

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 sgombro 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