

# Considerazioni del Nucleo etico per la pratica clinica in tema di COVID 19

## Sommario

Premessa .....	1
Il dibattito etico .....	1
Le considerazioni del NEPC.....	5
Riferimenti.....	8

## Premessa

Il Nucleo etico per la pratica clinica (NEPC) di questa azienda, nell'esprimere riconoscimento e vicinanza a tutti coloro che si sono trovati a gestire questa straordinaria situazione sanitaria, oltre a rinnovare l'offerta di supporto e consulenza, propone alcune riflessioni su questioni etiche connesse alla cura e all'assistenza alle persone affette da COVID 19 nonché all'organizzazione dei servizi.

## Il dibattito etico

In questi due mesi, il dibattito etico si è incentrato soprattutto attorno criteri di accesso alle cure in condizioni di risorse limitate. Il dibattito si è acceso con la pubblicazione, a cura della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), del documento *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* [1], cui hanno seguito numerose prese di posizione e pronunciamenti.

Di seguito una breve sintesi dei punti salienti del dibattito, che attinge da fonti differenti per orientamento ed impostazione.

Il documento SIAARTI, che prefigurava la possibilità di uno scenario *“sostanzialmente assimilabile all'ambito della medicina delle catastrofi”* nel quale si sarebbe potuta presentare la necessità di stabilire *“criteri di accesso alle cure intensive (e di dimissione) non soltanto strettamente di appropriatezza clinica e di proporzionalità delle cure, ma ispirati anche a un criterio il più possibile condiviso di **giustizia distributiva** e di **appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate**”*, si articola in 15 raccomandazioni. La più controversa, quella che ha innescato i toni più accesi del dibattito, è indicata al punto 3., la quale, *“in un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone”*, individua il limite di età<sup>1</sup> quale criterio per riservare le risorse a chi ha *“più probabilità di sopravvivenza e a chi può avere più anni di vita salvata”*<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> L'età e la comorbilità sono criteri indicati in numerose linee guida per le decisioni etiche in caso di catastrofe [12], di pandemia COVID-19 [13]. Tra le altre. L'Università di Pittsburgh, ad esempio, ha stabilito dei punteggi per assegnare le priorità d'accesso a ciascun paziente, che tengono conto delle compromissioni d'organo, delle comorbilità e dell'aspettativa di vita [14]. Il Karolinska Institute di Stoccolma [15] ha stabilito che, in caso di necessità, le persone di 80 anni e quelle di 60-70 con altre patologie potranno essere esclusi dalle terapie salva-vita.

<sup>2</sup> Nel documento *Decisioni eticamente fondate per il trattamento dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria grave secondaria a infezione da COVID-19*, approvato dal Comitato Tecnico scientifico COVID-19 della Regione Veneto [16], si afferma che il documento SIAARTI si *“spinge ad affrontare lo scenario ipotetico della necessità di applicare il principio di giustizia”* richiamando l'attenzione sulla *“necessità di applicare con particolare cura quei principi di appropriatezza e proporzionalità (...), che vengono “applicati ogni giorno dagli Anestesisti Rianimatori”, che consistono nel “valutare se le specifiche condizioni cliniche dei pazienti possono avvalersi di un trattamento altamente invasivo (...) tenendo anche conto oltre che del quadro clinico del paziente, della sua <fragilità>, condizionato anche dall'età biologica, più che da quella anagrafica e del pre-esistente stato funzionale”*.

Il Presidente della **Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri** (FNOMCEO), Filippo Anelli, ha reagito dichiarando che i medici non possono permettere *“che si verifichino gli scenari prospettati dalla SIAARTI”* e che **“tutti i pazienti sono uguali e vanno curati senza discriminazioni”** [2].

Anche la **Federazione nazionale delle Professioni Infermieristiche** (FNOPI) si è espressa nei confronti del documento SIAARTI, sottolineando che la selezione per l'accesso alle terapie intensive in base alle possibilità di sopravvivenza hanno un rationale nelle situazioni di catastrofe, *“ma è imprudente e poco opportuno associarle a questo preciso momento: **ciascun paziente è uguale innanzi al diritto alla Salute e all'accesso alle cure**, esiste un'etica della cura e una deontologia che non deve ancora permettersi di piegare la testa ad altre logiche”* [3]<sup>3</sup>.

