



F E D E R . S . P . e V .
FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE

Prot. 12947

Roma, 15/12/2020

Ai Presidenti degli
Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

Oggetto: Scelte terapeutiche in tempi di Covid-19

Carissimi Presidenti,
ritengo necessario mettervi al corrente della posizione mia personale e di tutta la Federazione che rappresento, in merito al documento congiunto FNOMCeO - SIAARTI e SIMLA - SIAARTI, relativo ai criteri che "dovrebbero" supportare il medico anestesista rianimatore di fronte a "scelte tragiche", in presenza di risorse (tecniche e di personale) carenti/insufficienti.

Cordiali saluti

Prof. Michele Poerio

Allegati:

1. Lettera inviata al Presidente FNOMCeO, ai membri del Comitato Centrale FNOMCeO e alla Presidente SIAARTI
2. Risposta del Presidente FNOMCeO
3. Dichiarazione del Presidente dei Medici Cattolici Italiani, Prof Filippo Boscia
4. Parere dell' Avv. Vania Cirese
5. Risposta al Presidente FNOMCeO
6. Lettera inviata ai Coordinatori del Gruppo di Lavoro su "Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia da COVID-19", Prof.ssa Ingravallo e Prof Riccioni
7. Comunicazione inviata al Prof Brusaferrò, Presidente ISS
8. Risposta del Prof Rocco Giuliani, già Segretario Nazionale della SIAARTI
9. Risposta del Prof Lorenzo d'Avack, Presidente del Comitato Nazionale di Bioetica

ALL. 1



FEDER.S.P.E.V.
FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE

Il Presidente Nazionale

00192 Roma - Via Ezio 24 - Tel.: 063221087 - fax: 063224383
Sito Internet: www.federspev.it - e mail: federspev@tiscali.it

al Presidente FNOMCeO Dott. Filippo Anelli
e p.c. ai membri del Comitato centrale FNOMCeO
al Presidente Siaarti Prof.ssa Flavia Petrini
ai Presidenti provinciali e regionali Federspev

loro sedi

Prot. 12918

Oggetto: Scelte terapeutiche in tempi di COVID-19

Caro Presidente Anelli, cari tutti,
in qualità di Presidente Nazionale FEDER.S.P.eV. e di medico ospedaliero che ha tante volte preso decisioni cliniche difficili durante i decenni passati in ospedale, non posso fare a meno di inviarVi questa lettera aperta.

Ho letto con attenzione il documento in oggetto e debbo amaramente dire che non lo condivido personalmente ma, soprattutto, non lo condividono i miei iscritti medici, farmacisti e veterinari pensionati e loro superstiti.

L'emergenza Covid ha sequestrato in casa i "vecchietti" in primavera e tornerà a farlo nei prossimi giorni.

La popolazione italiana è per quasi un terzo costituita da over 65enni e da soggetti con pluripatologie (DM2, ipertensione, cardiopatie, obesità, aterosclerosi, riduzione della funzione renale, malattie oncologiche, etc.) anziani che, peraltro, qualche pseudo tecnico e qualche pseudo politico depensante vorrebbero ghetizzare completamente ignorando che ancora non esistono gli arresti domiciliari per "vecchiaia".

Almeno il 50% degli italiani ha qualche problema più o meno grave di salute e la FNOMCeO e la Siaarti cosa fanno? Decidono di costituire una commissione e di

stilare un documento (con quale valore legale?) che, dopo una serie di affermazioni ovvie (che paiono tutelare i malati) nella sostanza avalla la “selezione dei pazienti da curare” in presenza di risorse (tecniche e di personale) carenti/insufficienti.

Mi limito a ricordarvi i punti b) e d) dello stesso documento.

