle pandemiche (tipo COVID-19) sul piano strutturale (organizzativo, strumentale, medico-infermieristico).

Un testo che, a nostro avviso, contrasta con il codice deontologico e con i principi costituzionali.

La spiegazione fornita dalla SIAARTI e dalla FNOMCeO alla bozza in questione è stata che, da sempre, il paziente che arriva in pronto soccorso o in una rianimazione, viene classificato con un codice di gravità (score APACHE, colori vari, Indici di Charlson e Elixhauser...). Tuttavia una cosa è identificare la gravità del paziente e assegnare una priorità, altra cosa è utilizzare un sistema di questo tipo per arrivare a negare a qualcuno le cure necessarie, anche in tempi di COVID-19.

Il predetto documento è stato valutato (a nostra conoscenza, senza grosse riserve) da parte della Consulta Deontologica Nazionale (CDN) della FNOMCeO.

Non appena il testo del documento è arrivato a conoscenza della FEDERSPeV, la stessa si è attivata per cercare di impedirne l'adozione, con richieste formali indirizzate alla FNOMCeO e al Ministero della Salute, alla Commissione Nazionale di Bioetica che, peraltro, tramite il Presidente Prof. Lorenzo d'Avack, ha espresso parere contrario a questa iniziativa.

Il contenuto delle proposte avanzate ha destato e desta grande perplessità e preoccupazione in ordine alle possibili gravi conseguenze legate a questi "indirizzi" sul modo di affrontare clinicamente situazioni sanitarie quali quelle pandemiche, in carenza di risorse.

Il documento, nella sostanza (ammantato da una serie di fumosità) propone dunque una vera e propria e arbitraria SELEZIONE dei PAZIENTI, spesso senza alcun consenso del paziente interessato (in coma, precoma o comunque in situazione critica e senza supporto familiare o legale) né alcuna informativa ai familiari (esclusi dall'accesso all'ospedale e dalla visita del paziente stesso).

Secondo il documento i medici dovrebbero arbitrariamente decidere chi trattare o no.

Esaminiamo i punti essenziali del documento.

Al punto **d** si legge: ..." *..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)...* e si ribadisce al punto **g** che ci si deve astenere dall'accanimento terapeutico.

Ai punti **c** e **d**, si afferma che “ogni decisione è formulabile caso per caso nel rispetto della dignità delle persone”.

Al punto **d** si ribadisce che "... nelle situazioni emergenziali il medico finalizza l'uso ottimale delle risorse...evitando ogni discriminazione..." salvo poi aggiungere 3 righe dopo che " *...in caso di persistente squilibrio tra necessità e risorse... è data la precedenza per l'accesso ai trattamenti intensivi a chi potrà da essi ottenere un concreto, accettabile e duraturo beneficio! A tal fine si applicano criteri rigorosi, espliciti, concorrenti e integrati, valutati caso per caso quali: gravità clinica, comorbilità, stato funzionale pregresso, potenziali effetti collaterali, espressioni precedenti di volontà personale, età biologica...*".

Ancora una volta ribadiamo che una cosa è classificare un paziente sulla base di parametri oggettivi e altra cosa è utilizzare questa classificazione per negare a un paziente un trattamento efficace e serio, indirizzandolo invece su una terapia palliativa.

Il legislatore, in venti anni, non è stato in grado di varare una legge sul “fine vita” (nonostante le indicazioni della Consulta) e oggi, questo documento, vorrebbe invece assegnare al medico di turno (magari in piena notte dopo una giornata di lavoro massacrante!) la decisione relativa a chi trattare, giustificandola sulla presenza di “carenze strutturali” e di “costi eccessivi per il SSN”?

Purtroppo la cosa ha avuto un seguito. Nella BOZZA sul NUOVO PIANO PANDEMICO 2021-2023 (140 facciate) redatta dal Ministero della Salute e resa nota (in modo informale,) nelle ultime settimane, compare – da pag.24 in poi -- una analoga proposta di selezione di pazienti:

*"quando la scarsità rende le risorse insufficienti rispetto alla necessità allora i principi di etica possono consentire di allocare risorse scarse in modo da fornire i trattamenti necessari preferibilmente a quei pazienti che hanno maggiori probabilità di trarne benefici".*

Mentre si afferma che *"un quadro di etica è tra le fondamenta delle politiche di sanità pubblica: i principi di etica sono alla base della visione e della pianificazione"* e che tale quadro deve essere caratterizzato da *"equità, trasparenza e coerenza"*, si afferma che si devono stabilire anche priorità e le responsabilità.

