

COMMISSIONE BIOETICA  
DELLE CHIESE BATTISTE, METODISTE E VALDESI IN ITALIA

**Emergenza Covid-19 e criteri di accesso alle terapie.  
Una riflessione protestante.**

# Indice

1. Introduzione
2. Il problema etico
3. Criteri clinici, linee guida e raccomandazioni
4. Considerazioni teologico-pastorali
5. Conclusioni

## 1. Introduzione<sup>1</sup>

Nel dicembre del 2019 e nei primi mesi del 2020 prima la Cina, poi l'Italia e l'Europa e infine gli Stati Uniti hanno visto la diffusione della sindrome chiamata Covid-19, provocata dal virus Sars-CoV2, un Coronavirus sul quale sono state avanzate alcune ipotesi di origine<sup>2</sup>. L'alta capacità di diffusione del virus ha reso presto evidente la sua pericolosità, nonostante il dato epidemiologico via via raccolto dimostrasse, almeno inizialmente, una *mortalità*<sup>3</sup> relativamente bassa: l'infezione nei casi più gravi provoca una polmonite per la quale non si dispone attualmente di terapia farmacologica specifica e che risulta difficile da trattare anche con l'ausilio di attrezzature e tecniche di supporto alla respirazione e alle altre funzioni vitali<sup>4</sup>. La difficoltà di contenimento del contagio a partire dai primi focolai epidemici ha determinato nel mese di marzo 2020 una situazione tale da condurre l'OMS a dichiarare lo stato di pandemia<sup>5</sup>.

In questo quadro di emergenza sanitaria globale le difficoltà di gestione della malattia hanno posto all'attenzione la possibile sproporzione tra le esigenze di cura e le capacità di risposta delle strutture sanitarie che hanno dovuto mettere a disposizione in tempi brevissimi risorse adeguate in quantità e qualità: personale specializzato, apparecchiature, riorganizzazione di spazi per terapie intensive e semintensive dedicate. Anche in Italia è emerso quasi immediatamente lo squilibrio tra bisogno e risorsa disponibile: nelle regioni colpite per prime e più pesantemente (Lombardia, Veneto, Piemonte e Emilia) il servizio sanitario è stato messo a dura prova, non riuscendo in alcuni casi a sopportare la pressione senza importanti problemi<sup>6</sup>.

In presenza di un nuovo agente patogeno la mancanza di vaccini e di terapie, ma anche la mancanza di conoscenze sulla storia naturale della malattia o della sindrome che ne risulta e sulla eventuale immunità di chi supera l'infezione, provocano una situazione in cui l'unico strumento difensivo a disposizione è la "quarantena", provvedimento di isolamento preventivo volto ad evitare la diffusione fino a che la capacità di replicazione e l'infettività del patogeno siano ridotte o annullate.

L'adozione di misure di contenimento ha tuttavia delle ricadute importanti sulla vita personale, fisica, psichica, spirituale, e sulla vita sociale ed economica, con tutte le ripercussioni

---

<sup>1</sup> Il presente Documento è stato approvato dalla Commissione Bioetica delle Chiese Battiste, Metodiste e Valdesi il 17 aprile 2020; alla elaborazione scritta hanno provveduto Gigliola Belforte e Ilenya Goss.

<sup>2</sup> Tra le ipotesi avanzate vi è quella riferita al salto di specie (*Spillover*), secondo cui il virus sarebbe passato da una specie animale all'uomo, ma al momento della stesura del presente testo non vi sono evidenze scientifiche che la confermino in via definitiva.

<sup>3</sup> I dati raccolti nei diversi Paesi in cui la malattia si è manifestata permetteranno solo in un secondo momento, superata la fase di diffusione iniziale, calcoli epidemiologici in grado di stabilire la letalità e la mortalità del virus Sars-Cov-2. La *letalità* corrisponde al rapporto tra numero di morti e numero di infettati, la *mortalità* è il rapporto tra numero di morti e popolazione esposta al contagio (infettati e non).