In sintesi:

punto b) “ ...i criteri di accesso al trattamento intensivi e sub intensivi ...devono rispondere anche a esigenze di giustizia distributiva e di equa collocazione delle risorse sanitarie disponibili... L'accesso alle cure deve fondarsi su un giudizio clinico...che tenga anche conto del bilancio costi/benefici di ogni pratica clinica commisurata agli esiti prevedibili di salute...”;

punto d) “ ... è data la precedenza per l'accesso ai trattamenti intensivi a chi potrà ottenere da essi un concreto, duraturo, accettabile (!) beneficio. A tal fine si applicano criteri rigorosi... ”. E' già qualcosa di più rispetto al 1° documento Siaarti dello scorso marzo in cui la scriminante era rappresentata dall'età!!!

Ma Vi chiedo: che garanzie ci sono in medicina di un successo terapeutico duraturo e che significa accettabile?

Ancora a chi spetterà la decisione paziente per paziente? Al comitato etico di ASL, al Primario, al singolo medico?

Siamo sicuri che al di là degli iscritti alla Siaarti, infettivologi, pneumologi e clinici vari, siano disposti ad accettare queste regolette?

Noi della FEDER.S.P.eV. ci auguriamo di no e non vorremmo che a noi, ai nostri parenti e agli italiani “vecchietti e/o con pluripatologie” venissero applicate queste regole.

Cure palliative? Selezione naturale? Eugenetica mascherata? Medicina difensiva mascherata?

Mi chiedo e Vi chiedo se tutto ciò sia deontologicamente corretto e se, scelte basate su siffatti criteri (carenza di risorse e caratteristiche del paziente) non pongano seri problemi etici, morali e penali.

Vi rammento che fin dal CCNL 2002/2005 gli ospedalieri denunciavano la futura carenza di medici e personale sanitario e che FEDER.S.P.eV., CONFEDIR, CIMO ed altri sindacati denunciavano i pesanti tagli alla sanità avvenuti negli ultimi anni (- 35 mld). Si da il caso però che i 37 mld circa del Mes che non si vogliono utilizzare potrebbero sanare tutti i problemi che affliggono la sanità compresi quelli individuati nel documento!!!

E che ne è stato di tutti gli altri malati non Covid trascurati da febbraio ad oggi (e domani) e morti o peggiorati perché non trattati in modo adeguato alla patologia principale in atto?

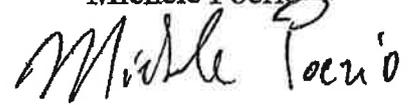
Una virosi nuova? Già, ma chi ha smantellato la struttura nazionale dedicata alla profilassi e cura delle virosi?

Noi FEDER.S.P.eV., noi vecchi medici non condividiamo questo documento e fin da ora invitiamo i colleghi attivi ed i pensionati richiamati in servizio a non rispettarlo, salvo le inevitabili implicazioni giudiziarie.

E a tal proposito aggiungo che, qualora si verificasse l'ipotesi prevista dal documento se non per scelta libera del paziente o di chi lo rappresenta, molti colleghi non esiterebbero a rivolgersi alla magistratura.

Cordiali saluti ed in attesa di un gradito riscontro.

Michele Poerio

A handwritten signature in black ink that reads "Michele Poerio". The signature is written in a cursive style with a large, stylized initial "M".

Roma, 3 novembre 2020

LL. 2



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Il Presidente

AL PRESIDENTE FEDERSPEV

dr. Michele POERIO

email: federspev@tiscali.it

Egregio Presidente Poerio,

riscontro la Tua nota relativa al documento condiviso tra FNOMCeO e SIAARTI in tema di cosiddette "scelte tragiche" che sembra necessiti di un chiarimento che Ti invito a condividere con la Tua Federazione.

Lo scorso 6 marzo 2020, nel momento di maggiore pressione della assistenza sanitaria del nostro Paese a causa dell'epidemia COVID 19 la SIAARTI rese pubbliche le "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", frutto di un approfondimento interno alla loro associazione determinato dalla crescita incontrollabile, a causa della epidemia COVID 19 in atto, della domanda di assistenza intensiva che stava generando una sproporzione tra la richiesta di cura e capacità della risposta del Sistema Sanitario.

Il documento SIAARTI al punto 3 nel caso di gravi carenze delle risorse sanitarie raccomandava ai medici anestesisti e rianimatori che "può rendersi necessario porre un limite d'età all'ingresso in Terapia Intensiva".