Si asserisce infatti che *"una pianificazione eticamente e clinicamente corretta deve mirare a garantire risorse e protezioni giuste ed eque con particolare attenzione ai*

*gruppi vulnerabili* “ ma si smentisce l'assunto con vari "tuttavia" che costituiscono gravi deviazioni dai principi che sono richiamati. Infatti si afferma che, durante le situazioni di crisi, i valori etici fondamentali consentono alcune azioni che non sarebbero accettabili in circostanze ordinarie e che occorre un bilanciamento tra costi e benefici possibili perchè in condizioni di crisi sarebbero giustificate (arbitrarie) limitazioni alle cure .

In altre parole si afferma che lo squilibrio tra necessità e risorse disponibili *"può rendere necessario adottare criteri per il triage nell'accesso alle terapie"*, confondendo volutamente- come già scritto da NOI - la doverosa classificazione relativa alla gravità del paziente con la decisione "soggettiva" su chi trattare o no.

Insomma, mentre si afferma che i sanitari anche durante la crisi devono fornire le cure migliori e appropriate, di nuovo un "tuttavia" mette in discussione questo principio inderogabile affermando che quando le risorse sono insufficienti rispetto alle necessità allora i principi di etica non valgono più e si possono allocare queste scarse risorse in modo arbitrario , fornendo trattamenti in modo preferenziale solamente ai pazienti che hanno maggiori probabilità di trarne beneficio.

Invero in medicina non si può mai essere certi che un paziente risponda peggio o meglio di un altro alle cure....

A causa di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, il Piano pandemico vorrebbe legittimare un triage di accesso alle terapie allocando le risorse perché scarse ai soli pazienti che possono avere maggiori probabilità di successo per la loro salute pretendendo un bilanciamento tra i valori ma in realtà introducendo un'inaccettabile ed arbitraria eugenetica non consentita né dal nostro ordinamento né dalle Convenzioni Internazionali ed UE. In altre parole si stabilisce che è possibile decidere di selezionare i pazienti in ragione di una previsione arbitraria di risposta al trattamento.

Invano si afferma che tutti i cittadini hanno la stessa pretesa di ricevere assistenza sanitaria di cui sono bisognosi perché questo diritto lo si alloca solo in condizioni normali mentre durante l'emergenza, per l' impatto dell'evento pandemico che può superare la capacità di risposta dei servizi sanitari, si legittima la possibilità di fornire ai cittadini un'assistenza selezionata che invece verrebbe erogata a tutti in condizioni

ordinarie. Non vi è nessuna norma che legittimi un trattamento differenziato, arbitrario e discriminante in situazioni "non ordinarie".

Inutilmente si fa richiamo ai dettati costituzionali, all'art. 2 ai diritti inviolabili dell'uomo come singolo e nelle formazioni sociali, all'art. 3, principio di uguaglianza formale e sostanziale, al catalogo dei diritti fondamentali riconosciuti all'art. 32 Cost., ai doveri del codice di deontologia medica ma poi si prevede invece di poter selezionare i pazienti da curare in spregio a tutti i citati dettami.

La logica che ispira le proposte inserite nella bozza del Piano pandemico 2021/2023 è quella di negare l'accesso alle cure in violazione del principio costituzionale dell'uguaglianza dei cittadini, selezionando chi curare e a chi riservare unicamente i trattamenti palliativi accompagnandolo alla morte.

Il criterio di selezione risponde da una parte a logiche economiche di equa distribuzione delle risorse disponibili e dall'altra a logiche utilitaristiche (bilancio tra costi benefici di ogni pratica clinica commisurata agli esiti prevedibili).

In altre parole, poiché sono scarse le risorse sanitarie non saranno erogate a tutti i pazienti le cure bensì ad alcuni soltanto. Ci saranno pazienti esclusi e non curati per un "giudizio clinico" (aprioristico ed arbitrario) di prognosi sfavorevole per cui riceveranno solo trattamenti compassionevoli (palliativi) per accompagnarli al decesso, in questo caso sicuro, poiché non si tenta nemmeno di scongiurarlo con cure che potrebbero invece essere efficaci e risolutive. Stupisce l'arbitrarietà di tale sentenza di condanna a morte a priori senza alcun tentativo salvifico del paziente. Non si comprende poi quale sarebbe la legittimazione - e in capo a chi - a decretare l'ineluttabilità, sempre a priori, di un decorso sfavorevole e perciò non degno di alcun impegno professionale dei sanitari a scongiurarne gli effetti nefasti.