<sup>4</sup> La conoscenza della storia naturale della malattia migliora con lo studio dei casi e la raccolta dei dati: al momento sono stati segnalati diversi possibili quadri di manifestazione dell'infezione, alcuni non particolarmente gravi, altri severissimi. Alla prima fase dell'infezione segue una forte risposta del sistema immunitario, responsabile probabilmente della difficoltà a trattare coloro che giungono in ospedale in condizioni già molto compromesse. Allo stato attuale delle conoscenze non vi sono certezze sull'immunità eventualmente acquisita da coloro che guariscono dall'infezione, tantomeno sulla eventuale durata, e sugli effetti sierologici eventualmente utilizzabili in terapie, oltre alla messa a punto di esami diagnostici sensibili e accurati. Al momento sono disponibili solo test in grado di verificare l'infezione in atto rilevando la presenza di RNA virale nella mucosa faringea (tampone).

<sup>5</sup> La diffusione rapida di un agente patogeno in territori limitati si definisce epidemia, se una epidemia interessa tutto il mondo si parla di pandemia.

<sup>6</sup> Cfr. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763188>.

politiche conseguenti; l'impatto sulle fasce più fragili della popolazione solleva importanti problemi che dovranno essere affrontati con provvedimenti di lungo periodo, e genera il rischio di una aumentata disuguaglianza e di vittime "secondarie" rispetto a quelle immediate della malattia.

Occorre ricordare che gli effetti della pandemia, la cui causa prima è un evento naturale, sono resi più gravi da interventi umani precedenti:

- in Italia politiche economiche decennali di diminuzione di fondi per la Sanità manifestano i loro effetti nella difficoltà con cui il Servizio Sanitario risponde all'emergenza; il blocco del turn-over per il personale ospedaliero; la carenza di medici specializzati; le differenze regionali del Servizio Sanitario hanno evidenziato localmente in modo più marcato la fragilità della medicina territoriale<sup>7</sup>;
- la Sanità dei Paesi occidentali e del Nord del mondo organizzata soprattutto per affrontare efficacemente le malattie più ricorrenti (malattie cardiovascolari, tumori, traumi per incidenti di vario genere, ecc.) e sempre meno per una emergenza da malattia infettiva;
- la comunicazione fra governi, amministrazioni regionali, decisori politici e società scientifiche non sempre efficace e trasparente, indebolisce e rende meno mirata e pronta la risposta;

fanno sì che l'emergenza Covid-19 comporti la necessità di una riprogettazione complessiva della nostra organizzazione politica, economica e sociale<sup>8</sup>.

## 2. *Il problema etico*

I temi etici portati in primo piano dalla crisi pandemica Covid-19 riguardano diverse aree: quella dell'*etica sanitaria* confrontata con la necessità di gestire una richiesta di cura alla quale non corrisponde la disponibilità di risorse per tutti e subito;

quella *giuridica* della limitazione delle libertà individuali che deve essere bilanciata con l'interesse della collettività durante una situazione di emergenza;

quella *sociale* con gli effetti psicologici delle misure di contenimento che limitano fortemente o bloccano completamente le attività normali di fasce di popolazione tra cui sono presenti soggetti più fragili ed esposti;

quella *economica* che richiederà interventi importanti per limitare le disuguaglianze che la crisi tenderà ad accentuare;

quella *spirituale* con la trasformazione che la vita delle associazioni, delle chiese, delle comunità deve affrontare.

Nella fase iniziale della pandemia il problema sanitario è quello emergente, come si rileva anche dal dibattito suscitato dai documenti con cui associazioni medico-specialistiche e amministrazioni hanno cercato di rispondere al problema centrale: *come prendere decisioni corrette di fronte alla mancanza di risorse sufficienti per rispondere alle esigenze di tutti in un momento di emergenza*.

---

<sup>7</sup> Al momento della redazione del presente testo si ipotizza che una maggior capacità di gestione della pandemia a livello territoriale e di medicina generale avrebbe potuto rendere meno drammatici gli effetti della malattia in termini sia di contagio sia di decessi: si segnala che un arrivo in ospedale in tempi troppo dilatati comporta scarse possibilità di recupero e quindi di sopravvivenza in soggetti che, con un buon monitoraggio domiciliare, avrebbero potuto avere maggiori possibilità.