Ed è questa posizione assunta dalla SIAARTI che fu subito da me personalmente sottolineata (vedi dichiarazioni su Quotidiano sanità dello scorso 8 marzo c.a.) come non accettabile. Nessun medico deve essere costretto a una scelta così dolorosa. La nostra guida, prima di qualunque documento che subordini l'etica a principi di razionamento resta il Codice di Deontologia medica. Il Codice parla chiaro: per noi medici tutti i pazienti sono uguali e vanno curati senza discriminazioni. Il medico pur avendo tutte le competenze per dare pareri suggeriti da criteri di appropriatezza non deve essere costretto a ergersi a giudice; l'unico metro di giudizio restano i principi della Costituzione, del Codice di Deontologia medica e del Servizio Sanitario nazionale. L'applicazione di criteri di razionamento resta l'ultima *ratio* e richiede una discussione bioetica collegiale interna alla Professione e che pervada l'intera società. Questo per quanto mi riguarda personalmente nella mia funzione di Presidente FNOMCeO.

Il Comitato Centrale della FNOMCeO, preso atto di quanto espresso da SIAARTI, vista l'estrema rilevanza del tema delle scelte terapeutiche, in caso di situazioni straordinarie ed eccezionali, come quelle legata al COVID 19, a causa delle implicazioni deontologico-professionali, ritenne necessario istituire, in data 22/5/2020, un tavolo di lavoro FNOMCeO-SIAARTI con l'obiettivo di avviare congiuntamente una riflessione per condividere un documento in tema di "scelte tragiche" in medicina in era COVID 19, coerente con il Codice Di Deontologia medica e con la nostra Carta Costituzionale.

Il Tavolo di lavoro costituito ha lavorato con spirito di colleganza e rispetto della impostazione etico-deontologica della Professione laddove non sono mancate interlocuzioni non semplici né tantomeno affermazioni ragionate e rese coerenti con l'impianto ordinamentale e professionale vigente.

Il documento congiunto, in tal senso elaborato dalla FNOMCeO e dalla SIAARTI, stabilisce dei criteri, conformi ai principi etici e a quelli professionali, che possano supportare il medico, qualora si trovi di fronte a "scelte tragiche", dovute allo squilibrio tra necessità e risorse disponibili e che possano comunque dare al paziente la certezza che non sarà abbandonato, ma sarà preso in carico con gli strumenti possibili, appropriati e proporzionati.

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia, 1 - 00196 Roma - Tel. 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 - e-mail: presidenza@fnomceo.it - C.F. 02340010582



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Il Presidente

Nel documento, dopo essere stati ribaditi i principi fondamentali dell'uguaglianza tra le persone e dell'equità dell'accesso alle cure, oltre che della coerenza di ogni decisione con i principi etici e le regole deontologiche della Professione medica, vengono analizzati gli aspetti specifici in caso di carenza di risorse che per noi non devono mai determinarsi e rappresentare il fallimento della programmazione sanitaria.

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, applicando 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.

Si afferma che 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 indissolubile. Mai dovrà esserci l'abbandono della terapia che comunque deve essere sempre praticata. Una posizione condivisa anche con il Comitato Nazionale per la Bioetica che come la FNOMCeO non aveva condiviso il primo documento SIAARTI.

Alla luce di quanto esposto, mi risulta difficile comprendere i contenuti della Tua nota e di quelle simili pervenutemi da altri referenti FEDERSPEV, ferma restando la disponibilità ad accogliere suggerimenti e proposte nel merito.

Non posso non sottolineare, comunque, l'impegno che la FNOMCeO, unica e sola, ha posto per eliminare il principio dell'età che gli anestesisti e rianimatori avevano adottato come criterio per l'accesso alla terapia intensiva nella prima fase della pandemia.

Respingo fermamente alcuna impostazione concettuale di "selezione dei pazienti da curare" che non avrei mai potuto applicare né consentito di utilizzare, in alcuna situazione e condizione né quale medico né quale Presidente FNOMCeO e tantomeno quale uomo.