La differenziazione di modalità di trattamenti (cure con possibilità di guarigione o unicamente palliative di accompagnamento alla morte) viene giustificata nell'emergenza/urgenza COVID-19 a causa dello squilibrio tra necessità (di cure) e risorse disponibili, caso per caso nel rispetto della dignità della persona (dei malcapitati destinati a morire) dando la precedenza ai pazienti che potrebbero ottenere un concreto e

duraturo beneficio. Va rilevato immediatamente che detta prassi ben si potrebbe prestare a evidenti abusi anche a rilevanza penale (corruzione, truffa ecc.) per la possibilità di facili dazioni di denaro o altra utilità, elargite al medico che negli ospedali riveste la qualifica di pubblico ufficiale, affinché curi quel paziente piuttosto che l'altro...

Non può sfuggire inoltre la gravità sotto il profilo etico-deontologico di un tale orientamento, l'arbitrarietà di decisioni di selezioni di pazienti da curare o da abbandonare, l'aleatorietà e pericolosa soggettività e autoreferenzialità di "giudizi clinici" da parte dei medici preposti a decidere quali pazienti tentare di salvare e quali abbandonare, a priori, senza il benché minimo impegno a scongiurare l'esito letale di alcuni. La risposta soggettiva del paziente e l'interazione nelle cure appare un dato del tutto negletto in favore di una supponenza aprioristica di poter già prevedere da parte del medico che non ci sarà né miglioramento né guarigione per quel determinato paziente. Invero nessun paziente bisognoso sarà in grado di salvarsi senza cure e negargliele in partenza ben potrebbe integrare estremi di reato: omissione di atti d'ufficio, omissione di soccorso, omicidio volontario. La selezione avanzata nel documento ufficiale FNOMCeo-SIAARTI-SIMLA è stata ripresa dalla precedente bozza di revisione del Piano Sanitario Nazionale.

Un'ulteriore bozza ufficiosa, fatta circolare succesivamente, apparentemente alleggerisce il testo del precedente comma 24, ma non ne modifica la sostanza, consentendo di fatto una selezione attiva dei pazienti da curare, utilizzando in modo distorto una quantificazione della gravità del rischio clinico (metodologia usuale in PS e in emergenza) per decidere di non trattare i pazienti più anziani o più gravi, perché avrebbero scarse chances di un esito positivo.

Val la pena poi ricordare che:

-Il Piano Pandemico nazionale non è stato aggiornato dal 2006, nonostante le indicazioni dell'OMS e del Regolamento sanitario internazionale del 2007 (Articoli 5-13 e Annesso 1);

-Prima che il nuovo piano pandemico nazionale sia pienamente attivo, passeranno dei mesi, perché dovrà essere completato dai piani regionali e comunali, di attuazione, con successiva check list a tutti i livelli.

E' evidente che, nel frattempo, alcuni medici potrebbero attuare la citata selezione, basandosi proprio sui documenti originali sopra citati.

## **Considerato**

che:

il nostro ordinamento giuridico tutela il diritto alla vita e non alla morte. Dottrina e giurisprudenza si sono più volte espresse nel senso del divieto di ogni forma di condotta

eugenetica. Inoltre il reato di eutanasia è tuttora vigente e non è stato abrogato. E se si parla di diritto alle cure o anche diritto a rifiutare le cure, ciò implica sempre la volontà e l'autodeterminazione del paziente che in questo caso sarebbero invece sostanzialmente negate da parte dei sanitari che scelgono arbitrariamente e unilateralmente non rispettando alcuna indicazione del paziente, che non è nemmeno informato o non lo sarebbe in modo sostanziale.

L'art. 32 Costituzione prevede il diritto alla salute quale diritto fondamentale, strutturalmente legato al principio dell'uguaglianza sostanziale. Si tratta di un diritto inalienabile del cittadino e interesse della collettività, esteso a tutti senza discriminazioni o selezioni arbitrarie e illegittime, tanto che si garantiscono cure gratuite agli indigenti proprio perché nessuno resti deprivato dei trattamenti sanitari e dell'accesso alle cure.

Il diritto alle cure a tutti gli individui è valore universale che lo Stato deve assicurare e ciò sottende necessariamente all'istituzione del nostro SSN esteso a tutti i cittadini a prescindere dal loro status giuridico, economico, sociale, di maggiore o minore gravità di malattia. Non sono ammesse disparità di erogazione delle cure, né deroghe.

Il SSN è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizione di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie in attuazione del citato art. 32 Cost.

Il SSN dalla sua istituzione (legge 833/78) si basa sui principi di universalità, uguaglianza ed equità. Universalità significa estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione. Ciò significa promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione con un'organizzazione capillare sul territorio nazionale e senza nessuna selezione basata su sesso, etnia, età, malattie pre-esistenti e in atto, risorse del sistema stesso.

Se così invece fosse, non si spiegherebbero i costi e le cure sui pazienti trapiantati, dializzati, vaccinati (anche se in tarda età) né l'esistenza di Unità di cure ospedaliere dedicate ai malati oncologici, anche terminali, e/o ai pazienti in coma persistente da oltre 6 mesi.