Successivamente, la **Pontificia Accademia per la Vita** [4], riconoscendo che le condizioni di emergenza potrebbero *“costringere i medici a decisioni drammatiche e laceranti di razionamento delle risorse limitate, non contemporaneamente disponibili per tutti”* ha affermato che la decisione debba basarsi sul miglior impiego dei trattamenti sulla base delle necessità del paziente, la gravità della malattia ed il bisogno di cure, la **valutazione dei benefici clinici** che il trattamento può ottenere, **in termini di prognosi**. *“L'età non può essere assunta come criterio unico e automatico di scelta, altrimenti si potrebbe cadere in un atteggiamento discriminatorio nei confronti degli anziani e dei più fragili”*.

**Alzheimer Europe**, in un proprio documento, ribadisce la necessità di basare le decisioni riguardanti l'accesso o la negazione dei servizi di terapia intensiva sulla **valutazione della prognosi individuale** del paziente e non *“sul fatto che abbia una determinata diagnosi o su generalizzati ipotesi/stereotipi sull'impatto di una particolare diagnosi (ad es. di demenza)”* o su criteri e caratteristiche non sanitarie *“ad esempio età, luogo di residenza, sesso, identità di genere, affiliazione etnica o stato civile o parentale”* o giudizi di valore *“ad esempio sulla probabile aspettativa di vita, la presunta qualità di vita, il potenziale contributo futuro alla società ecc”*<sup>4</sup>.

Il **Comitato Nazionale di Bioetica** (CNB) si è espresso nel documento *COVID-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”* [5], nel quale il criterio clinico è giudicato il più adeguato, ritenendo eticamente inaccettabile *“ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età anagrafica, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi”*.

---

<sup>3</sup> Il 20 aprile, la FNOPI ha pubblicato un Manifesto nel quale si declinano i contenuti del Codice Deontologico in rapporto all'emergenza COVID-19 [11].

<sup>4</sup> La malattia di Alzheimer, invece, è indicata tra i criteri di calcolo del punteggio per l'accesso alle cure intensive, individuati dall'Università di Pittsburgh [14].

Il CNB suggerisce di adottare il metodo del **trriage in emergenza pandemica** basato su **preparedness**<sup>5</sup>, **appropriatezza clinica** e **attualità**. Secondo il CNB, l'età "è un parametro che viene preso in considerazione in ragione della correlazione con la valutazione clinica attuale e prognostica ma non è l'unico e nemmeno quello principale"; urgenza, gravità del quadro clinico, comorbidità, quadro di terminalità a breve sono i fattori da considerare per valutare i pazienti per cui il trattamento può risultare maggiormente efficace in termini di "**maggiore possibilità di sopravvivenza**".

Maurizio Mori - componente del CNB, che ha espresso voto contrario, precisando le ragioni del proprio dissenso nella posizione di minoranza, pubblicata contestualmente al parere - ritiene la nozione di "possibilità di sopravvivenza", indicata dal CNB, assimilabile, anche se più vaga e generica, alla "maggiore speranza di vita", individuata dalla SIAARTI. Dal suo punto di vista, la maggior genericità ha importanti conseguenze pratiche: sulla base del riconoscimento di criteri extra clinici, SIAARTI arriva a formulare Raccomandazioni "**abbastanza precise e puntuali**", in grado di orientare rapidamente le scelte, mentre il CNB, limitandosi al solo criterio clinico, di fatto, non si discosta dalla consueta nozione di proporzionalità delle cure, che orienta le scelte in condizioni normali, "**anche in situazione di emergenza pandemica (...) quando non si riesce a garantire l'universalità delle cure è il medico che deve scegliere in scienza e coscienza mixando gli indicatori clinici a propria discrezione**".