Chi mi conosce e Tu ne sei buon testimone, potrà convenire che la tutela dei pazienti è il faro che ha sempre guidato la mia azione sia umanamente che professionalmente.

La attenta lettura del documento congiunto consente di comprendere che l'impostazione comportamentale del medico, data dalla SIAARTI nello scorso marzo, viene con il nuovo documento condiviso, riagganciata all'impianto deontologico ed etico del nostro Codice di Deontologia e della nostra Professione e che, nello specifico, l'età viene a essere considerata quale uno degli aspetti da considerare ma non a rivestire carattere prevalente.

Sono ben consapevole delle ricadute che l'emergenza COVID 19 sta determinando in termini assistenziali riguardo alle altre patologie che necessitano, evidentemente, di cure adeguate e di percorsi terapeutici, ancor più sicuri di prima, ma posso assicurarTi che l'azione della FNOMCeO continua, come finora, a essere regolata su principi di umanità e solidarietà nel rispetto della dignità della persona senza discriminazioni né esclusioni.

Cordiali saluti

Filippo Anelli

Firmato digitalmente da

**FILIPPO
ANELLI**

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U.445/2000 e del D.Lgs 82/2005 O = FNOMCEO
C = IT

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia, 1 - 00196 Roma - Tel. 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 - e-mail: presidenza@fnomceo.it - C.F. 02340010582



Intervista rilasciata dal Prof Filippo Boscia al quotidiano di Bari , il 26/11/2020

Il documento della Siaarti sul criterio di scelta della "maggior speranza di vita"

Boscia: "Queste linee guida sono agghiaccianti"

Un recente documento della Siaarti (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva), in riferimento alla pandemia Covid, ha suggerito che nei ricoveri ospedalieri, per quanto concerne l'assegnazione dei posti letto nei loro reparti, prevalga il criterio della "Maggiore speranza di vita". Abbiamo intervistato il professor Filippo Maria Boscia, docente, tumore e Presidente Nazionale dei Medici Cattolici italiani.

Presidente Boscia, condivide la ratio del documento?

"Capisco il motivo che ha spinto i colleghi ai quali riconosco buona fede. È un invito alla politica, dicono ai politici muovetevi e chiedono lumi. Ma i medici non possono prestarsi, sia pur involontariamente a fare il lavoro che la politica non ha saputo o voluto fare. Non devono diventare, sia pur involontariamente, il braccio della politica".

Che ne pensa?

"L'ho già detto in altra sede che non lo condivido, queste linee guida sono agghiaccianti. Forse i colleghi temono di trovarsi nella stessa situazione della Calabria con la terribile logica dell'ultimo letto disponibile da assegnare, tuttavia il medico, per il giuramento che ha fatto, ha sempre il dovere di



salvare vite indipendentemente dall'età, dal censo o etnia. La vita è sacra sempre e noi medici siamo tenuti a tutelarla. Trovo orribile la logica del "è morto, ma aveva 90 anni", "è morto, ma soffriva di cancro terminale", che significa? È morta invece una persona, non è possibile fare graduatorie tra decessi. Pur se decede un novantenne è morto un essere umano con la sua storia, il suo vissuto, i suoi affetti. La logica di questo documento è antieristica. Come dicevo, siamo tenuti come medici e cristiani a sottolineare la centralità e sacralità della vita dal concepimento alla fine naturale".

La politica?

"Il documento rispecchia

il timore dei colleghi di trovarsi nella terribile situazione dell'ultimo letto disponibile, angosciante. Succede in tempo di guerra quando si deve scegliere, nella emergenza tra chi ha speranza di andare avanti e chi no.

Ma non siamo in guerra. La politica ha fatto tagli insensati alla sanità e questo viene fuori in tutto il suo clamore. In quanto ai medici che adesso parlano e sollevano perplessità, mi domando: quando tagliavano e chiudevano ospedali, operavano piani di ricentro, dove eravate e perché non avete puntato i piedi? Forse perché alcuni, non tutti, erano convenzionati con la politica".