Secondo il principio di uguaglianza, i cittadini devono accedere alle prestazioni del SSN senza nessuna distinzione di condizioni individuali. Secondo il principio di equità a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute. Non sono ammesse disuguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie.

Va garantita a tutti qualità, efficienza, appropriatezza, trasparenza del servizio e delle prestazioni. I ricordati principi fondamentali del SSN vengono affiancati da principi organizzativi che fanno sì che il SSN rispetti la “*centralità della persona*”, garantendo i diritti esercitabili da parte dei singoli cittadini che rappresentano dei doveri per tutti gli operatori sanitari del SSN.

Tra questi diritti spicca il diritto del paziente (ciascun paziente) a essere preso in carico dal medico o dall'equipe sanitaria durante il percorso terapeutico e per tale non s'intende certo il mero accompagnamento alla morte bensì l'impegno professionale con la massima diligenza, prudenza e perizia per ripristinare il benessere psico-fisico del paziente e per garantire la sua guarigione anche se ciò è un'obbligazione di mezzi e non di risultato, tuttavia è un'obbligazione da assolvere.

### **Considerato**

che:

la Costituzione italiana riconosce il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo ex art. 32, ivi incluse le prestazioni sanitarie e la libertà di cura. Nella libertà rientra il diritto anche di rifiutare le cure ma certamente non di vedersene negate arbitrariamente.

Sotto il profilo giuridico è compito della Repubblica creare le condizioni affinché le persone possano esercitare il diritto a ottenere la tutela della propria salute e l'accesso all'assistenza sanitaria generale e specialistica, diritto qualificato come fondamentale. E questo deve realizzare un serio Piano pandemico.

La Corte Costituzionale ha affermato più volte la necessità di effettuare un bilanciamento tra valori costituzionali, in altre parole il diritto ai trattamenti sanitari necessari alla tutela

della salute è garantito ad ogni persona come diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti (sentenza 509/2000). Tuttavia è stato sempre precisato che non è ammissibile che l'esito del bilanciamento sia un pregiudizio delle prerogative fondamentali derivanti dal diritto di cui siamo titolari. Il nucleo essenziale del diritto alla salute - che comprende anche l'accesso alle cure - deve essere sempre rispettato, pena la violazione del dettato costituzionale e l'illegittimità di norme che si pongano in contrasto con esso. Le sentenze della Corte (309/99; 252/2001; 354/2008) segnano chiaramente che le esigenze della finanza pubblica non possono assumere nel bilanciamento del legislatore un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana.

La tutela del diritto universale alla salute e di pari accesso alle cure e l'inderogabilità di questi principi è anche assicurata a livello internazionale, dalla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, dalla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, dal Patto Internazionale sui Diritti economici sociali e culturali.

Non vi è dubbio che il contenuto nella BOZZA del Piano pandemico 2021/2023 nella parte in cui dispone e legittima la selezione di pazienti, violi diritti fondamentali, garantiti dalla Costituzione, violi principi e leggi del nostro ordinamento giuridico e anche norme internazionali.

### **Atteso**

che:

le proposte contenute nella bozza del Piano pandemico 2021/2023 si pongono in contrasto con il principio dell'autodeterminazione del paziente, della libertà e del suo consenso previa informazione. L'applicazione di simili prassi può essere censurabile anche sotto il profilo penale potendo dette condotte integrare estremi di reato (omicidio, eutanasia, abuso di atti d'ufficio, omissione di soccorso, rifiuto di atti di ufficio) da parte dei medici che rivestono anche la qualifica pubblicistica.

**Per tutto quanto fin qui esposto formalmente si**

**invita e diffida**

le SV. Ill.me a voler procedere senza ritardo ad **astenersi dall'inserire nel Piano pandemico 2021/2023 e/o ogni altro atto o decreto da qualsiasi riferimento a possibili selezioni di pazienti nell'erogazione di cure e trattamenti in tempo di pandemia o tempi non ordinari**, garantendo, anche nell'emergenza e in ogni tempo, a tutti i pazienti, il diritto di accesso alle cure e ai trattamenti sanitari urgenti e di elezione, non essendo ammissibile alcuna arbitraria selezione di pazienti da curare e rendendosi necessario invece predisporre misure adeguate per rafforzare il SSN con utili e inderogabili investimenti su presidi/attrezzature, adeguamento degli organici rapportato agli standards UE, ossia garantendo al SSN un finanziamento correttamente rapportato al PIL, contrariamente a quanto avvenuto dal governo Monti in poi.

Roma, 25 Gennaio 2021

Prof. Michele Poerio

Avv. Vania Cirese