<sup>8</sup> Un interessante contributo viene dall'articolo di Gaël Giraud, <https://www.laciviltacattolica.it/articolo/per-ripartire-dopo-lemergenza-covid-19/>, con una analisi accurata delle premesse che hanno determinato la gravità della crisi e riflessioni in prospettiva futura.

La crisi pandemica è affrontata nel modo migliore là dove gli organi dello Stato, le società scientifiche e professionali, i sindacati, i comitati etici, ecc. sono attori che intervengono ciascuno per la sua parte e comunicano correttamente fra loro.

Lo Stato tutela i cittadini e le cittadine, compresi il loro diritto alla sicurezza e alla salute, con accesso alle cure regolato da criteri di giustizia e di equità; lo specifico ruolo di garante dell'uguaglianza tra gli individui si esplica nel non ammettere criteri discriminatori nelle decisioni che comportino una scelta tra più candidati ad una specifica cura, qualora venga meno la possibilità di offrirla a tutti.

Le linee guida ai trattamenti sono invece di competenza degli ordini professionali e delle società scientifiche, e sono punto nevralgico in cui si giocano scelte talvolta molto gravose, soprattutto qualora richiedano adeguamenti a situazioni emergenziali.

In condizioni ideali la Sanità Pubblica intende garantire a tutti cure appropriate e proporzionali, ma quando non vi siano risorse sufficienti si fa pressante la domanda sul cambiamento del livello di appropriatezza che renda possibile la gestione di quella situazione. I criteri allocativi, che anche nei periodi non emergenziali determinano le reali possibilità di un Sistema Sanitario, necessitano in emergenza di adattamenti che mettano il Sistema in condizioni di rispondere nel miglior modo possibile.

In condizioni normali il criterio prevalente per valutare l'opportunità di ricovero in Terapia Intensiva è legato alla situazione clinica del singolo paziente (gravità della patologia, possibilità di guarigione, volontà espresse dal paziente) ed è regolamentato da Linee guida applicate dagli operatori sanitari specialisti; in emergenza pandemica entrano necessariamente nella valutazione anche criteri di sistema, vale a dire la preoccupazione per la salute della collettività (*individual centered care/community centered care*). La necessità di avere posti disponibili per offrire cura adeguata a pazienti con buone probabilità di guarigione impone un adeguamento dei criteri di scelta che obbliga a maggiore selettività per l'accesso a terapie complesse per tutti i pazienti interessati, non soltanto per quelli ammalati di Covid-19: la ridefinizione degli orientamenti riguarda complessivamente il triage di ingresso alla cura intensiva o subintensiva.

Non si tratta di realtà nuove, infatti la Medicina delle catastrofi ha messo a punto criteri etico-clinici di triage in condizioni di emergenza: quando è necessario rispondere a più bisogni contemporaneamente occorre operare delle scelte anche in base alla risorsa disponibile, elemento che in condizioni normali non rientra nei criteri della decisione clinica immediata. Chi siano i soggetti gravati della responsabilità di operare le scelte e quali siano le indicazioni che verranno seguite è un aspetto fondamentale del problema etico posto dalla pandemia: se rimane evidente che gli specialisti che prendono in carico il paziente sono chiamati a mettere in pratica le Linee guida ed il triage, si apre in emergenza il problema dei criteri eccezionali, aggiuntivi, che entrano nella valutazione, e di chi sia il soggetto chiamato a stabilirli.

Se il criterio *first come/first served* (trattamento in ordine di arrivo) comporta il rischio di non poter curare chi ha maggiori possibilità cliniche di guarire, occorre cercare una soluzione preventiva che consenta di mantenere un minimo margine di azione anche sotto la pressione emergenziale. Occorre infatti stabilire a quale livello di trattamento e in quale reparto fare accedere ogni paziente applicando regole di emergenza che ridefiniscano le indicazioni di cura tenendo conto delle risorse a disposizione. Se gli operatori non si assumessero la responsabilità di decidere rischierebbero di ridurre le possibilità di guarigione di alcuni, senza essere di aiuto ad altri che hanno avuto accesso a cure da cui potrebbero non trarre alcun giovamento: di fatto i malati sono esposti a una ingiustizia "casuale", e la collettività è esposta ad una perdita in termini di vite salvate.