Da questa breve ricognizione, risulta evidente che le divergenze riguardano prevalentemente:

- a) Il riconoscimento dell'eccezionalità della situazione, tale da richiedere il ricorso a qualche forma di *Triage* per l'accesso o la dimissione dalle cure<sup>6</sup>;
- b) L'adozione o non di criteri extra clinici per il *trriage* da affiancare a quelli clinici.

---

<sup>5</sup> Così definiti nel documento del CNB (sintesi):

**Preparedness**, strategie di azione da predisporre nell'ambito della sanità pubblica per valutare come gestire l'inevitabile conflitto fra gli obiettivi collettivi di salute pubblica (assicurare il massimo beneficio per il maggior numero di pazienti) e il principio etico di assicurare la massima tutela al singolo paziente. Il CNB focalizza in particolare due aspetti:

- a) necessità di prevedere una filiera trasparente nelle responsabilità e nei compiti, con chiarezza di tempi e metodi nonché strumenti operativi snelli e privi di ogni eccesso di burocrazia;
- b) i criteri di priorità eventualmente adottati nella fase di pandemia devono essere abbandonati al ritorno della normalità.

**Appropriatezza clinica**, la valutazione dell'efficacia del trattamento rispetto al bisogno clinico di ogni singolo paziente, con riferimento alla gravità del manifestarsi della patologia e alla possibilità prognostica di guarigione. Tale trattamento deve essere sempre proporzionato, ovvero tener conto del bilanciamento dei benefici e dei rischi rispetto al paziente, considerato dal punto di vista della dimensione clinica sia oggettiva che soggettiva (percezione del dolore e sofferenza, percezione della invasività dei trattamenti, ecc.).

**Attualità**. A differenza del *trriage* tradizionale, il *trriage* pandemico si includono non solo i pazienti "fisicamente presenti" ma anche quelli valutati come candidati alle cure intensive in altri contesti, ospedalieri o domiciliari.

<sup>6</sup> Non riconosciuta dalla Costituzione, né dalla deontologia medica (FNOMCEO); non applicabile alla situazione attuale, bensì da riservare alle sole situazioni di medicina delle catastrofi (FNOPI).

Tutti coloro, che riconoscono l'evenienza di trovarsi di fronte alla necessità di dover scegliere a chi dedicare le risorse, convengono su alcuni punti:

1. Il criterio dell'*ordine di arrivo* è eticamente inadeguato;
2. le decisioni sui singoli pazienti dovrebbero:
  - tener conto delle scelte individuali della persona, ovvero dei desideri attuali o di quelli precedentemente espressi (DAT e pianificazione anticipata delle cure);
  - non essere il frutto di una decisione di un solo clinico, ma di un percorso condiviso nell'equipe, con gli altri curanti e, laddove possibile con il malato e con i familiari. Un tanto a garanzia della qualità etica delle decisioni nonchè per sollevare i professionisti dal peso della scelta individuale;
  - essere riviste ed aggiornate in rapporto alle condizioni (prognosi, emergere di nuove alternative terapeutiche e alla disponibilità di risorse);
3. Il razionamento deve essere l'ultima opzione, da adottare solo dopo aver verificato la possibilità di esperire altre alternative, ivi compreso il trasferimento dei malati ad altre strutture;
4. la responsabilità etica di esplicitare e divulgare i criteri di allocazione delle risorse sanitarie in una condizione di straordinaria scarsità (trasparenza), *per evitare l'arbitrio e l'improvvisazione nelle situazioni di emergenza* [4] nonchè dare l'opportunità a ciascuno di scegliere se accedere alle strutture sanitarie e a quali strategie di trattamento aderire;

Vi è inoltre unanime consenso sulla responsabilità etica di non abbandonare la persona malata garantendo l'accompagnamento ad una morte dignitosa, ricorrendo laddove necessario alla terapia del dolore e alla palliazione.

## Le considerazioni del NEPC

Il rispetto del **principio di autonomia** impone di coinvolgere – ove possibile – la persona nelle scelte cliniche che la riguardano, informandola del decorso della patologia e delle opzioni terapeutiche a disposizione e di quelle sperimentali, permettendole così di esprimere una preferenza consapevole (che può anche consistere nel rifiuto di alcuni trattamenti prospettati) [6].