Bruno Volpe

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile

ALL.4

STUDIO LEGALE CIRESE

Via C. Fracassini, 4 - 00196 Roma
tel +39 063235710

e-mail: info@studiocirese.com – pec: studiocirese@epec.it
C.F. CRS VNA 55B43 G482C - P.I. 05791870586

Avv. Vania Cirese
Patrocinante in Cassazione
Esperto AGENAS
Esperta in Responsabilità Sanitaria

Chiarissimo
Prof. Michele Poerio
FEDERSPEV

**Oggetto: Parere documento congiunto FNOMCeO-SIAARTI- SIMLA
sulle scelte terapeutiche in tempi di COVID 19**

Con riferimento all'oggetto e alla richiesta di parere in merito, mi prego far pervenire le considerazioni che seguono.

La SIAARTI (Soc. Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva) che non rappresenta tutti gli anestesisti e tanto meno tutti i medici intensivisti, ha formulato una serie di raccomandazioni per supportare i clinici coinvolti nella cura dei pazienti con COVID. Sulla base di questo documento è stata istituita una Commissione con rappresentanti FNOMCeO e SIAARTI per elaborare un testo di possibile modifica del codice deontologico medico in tema di scelte "tragiche", in occasione di patologie sanitarie straordinarie, come il COVID.

Il predetto documento dovrebbe essere utilizzato dalla Consulta Deontologica Nazionale (CDN) della FNOMCeO. Il contenuto delle proposte avanzate desta grande perplessità e

preoccupazione in ordine alle possibili gravi conseguenze di simili orientamenti.

A pag. 1 si legge: "Allocazione delle risorse attraverso criteri di triage basati sul principio etico di giustizia distributiva".

Si vorrebbe sopperire alla carenza (cronica e resa ancor più grave ed evidente dall'emergenza epidemiologica) di strutture/personale, selezionando i pazienti.

Al punto b del documento si legge: "I criteri di accesso ai trattamenti intensivi e sub-intensivi... devono rispondere anche a esigenze di giustizia distributiva e di equa collocazione delle risorse sanitarie disponibili... L'accesso alle cure deve fondarsi su un giudizio clinico...che tenga conto anche del bilancio tra costi/benefici di ogni pratica clinica, commisurata agli esiti prevedibili di salute...".

E ancora al punto d si legge: " I pazienti non trattabili in modo intensivo a causa dell'improbabilità d'ottenere risultati concreti, accettabili e duraturi sono comunque presi a carico...".

Come? Con cure palliative secondo il punto f del documento.

Si propone dunque una vera e propria e arbitraria SELEZIONE dei PAZIENTI, spesso senza alcun consenso del paziente stesso (in coma o quasi) né informativa ai familiari (esclusi dall'accesso all'ospedale e dalla visita del paziente stesso). Ma, secondo il documento i medici dovrebbero arbitrariamente decidere.

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, 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, co-morbilità, stato funzionale pregresso, potenziali effetti collaterali, espressioni precedenti di volontà personale, età biologica..."

La logica che ispira le proposte contenute nel documento è 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 ("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 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 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 ad 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, la 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.

Val la pena notare 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 negate da parte dei sanitari che scelgono arbitrariamente e unilateralmente non rispettando alcuna indicazione del paziente, che non è nemmeno informato.

Com'è noto 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.

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.

In altre parole 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.

E' opportuno ricordare 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 vederselo negare arbitrariamente.

Sotto il profilo giuridico è compito della Repubblica creare le condizioni affinché le persone possano esercitare il diritto ad ottenere la tutela della propria salute e l'accesso all'assistenza sanitaria generale e specialistica, diritto qualificato come fondamentale.

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.

Alla luce di quanto fin qui evidenziato appare evidente che se nemmeno il legislatore può comprimere il diritto alla salute e all'accesso alle cure per tutti, tanto meno può limitarlo o selezionarlo un accordo di due enti come la FNOMCeO e la SIAARTI, che non hanno assolutamente potere legislativo tanto meno derogatorio a diritti costituzionali, inviolabili e inderogabili.