Considerazioni legate al periodo successivo ad una dimissione da reparti di Terapia Intensiva devono essere tenute presenti: il tempo e la più o meno grande difficoltà nel percorso riabilitativo previsto in ogni singolo caso sono elementi che concorrono a orientare la decisione sull'opportunità o meno di accedere alla terapia complessa.

La drammaticità con cui gli effetti della pandemia si sono presentati in alcune regioni mette in evidenza anche la sottovalutazione della necessità di preparazione ad affrontare crisi sanitarie

possibili: l'esperienza tragica di questi mesi rimette al centro dell'attenzione l'importanza di gestire in senso preventivo tali eventi avversi di cui conosciamo la possibilità e talvolta anche la probabilità<sup>9</sup>.

### 3. Criteri clinici, linee guida e raccomandazioni

La situazione internazionale nella gestione dell'emergenza, pur con alcune analogie, si presenta diversificata sia per l'intensità della diffusione del contagio, sia per la tempistica, sia per le specificità organizzative e sanitarie delle singole realtà, e non ultimo per l'adozione di misure di contenimento più o meno drastiche<sup>10</sup>. Le modifiche nei criteri di accesso alle cure complesse sono state altrettanto varie: limiti di età, presenza di altre patologie (in alcuni casi identificate ed elencate), oppure condizioni che esulano dalle condizioni cliniche, ma fanno riferimento al tipo di attività svolta sono state tra le proposte avanzate<sup>11</sup>.

A fronte di tali situazioni sono opportune alcune considerazioni: la garanzia dei diritti di ogni cittadino e della fondamentale uguaglianza nasce dal considerare ogni vita allo stesso modo, senza attribuzione di valore diverso in base a elementi come condizioni di salute, età, istruzione, ruolo sociale o altro. L'uguaglianza e il principio di giustizia distributiva impongono che a tutti sia garantita la stessa possibilità di accesso alle cure. Il problema della gestione di una emergenza costringe tuttavia al cambiamento di prospettiva di cui sopra: la responsabilità per la salute pubblica si ricollega e in parte si sovrappone alla gestione del singolo paziente. *L'adattamento dei criteri di triage è eticamente accettabile solo se basato su dati clinici legati alla probabilità di successo della terapia*, in modo che non entrino nella decisione valutazioni comparative rispetto al valore della vita di un individuo rispetto ad un altro. Se si adotta il criterio di privilegiare la maggior speranza di vita ciò non può significare esclusione di persone dall'accesso al trattamento se non sulla base esclusiva di criteri di opportunità clinica<sup>12</sup>. Omettere una cura in Terapia Intensiva per il paziente clinicamente più compromesso è una scelta dolorosa e tuttavia eticamente motivata dall'obiettivo di massimizzare il beneficio, in questo caso non del singolo individuo, ma tenendo presente la collettività. È fondamentale chiarire che l'indicazione per un percorso di cure meno aggressive non vuol dire abbandonare il malato, ma continuare a prendersene cura usando tecniche e strumenti meno invasivi e di più semplice gestione per sostenere la funzioni vitali e potenziando la parte palliativa delle cure per controllare il dolore e i sintomi avversi, fra i quali la difficoltà a respirare provocata dalle malattie polmonari (dispnea) è uno dei più intollerabili<sup>13</sup>.

---

<sup>9</sup> Cfr. <https://www.centerforhealthsecurity.org/newsroom/center-news/2019/2019-09-18-GPMBreport.html>.

<sup>10</sup> Le misure di contenimento, *lockdown*, adottate in Italia nel mese di marzo sono più drastiche rispetto a quelle adottate in altri Paesi europei, anche se in generale le politiche adottate in Europa vanno nella stessa direzione; il caso della Corea del Sud, che invece ha adottato misure di controllo e di tracciamento degli spostamenti della popolazione attraverso strumenti tecnologici di localizzazione, ha dimostrato l'efficacia di misure eccezionali in società molto diverse dal punto di vista sociale e culturale rispetto all'Occidente; la proposta di non adottare misure di contenimento confidando sull'immunità di gregge, inizialmente proposta in UK non ha trovato reale riscontro, dato il prevedibile costo in perdita di vite umane che è ritenuto inaccettabile.