*“Deve essere considerata con attenzione l’eventuale presenza di volontà precedentemente espresse dai pazienti attraverso eventuali DAT (disposizioni anticipate di trattamento) e, in modo particolare, quanto definito (e insieme ai curanti) da parte delle persone che stanno già attraversando il tempo della malattia cronica attraverso una pianificazione condivisa delle cure [1]”.*

Nel caso dell’adulto incapace naturale, il NEPC richiama quanto suggerito in un precedente documento [7], a proposito delle situazioni cliniche di urgenza differibile a breve<sup>7</sup>: *“nel contesto di una ineludibile relazione con le persone di riferimento (familiari, la parte dell’unione civile, il convivente ovvero una persona che risulti di fiducia del paziente medesimo) elemento primario nell’assenza delle DAT (fatto questo che per lungo tempo si proporrà come scenario più frequente) diviene la conoscenza delle eventuali volontà di trattamento espresse anticipatamente. Si tratta in buona sostanza di verificare in modo compiuto l’assenza di un precedente manifestato dissenso a trattamenti diagnostico terapeutici quali quelli cui si dovrebbe dare seguito altresì provvedendo a formalizzare l’attività ricognitiva svolta ed i suoi esiti nella cartella clinica”.*

*Il **principio di beneficenza** esige che i trattamenti siano clinicamente appropriati ed eticamente proporzionati, al fine di non intraprendere procedure i cui prevedibili rischi superano i benefici attesi, o i cui costi, da intendersi in senso ampio e sotto molteplici profili, siano ritenuti eccessivi dal paziente [6].*

La sperimentazione clinica costituisce un valore e va incentivata, soprattutto in rapporto alle possibilità di approfondire la biologia del virus, i meccanismi patologici e le strategie terapeutiche, rispettando i principi delle *Good Clinical Practice*.

Il **principio di non maleficenza** vuole che si ponga particolare attenzione ad evitare la sofferenza ed il dolore. In questa situazione, la morte avviene in solitudine senza che i familiari abbiano la possibilità di accompagnare il proprio congiunto. Pur nella estrema difficoltà, ogni persona, indipendentemente dal fatto che riceva o non riceva servizi di terapia intensiva, che si trovi al proprio domicilio o in una struttura residenziale, deve essere trattata con compassione e rispetto per la sua dignità, rispettando le sue credenze spirituali e religiose, ricevendo sollievo dal dolore, sedazione e/o cure palliative e mettendo in atto, laddove possibile, tutti quelle azioni che le consentono il riavvicinamento alla propria cerchia affettiva (ad es. con l’uso di dispositivi mobili) [8].

---

<sup>7</sup> Ovvero quelle caratterizzate dall’impossibilità di invocare a posteriori lo stato di necessità e, al contempo, dall’impossibilità di attendere l’espletamento dell’iter per la rappresentanza legale.

L'**isolamento** imposto ai malati determina la necessità di individuare modalità, tecniche e procedure che garantiscano standard elevati di cura e assistenza, sotto il profilo tecnico-terapeutico e relazionale [6]; vanno esperite tutte le strategie per evitare la restrizione dei contatti con i familiari ed incentivate tutte le iniziative che favoriscono la **comunicazione** tra malati e *caregiver* anche ricorrendo, laddove sia possibile garantire le condizioni di sicurezza, all'aiuto di volontari.

*Il **principio di giustizia**, particolarmente rilevante nelle circostanze attuali, richiama poi l'attenzione sull'esigenza di garantire a ciascuno – riconosciuto pari agli altri sul piano della dignità, sotto tutti i profili – il più alto standard di cure mediche compatibile con un'equa distribuzione delle risorse a disposizione [6].*

La riorganizzazione delle attività sanitarie imposta dall'epidemia ha comportato una riduzione dell'offerta dei servizi di prevenzione, diagnosi e trattamento e, probabilmente per la paura del contagio, anche della domanda.

Vanno, ad esempio, promosse campagne informative che sensibilizzino la popolazione sui segni e sintomi delle patologie il cui esito è fortemente dipendente dai tempi di accesso alle cure; sulla sicurezza dei Pronti soccorsi anche durante l'emergenza COVID 19<sup>8</sup>.