Non vi è dubbio che se il contenuto del Patto di regolamentazione delle cure comprendesse la selezione dei pazienti così come indicato dalla SIAARTI congiuntamente alla FNOMCeO, violerebbe diritti fondamentali garantiti dalla Costituzione, violerebbe principi e leggi del nostro ordinamento e anche norme internazionali. Le proposte contenute nel documento 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.

Va anche notato che organismi come la SIAARTI e la FNOMCeO non essendo dotati di potestà legislativa non possono abrogare contenuti normativi e a mezzo di chi agisca potrebbero rispondere in concorso sia delle violazioni normative e costituzionali sia di fattispecie di reato.

Si apprende poi che dopo le raccomandazioni di marzo e il documento di intesa con FNOMCeO di fine ottobre scorso, sarebbe arrivata una prima stesura di possibili LG per il "triage COVID" su cui l'ISS aprirebbe una discussione pubblica (sul sito web del SNLG). Questo documento sarebbe stato redatto dalla SIAARTI e dalla SIMLA (Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni). L'obiettivo del documento che segue la prima stesura di marzo è di stabilire dei criteri che possano orientare il medico confrontato con lo squilibrio tra necessità e risorse disponibili. Questi criteri avrebbero la pretesa di essere coerenti con i principi etici e professionali, nella "certezza" per il paziente di essere preso in carico con gli strumenti "possibili", appropriati e proporzionali.

Ma se gli strumenti "possibili" non sono sufficienti di chi è la colpa? E perché debbono pagare i pazienti, anzi quegli sfortunati pazienti cui i trattamenti saranno negati per le insufficienze del sistema? Com'è possibile che la scelta (arbitraria) di selezionare i pazienti da curare e da trascurare, negata al legislatore sia consentita ad un gruppo privato (SIAARTI e SIMLA) di soggetti che si autolegittima? Questo nuovo documento rappresenterebbe l'ultima tappa per la condivisione di una "metodologia" degli operatori sanitari: constatata l'impossibilità di garantire le cure intensive a tutti... si ricorre a criteri di priorità. La sproporzione tra necessità dei pazienti e risorse sanitarie legittimerebbe ad operare una valutazione delle condizioni dei pazienti e curare (solo) chi ha maggiori aspettative di vita. E se i valutatori sbagliassero prognosi?

Detta prognosi sarebbe comunque astratta ed aprioristica senza neppure tentare trattamenti salvavita. Per le due società scientifiche (degli anestesisti e dei medici legali) è indispensabile ricorrere ad un "triage". Questo termine francese significa "smistamento" e

fu ideato di J.D. Larrey, ufficiale medico al servizio di Napoleone che coniò appositi codici per i pazienti (bianco, verde, rosso etc). Con il fatale codice nero venivano lasciati sul campo con qualche lieve cura ma senza trasporto né vero soccorso i feriti senza speranza di sopravvivenza.

Si trattava di una strategia di sgombrò sul campo di battaglia basata sulla potenziale efficacia di cura. Oggi ritenevamo di aver da tempo eliminato il codice nero del grande Larrey, codice che nella classifica rappresentava quei pazienti che sarebbero morti comunque e quindi venivano lasciati senza aiuto per riservare le cure ad altri. Oggi si soccorre tutti in base alla Costituzione, alle disposizioni di legge, ai diritti fondamentali, e stupisce la volontà di voler reintrodurre il codice nero, usato dai medici di guerra un tempo.

Non usare un ventilatore per l'assistenza polmonare per un paziente malato di COVID19 con poche probabilità di sopravvivenza a vantaggio di un altro paziente in piena battaglia per la vita reintegra il codice nero. Ma l'anestesista o un collegio di medici può diventare arbitro della vita e della morte di un essere umano? E come reagirebbero i coniugi, familiari, figli della persona cui fossero negati (con un giudizio astratto ed apriori) i trattamenti? Non avrebbero diritto ad adire le autorità giudiziarie?