<sup>11</sup> Laddove sono stati introdotti criteri non strettamente clinici nella gestione del triage emergenziale si sono generati conflitti tra i diritti fondamentali sanciti nelle Costituzioni democratiche e la prassi clinica, forzata ad adottare criteri estranei a valutazioni strettamente mediche e in linea con i principi generali della cura. Il riferimento è alle regole per l'accesso alle cure intensive pubblicate in alcuni Stati americani (Alabama, Washington, Michigan) alle quali ha fatto seguito una ampia protesta giunta fino agli Uffici che garantiscono i Diritti dei cittadini in ambito sanitario (cfr. <https://www.adph.org/CEPSecure/assets/alabamacscguidelines2020.pdf>

<sup>12</sup> Le *Raccomandazioni etiche* della Società Italiana Anestesia Analgesia Rianimazione Terapia Intensiva si richiamano alla "maggiore speranza di vita"; il parere del Comitato Nazionale di Bioetica, pubblicato il 15 aprile 2020 e consultabile all'indirizzo <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/>, sottolinea la necessità di criteri *clinici* nel triage.

<sup>13</sup> I trattamenti palliativi sono noti ai più come conoscenze e pratiche specialistiche da applicare in situazioni croniche terminali per il controllo del dolore. In realtà la palliazione fa parte della terapia anche nel malato acuto, sia quando è sottoposto a trattamenti aggressivi e dolorosi nella prospettiva della guarigione, sia quando è gestito in modo meno

L'emergenza sanitaria Covid-19 configura un quadro tale da giustificare l'applicazione di criteri tipici della medicina delle catastrofi e si comprende la tempestività con cui la SIAARTI<sup>14</sup> ha divulgato raccomandazioni etiche riferite alla pandemia in corso, così come hanno fatto altri enti e società di altri Paesi<sup>15</sup>.

### *Raccomandazioni di Etica Clinica SIAARTI*<sup>16</sup>

Le raccomandazioni di etica clinica che la SIAARTI ha pubblicato nel mese di marzo 2020 prendono in considerazione il passaggio da una situazione di gestione ordinaria a una di emergenza che richiede l'adozione di criteri di scelta rimodulati rispetto all'accesso alla Terapia Intensiva; 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*** è stata oggetto di polemiche e forse di fraintendimenti.

Per accostarsi con attenzione a questo testo della Società dei medici anestesisti rianimatori occorre tenere conto di quanto affermato nel titolo: raccomandazioni di etica clinica *in condizioni eccezionali*. Trattandosi di Raccomandazioni il loro specifico intento non è quello di sostituirsi alle Linee guida già presenti, ma di offrire indicazioni affinché in emergenza le scelte possano avvenire in modo condiviso e senza lasciare i singoli operatori nella condizione di assumere decisioni gravose senza il supporto di una riflessione collettiva e programmata.

Se ci limitiamo ad enunciare i principi sanciti dalla Costituzione (e da altre Dichiarazioni sul diritto universale alle cure<sup>17</sup>) senza riferirli alla condizione presente del tutto eccezionale, ci assumiamo la responsabilità di non affrontare il problema nella sua concretezza: il merito del Documento SIAARTI è innanzitutto quello di aver voluto portare all'attenzione di tutti un tema importante che riguarda sia gli specialisti chiamati ad affrontare la situazione direttamente, sia la collettività.

L'ampliamento dell'attenzione dai criteri di appropriatezza e proporzionalità (tipici della cura riferita all'individuo, per cui si valutano i suoi bisogni esclusivamente in base alle sue condizioni) a criteri di giustizia e allocazione di risorse fa certamente discutere, tuttavia il modello etico proprio della medicina delle catastrofi è riferito a condizioni in cui non è possibile mettere in atto senza mediazione il tipo di valutazioni che emerge direttamente dal Codice di deontologia medica.