È indispensabile avviare strategie di presa in carico proattiva soprattutto nei confronti delle persone affette da patologie croniche, rinforzare l'informazione ai cittadini e riprendere quanto prima le normali attività.

Bisogna, inoltre, considerare le necessità di coloro che non possono interrompere l'iter diagnostico e terapeutico a causa dell'epidemia, quali ad esempio i *cancer survivor*, che devono continuar a fruire delle cure in sicurezza. È necessario garantire percorsi, sale operatorie e di diagnostica differenziati nonché personale dedicato per i malati positivi al test SARS-Cov-2 [9] e verificare che nelle aree NO COVID accedano solo persone SARS-Cov-2 negative [9].

I professionisti sanitari hanno, inoltre, la responsabilità etica di diffondere conoscenze ed informazioni scientificamente fondate con comunicazioni adeguate e non confondenti per la tipologia di audience [10] [11] per contribuire a ridurre paure ed allarmismi, spesso alimentati da *fake news*.

I principi di non maleficenza e di giustizia impongono altresì tutela della **sicurezza** dei professionisti sanitari e di tutti gli operatori, che a diverso titolo sono impegnati nella cura, nell'assistenza e nell'approvvigionamento delle risorse ed in generale nel funzionamento dei servizi. La disponibilità di dispositivi di sicurezza (DPI) adeguati alle attività svolte e l'organizzazione di turnazioni sostenibili rappresentano il prerequisito per evitare il diffondersi della pandemia e per garantire la dotazione quanti-qualitativa di personale.

Il personale ha *l'obbligo di applicare la protezione personale attraverso i comportamenti, le buone*

---

<sup>8</sup> La diminuzione dei ricoveri per Ictus e ischemia cerebrale, in 81 centri italiani, ha raggiunto quasi il 50% [17]

*pratiche ed il corretto uso dei DPI* [10], anche al fine di ottimizzarne i consumi. La situazione d'emergenza ha determinato la necessità di assunzione di nuovi operatori, spesso al primo impiego. I professionisti esperti hanno la responsabilità di sostenerli ed aiutarli a sviluppare le competenze necessarie ad operare in sicurezza.

Vanno avviate attività di formazione del personale per favorire lo sviluppo delle necessarie competenze, tecniche e relazionali, per assistere le persone affette da COVID-19, supportare familiari e *caregiver* nonché mantenere un clima lavorativo sostenibile.

Il carico emotivo, cui sono stati sottoposti i malati, i familiari - ai quali, in caso di decesso del proprio congiunto, è stata impedita anche l'organizzazione dei consueti riti funebri - e gli operatori, impone di garantire supporto psicologico, e favorire la realizzazione di iniziative che consentano la condivisione e l'elaborazione delle esperienze vissute anche con l'aiuto del volontariato.

Anche il distanziamento sociale risulta particolarmente critico ed oneroso, soprattutto per le persone più vulnerabili. Anche in questo caso vanno ricercate tutte le strategie e realizzate tutte le iniziative volte a mantenere relazioni sostenibili, valutando la possibilità di coinvolgimento di associazioni e volontari.

ASUGI avrà sicuramente un ruolo importante nella cosiddetta FASE2, e potrà contribuire, promuovere ed incentivare percorsi specifici, soprattutto per i gruppi particolarmente vulnerabili (per esempio: anziani, minori con bisogni speciali, famiglie a rischio di violenza domestica, ...) in integrazione con le altre istituzioni ed agenzie sociali.