Il diritto alle cure esiste ancora nel suo connotato di universalità, per tutti, senza selezioni aprioristiche. Esiste ancora anche se minacciato da un sistema non in grado di farsi carico dell'ordinario e dello straordinario. Anziché chiedere ed impegnarsi per una migliore programmazione sanitaria con i giusti investimenti per non far collassare le strutture ospedaliere si consiglia di selezionare (arbitrariamente) i pazienti, dimentichi del fatto che ogni paziente ha diritto all'uguaglianza nell'accesso alle cure, ivi inclusi i pazienti più gravi. La sanità è il terreno più pratico per la sperimentazione dell'uguaglianza dei cittadini. Non è giusto né possibile offuscare quel complesso di norme voluto dai costituenti e disciplinato dai legislatori nazionali ed internazionali basato sui principi di equità ed universalità. L'incapacità ed inadeguatezza di un SSN che si era smarrito ben prima della crisi pandemica non legittima ad uno spaventoso arretramento delle garanzie.

Il bene primario della tutela della salute e accesso alle cure non può essere sacrificato in danno di (alcuni) pazienti per il sovraffollamento degli ospedali anziché impegnarsi in

strategie alternative approntando cure domiciliari precoci ed efficaci, investendo nelle strutture e personale del SSN, depauperato ed indebolito da tagli e smantellamenti che hanno causato la situazione di gravità generale che oggi si registra.

Si suggerisce di:

1. interloquire urgentemente con le due società scientifiche in oggetto e con l'ISS;
2. sollecitare un intervento del Ministro della Salute e del Parlamento;
3. allertare la conferenza Stato Regioni, l'Agenas e le altre società scientifiche iscritte nel registro ex l. 24/2017;
4. allertare l'opinione pubblica, i medici, le associazioni rappresentative degli interessi dei pazienti.

Resto a disposizione per ogni eventuale ulteriore necessità.

Roma, 30.11.2020

Avv. Vania Cirese


ALL. 5



FEDER. S. P. e V.
FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE

Il Presidente Nazionale

00192 Roma – Via Ezio 24 – Tel.: 063221087 – fax: 063 224383
Sito Internet: www.federspev.it – e-mail: federspev@tiscali.it

Egr. Presidente FNOMCeO
Dott. Filippo Anelli

E p.c. Ai membri del Comitato Centrale FNOMCeO

Al Presidente di SIAARTI
Prof.ssa Flavia Petrini

Al Presidente della SIMLA
Prof. Riccardo Zoja

Oggetto: scelte terapeutiche in tempi di COVID-19

Illustre Presidente,

nel ringraziarLa della Sua nota in risposta alla mia lettera del 3 novembre u.s e pur esprimendo apprezzamento per la Sua consueta disponibilità al confronto, Le confermo la non condivisione dell'Associazione che rappresento, la FEDER.S.P.eV., dei criteri interpretativi e dei principi espressi nel documento congiunto FNOMCeO-SIAARTI e SIMLA-SIAARTI.

Ciò ha indotto la Federazione a rivolgersi ad uno studio legale di chiara fama, esperto in diritto sanitario, perché esprimesse un parere sui documenti sopraccitati.

Nell'ottica di un dialogo e confronto costruttivi e non di sterile polemica Le rimetto in allegato il parere dell'Avv. Vania Cirese.

In attesa di un Suo cenno di riscontro Le invio i più cordiali saluti.

Il Presidente
Prof. Michele Paoerio

Roma, 01/12/2020



FEDER.S.P.E.V.
FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE
IL PRESIDENTE NAZIONALE

00192 Roma – Via Ezio 24 – Tel.: 063221087 – fax: 063224383
Sito Internet: www.federspev.it – e mail: federspev@tiscali.it

Prot. 12935

Roma 2 Dicembre 2020

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
Prof. Luigi Riccioni

Ill.mi Colleghi,

si trasmette per opportuna conoscenza la documentazione inviata al
Presidente ISS Prof. Silvio Brusaferrò.

Cordiali saluti.