Due aspetti delle Raccomandazioni sono stati oggetto di discussione in quanto toccano la sensibilità personale di molti:

- *il criterio legato all'età del paziente in vista dell'intenzione di salvare il massimo numero di anni di vita*: fermo restando che l'età è un fattore predittivo importante anche in condizioni di gestione sanitaria normale (dato che influisce sulla valutazione clinica complessiva), la

---

complesso, e tanto più quando è in fase terminale, come segnalato nella letteratura sulla medicina d'emergenza e in particolare nelle Raccomandazioni della SIAARTI trattate nel paragrafo seguente.

<sup>14</sup> Società Italiana Anestesia Analgesia Rianimazione Terapia Intensiva, <https://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>

<sup>15</sup> Segnaliamo il Documento del *Deutsche Ethikrat*, <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>, e il Documento del *Observatorio de Bioética y Derecho*, <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/el-obd-avala-las-recomendaciones-de-la-comision-deontologica-del-comb-para-la-toma-de-decisiones>.

<sup>16</sup> <http://www.siaarti.it/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI.aspx> Il testo delle Raccomandazioni è stato ripreso e citato sulla stampa estera e presso istituzioni bioetiche: *Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line*, List of authors. Lisa Rosenbaum, M.D. NEJM, 18/3/2020; [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30161-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30161-2/fulltext); <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>

<sup>17</sup> Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, art. 25; Costituzione della Repubblica Italiana, art. 32.

specificità sottolineata dalle Raccomandazioni è la possibilità di richiamarsi al criterio dell'età anagrafica<sup>18</sup>. Una lettura attenta del testo mostra come l'argomento sia posto come ipotetico, estremo e finalizzato ad evitare un uso poco efficace di risorse "scarsissime".

Riteniamo che possa essere accolto all'interno di un quadro decisionale temporaneo, contingente e affidato a valutazioni collettive e condivise da parte di coloro che prendono in carico la situazione di emergenza individuale, senza una indicazione a priori dello specifico limite di età, ma come criterio aggiunto che può aiutare nella gestione momentanea dell'emergenza. In situazioni di estrema carenza di risorse, laddove non esista un altro criterio dirimente in compresenza di pazienti con analoghe valutazioni cliniche, tale criterio diventa infatti accettabile in vista della salvaguardia della maggior speranza di vita, in tal caso rappresentata da un maggior numero di anni presumibilmente salvati;

- *criterio della lunghezza della degenza e del relativo uso di risorse*: tale indicazione fa riferimento direttamente alla possibilità che la cura di una persona in condizioni cliniche molto scadenti possa comportare un utilizzo di risorse che potrebbero essere dedicate alla cura di un numero maggiore di pazienti<sup>19</sup>. È sempre doverosa una grande attenzione a non mettere in atto "eccesso di cura" laddove non vi sia una ragionevole probabilità di beneficio, criterio ancora più stringente in condizioni emergenziali.

Le ragioni di tali indicazioni sono individuabili nella necessità di fornire criteri chiari, di fronte ai quali sia evitato agli operatori di trovarsi gravati di un carico anche emotivo difficile da sostenere; tali criteri sono comunque comprensibili se letti nel contesto delle *Raccomandazioni*, che in 15 punti cercano di fornire una visione di insieme del problema e di far riferimento a tutto ciò che può aiutare a prendere decisioni eque, appropriate e trasparenti nei confronti sia dei parenti sia dei malati, rispetto ai quali viene richiamata l'importanza di tenere conto di una eventuale Dichiarazione anticipata di Trattamento<sup>20</sup>, che potrebbe aiutare a scegliere la via più adatta ad ogni caso, nel rispetto della volontà indicata dal paziente stesso.

#### 4. Considerazioni teologico-pastorali

La cura e l'attenzione alle situazioni di fragilità e di bisogno è senza dubbio un carattere importante delle ricadute etiche della fede cristiana: in tal senso l'insegnamento biblico ci rende sensibili e responsabili laddove si corre il rischio di discriminare i più deboli e di gestire le risorse in base a rapporti di forza. È innegabile che la situazione di emergenza metta a dura prova i principi etici della solidarietà verso tutti e del soccorso portato a ciascuno: in condizioni straordinarie e di necessità viene ad accentuarsi il divario tra le soluzioni ideali e ciò che è realisticamente praticabile.

Un primo compito pastorale/teologico in cui le chiese possono impegnarsi a vari livelli è il lavoro sull'*accoglimento* delle condizioni reali in cui veniamo a trovarci: l'assistenza diretta alle persone, fino all'elaborazione di pensiero teologico<sup>21</sup>, etico e bioetico alla luce della Scrittura e delle conoscenze scientifiche sono lo specifico appello del presente.

---

<sup>18</sup> "Può rendersi necessario porre un **limite di età** all'ingresso in TI. Non si tratta di compiere scelte meramente di valore, ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha *in primis* più **probabilità di sopravvivenza**, e secondariamente a chi può avere **più anni di vita salvata**, in un'ottica di **massimizzazione dei benefici** per il **maggior numero di persone**." SIAARTI- Covid-19, p. 5, punto 3 (sott. nel testo).

<sup>19</sup> Il Documento del *Deutsche Ethikrat* specifica l'illegalità e l'inammissibilità etica di una interruzione di terapia iniziata, anche laddove con prognosi critica, al fine di salvare un altro paziente sopraggiunto e bisognoso di supporto.

<sup>20</sup> Punto 5 della Raccomandazione. Su tale argomento cfr. il Documento n.18 della Commissione Bioetica BMV 2017.

<sup>21</sup> Cfr. l'articolo del teologo sistematico evangelico Günter Thomas, <https://cursor.pubpub.org/pub/thomas-theologycorona>.



Accettare la situazione di emergenza che coinvolge in questo momento l'umanità implica rendersi conto, e condividere la consapevolezza, che il livello di cura e di terapia a cui aspiriamo può non essere sempre disponibile, e in questo senso vanno comprese le integrazioni ai modelli di triage e le linee guida che i diversi enti provvedono. Questo è un dato che deve essere accolto senza la pretesa impossibile di mantenere gli standard di cura normali in condizioni non normali: l'attenzione specifica che occorre prestare è che i criteri aggiunti, l'attenzione alla salute pubblica, il passaggio a considerazioni di allocazione e giustizia a fianco di quelle di appropriatezza e proporzionalità, non implicino forme di discriminazione o di ingiustizia. Certamente come cittadini e come chiese possiamo e dobbiamo mantenere lucida la consapevolezza che le condizioni di oggi non consentono a nessuno di delegare ad altri decisioni eticamente destabilizzanti, chiamando in causa principi ideali che per quanto giusti non sono applicabili nel presente e come risposta alla crisi. Assunzione di responsabilità significa, in queste situazioni, collaborazione a tutti i livelli, istituzionali e personali, perché i problemi gestionali dell'emergenza trovino soluzioni accettabili, con realismo, studio, informazione e nell'umiltà di riconoscere il ruolo specifico che la voce della comunità cristiana deve assumere in questi frangenti. Non sempre le soluzioni ideali sono praticabili: risposte pronte e adeguate al momento di crisi fanno parte dell'impegno etico di ogni credente.

Come cittadini e come credenti riteniamo fondamentale il compito di *vigilanza* rispetto alle indicazioni, anche tecniche, che vengono applicate in emergenza, in quanto potenzialmente portatrici di elementi discriminatori verso categorie più fragili.

La discriminazione in base a età o condizioni di fragilità è quella più temuta, tuttavia anche omettere di decidere e dunque mantenere il modello *first-come/first-served*, comporta in emergenza rischi di ingiustizia. In ogni caso si dovrà accettare una perdita, una situazione in cui ci sarà uno svantaggio per qualcuno. La volontà di massimizzare i benefici di una risorsa sanitaria in tempo di emergenza (in tempi e modalità non arbitrarie) e la necessità, per poterlo fare, di rivedere i criteri di ammissione alla risorsa sono misure etiche accoglibili in nome del bene della collettività, anche nel quadro di un pensiero che vede nel dono di sé e nella cura degli altri la realizzazione piena di una esperienza di vita salva proprio per l'individuo, liberato dalla autoreferenzialità.