Prof. Michele Poerio



FEDER.S.P.E.V.
FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE
Il Presidente Nazionale

00192 Roma – Via Ezio 24 – Tel.: 063221087 – fax: 063224383
Sito Internet: www.federspev.it – e mail: federspev@tiscali.it

Prot.12934

Roma, 2 dicembre 2020

Egr. Prof Silvio Brusaferrò
Presidente ISS

OGGETTO: scelte terapeutiche in tempi di COVID-19

Illustre Presidente,

nella mia qualità di Presidente Nazionale FEDER.S.P.eV. (Federazione sanitari pensionati e vedove) Le scrivo per rappresentarLe le forti perplessità e critiche che gli iscritti alla Federazione (oltre 20.000 medici, soprattutto, farmacisti, veterinari e loro superstiti) nutrono riguardo al documento congiunto FNOMCeO – SIAARTI e SIMLA-SIAARTI sui criteri, che "dovrebbero" supportare il medico, qualora si trovasse di fronte a "*scelte tragiche*", dovute allo squilibrio tra necessità e risorse disponibili.

Non riteniamo che le proposte avanzate siano conformi ai principi etici e a quelli professionali.

Per tali motivazioni abbiamo chiesto, in merito ai documenti sopracitati, un parere ad uno studio legale esperto in diritto sanitario.

La nostra Associazione desidera condividere con Lei tale parere avendo, peraltro, appreso in questi giorni della prima stesura delle LG sul "trriage COVID" e dell'apertura sulle stesse di una discussione pubblica da parte dell'ISS.

In attesa di un Suo cortese cenno di riscontro Le invio i più cordiali saluti.

Prof. Michele Poerio
Presidente Nazionale FEDER.S.P.eV.

Handwritten signature of Michele Poerio in black ink.

ALL. 8

Re: documentazione

D: federspev 

A: fammisapere@libero.it 

Provenienza del messaggio: Ceczano  (L'indicazione della città è una approssimazione.)

Caro collega,
ti ringrazio moltissimo per aver condiviso questa azione della Feder.S.P.eV..
E' importante avere l'appoggio di personaggi già iscritti alla SIAARTI, come te.
Ti saluto caramente

Michele Poerio

Il 03.12.2020 10:44 fammisapere@libero.it ha scritto:

Gentile Prof. Poerio,
Come Anestesista-Rianimatore e docente di Medicina delle Grandi Emergenze, già Segretario Nazionale della SIAARTI e componente del CD dell'AIMC (Associazione Italiana di Medicina delle Castrofi), attualmente in pensione ed iscritto a questa Federazione, desidero esprimere il mio plauso alla Sua iniziativa e la mia completa condivisione della relazione dell'Avv. Vania Cirese. Questa è una doverosa battaglia di civiltà che va portata avanti, avendone i presupposti Etici e Dottrinali.

Prof. Rocco Giuliani - Bari

111-9

Da: lorenzo.davack@tin.it <lorenzo.davack@tin.it>
Inviato: mercoledì 9 dicembre 2020 16:27
A: Info@confedlr.it
Oggetto: (Nessun oggetto)

Egregio Prof. Michele Poerio,

La ringrazio della lettera e del documento inviati.

Per quanto riguarda il tema del triage il CNB si è pronunciato con un parere l'8 aprile 2020 "Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del triage in emergenza pandemica", reperibile sul sito

<http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica/>

Il Comitato è stato il primo organismo che si è pronunciato in Italia in posizione ben differente rispetto alle linee guida tracciate dalla Siaarti. Il parere del CNB evidenzia le linee bioetiche condivise a maggioranza all'interno del Comitato. In particolare richiama il principio di uguaglianza e di equo accesso alle cure come principio biogiuridico e bioetico, oltre al dovere di trasparenza e informazione (elementi sollevati anche nel documento da Lei inviati).

Pertanto, rimando a quel documento per la posizione del CNB sull'argomento. Posizione che auspichiamo sia tenuta in considerazione anche da ISS e FNOMCEeO (i cui delegati fanno parte del CNB).

Cordialmente

Lorenzo d'Avack

Presidente del CNB