Il messaggio di speranza di cui le chiese cristiane sono portatrici si inserisce nella drammaticità di queste situazioni dolorose, alla ricerca da un lato del maggior bene possibile umanamente, e dall'altro di una rinnovata capacità di agire in favore dei più deboli, di coloro che potrebbero trovarsi ai margini degli interventi che la società e le istituzioni sono in grado di assicurare. In tal senso le chiese, nel loro aspetto istituzionale e attraverso persone adeguatamente formate, possono impegnarsi in un servizio di supporto che in questo frangente sta rivelando la sua importanza: l'assistenza pastorale per gli ammalati, per le famiglie e per gli operatori sanitari, deve essere un campo in cui lavorare con determinazione. La crisi Covid-19 ha evidenziato punti di fragilità nella gestione degli aspetti di accompagnamento spirituale delle persone coinvolte: l'impossibilità di visitare i propri familiari ed amici, la stessa impossibilità di provvedere a forme di commiato che consentano una adeguata partecipazione sociale e dunque l'elaborazione del lutto, porta in primo piano l'esigenza di provvedere degli intermediari che svolgano un servizio di assistenza e di contatto.

A livello teologico l'emergenza Covid-19 riporta in primo piano due aspetti parimenti fondanti per il messaggio proprio delle chiese cristiane evangeliche: da un lato la consapevolezza della fragilità connessa alla creaturelità, dall'altro l'appello all'impegno e alla responsabilità. La presenza di una situazione di malattia di fronte alla quale ci troviamo improvvisamente esposti e sprovvisti di protezione ci richiama alla nostra posizione nel mondo: la condizione di esseri umani in relazione tra loro e in relazione con Dio, interroganti e interrogati dalle esperienze a volte tragiche che dobbiamo affrontare. La domanda sulla presenza del dolore e della sofferenza si ripropone in questi giorni con accenti peculiari, e se da un lato resta aperta e non deve essere elusa o soffocata, dall'altro costituisce l'appello a farci trovare pronti all'azione possibile, umile, limitata, ma fondamentale. Un profondo ripensamento della nostra postura nel mondo, delle modalità con cui

siamo presenti e con cui corrispondiamo al dovere di annuncio, di speranza e di vita ci è oggi più necessario che mai. L'attenzione alla domanda di significati che emerge deve essere tra le priorità di questo tempo: liberare gli esseri umani da interpretazioni falsificanti, da letture anche teologiche incapaci di liberare e di aprire nuove prospettive è un compito fondamentale di accompagnamento e aiuto in tempo di crisi. Interpretare la realtà, i segni dei tempi, alla luce di un messaggio di vita e di amore rimane fondamentale proprio in momenti epocali di passaggio che interpellano e sconvolgono le nostre consuete categorie di pensiero; la lucidità, la capacità critica e la propositività sono elementi a cui la tradizione biblica ci educa anche nel presente.

## 5. *Conclusioni*

La crisi sanitaria Covid-19 comporterà indubbiamente profondi cambiamenti nella vita culturale, sociale e politica dei nostri Paesi, e mutamenti profondi a livello mondiale; per le chiese vi è in questa situazione un appello forte all'impegno nel pensiero teologico. Non è possibile, a fronte della crisi in atto, non accorgersi della necessità di un forte cambiamento di linguaggi e di proposte che siano più capaci di rispondere alle esigenze e alle domande degli esseri umani provati e disorientati dalla crisi. I modelli tradizionali devono essere ripensati alla luce di una sensibilità diversa che oggi diviene manifesta, e ciò per rispondere all'appello etico insito nella prospettiva di fede cristiana. Riteniamo opportuno richiamare l'importanza di un pensiero critico, come specifico contributo del Protestantismo, e della responsabilità: in questo frangente ciò si configura come collaborazione attiva alle esigenze avanzate dalla crisi, sia dal punto di vista materiale, sia dal punto di vista dello studio, della comunicazione, del servizio pastorale. Il tempo che ci attende dopo la prima fase della pandemia dovrà essere un tempo di elaborazione di proposte e di forte presenza nei nostri territori, per offrire tutto il sostegno e l'aiuto insito nel messaggio di cui le chiese sono portatrici e di cui sono debitrice alla società tutta.