A Trieste, fortunatamente, l'emergenza COVID-19 non ha raggiunto livelli tali da imporre scelte di razionamento rispetto alle necessità dei singoli malati ed è probabile, oltre che auspicabile, che ciò non accadrà neanche in futuro; tuttavia, qualora si verificasse tale necessità, sarebbe necessario:

- ricercare ed esperire altre soluzioni basate su una condivisione in rete delle risorse allocate in diverse strutture operative locali, aziendali, regionali ed extraregionali [6];
- definire anticipatamente e rendere pubblici i criteri che saranno utilizzati per definire le priorità d'accesso alle cure intensive (trasparenza);
- solo qualora ciò non risultasse possibile o bastevole, dare priorità d'accesso alle cure intensive a coloro che si prevede possano beneficiarne maggiormente, sulla base della valutazione di molteplici dimensioni, al di fuori di ogni automatismo e secondo i principi sopra discussi [6];
- condividere, per quanto possibile anche nelle situazioni di urgenza e di emergenza, le scelte che riguardano i singoli malati tra più operatori;
- coinvolgere nelle decisioni, laddove possibile, il malato ed i familiari;
- la decisione di porre una limitazione alle cure dovrebbe essere comunque sempre motivata, comunicata e documentata.

**Il Nucleo etico per la pratica clinica rimane a disposizione a supportare i professionisti sanitari.**



## Riferimenti

- (1). S.I.A.A.R.T.I., Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, Versione 01, 06.03.2020), <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2675063.pdf>  
ultima consultazione aprile 2020
- (2). Anelli F. Intervento sul documento SIAARTI. Quotidiano Sanità, 8 marzo 2020.  
[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=82263](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=82263)  
ultima consultazione aprile 2020
- (3). FNOPI sul documento degli anestesisti rianimatori. Quotidiano Sanità, 10 marzo 2020.  
[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=82353](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=82353)  
ultima consultazione aprile 2020
- (4). Pontificia Accademia per la Vita. Pandemia e fraternità universale. Nota sulla emergenza da Covid-19. 30 marzo 2020  
[http://www.academyforlife.va/content/dam/pav/documenti%20pdf/2020/Nota%20Covid19/Nota%20Osu%20emergenza%20Covid-19\\_ITA\\_.pdf](http://www.academyforlife.va/content/dam/pav/documenti%20pdf/2020/Nota%20Covid19/Nota%20Osu%20emergenza%20Covid-19_ITA_.pdf)  
ultima consultazione aprile 2020
- (5). Comitato Nazionale per la Bioetica. Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica", 15 aprile 2020.  
<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/>  
ultima consultazione aprile 2020
- (6). Azienda Ospedale-Università Padova, Emergenza COVID-19: note del Comitato Etico per la pratica clinica dell'adulto, 19 marzo 2020.  
[https://www.aopd.veneto.it/all/Emergenza\\_Covid-19\\_note\\_del\\_Comitato\\_Etico\\_per\\_la\\_Pratica\\_Clinica\\_delladulto.pdf](https://www.aopd.veneto.it/all/Emergenza_Covid-19_note_del_Comitato_Etico_per_la_Pratica_Clinica_delladulto.pdf)  
ultima consultazione aprile 2020
- (7). Nucleo etico per la pratica clinica di ASUITs, Il trattamento sanitario dell'adulto incapace naturale, 22 ottobre 2018  
[https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all\\_dss/mat\\_info/dss\\_nepc\\_tratt\\_san\\_adulto\\_incapace\\_naturale.pdf](https://asugi.sanita.fvg.it/export/sites/aas1/it/documenti/all_dss/mat_info/dss_nepc_tratt_san_adulto_incapace_naturale.pdf)  
ultima consultazione aprile 2020
- (8). Alzheimer Europe. La posizione di Alzheimer Europe rispetto alla distribuzione delle scarse risorse sanitarie per i servizi di terapia intensiva durante la pandemia da COVID-19, 3 aprile 2020.  
<https://aito.it/sites/default/files/Alzheimer%20Europe%20COVID-19.pdf>  
ultima consultazione aprile 2020
- (9). Fondazione AIOM, Decalogo per le istituzioni, 22 aprile 2020.  
<https://www.fondazioneaiom.it/infezione-da-coronavirus-covid-19-e-pazienti-oncologici-cosa-fare/>  
ultima consultazione aprile 2020

- (10). Siiet, Simeu, Cosmeu, Acemc, Siems, Siaarti, Aaroi Emac, Aniarti, Documento intersocietario, 18 marzo 2020.  
<https://www.aaroiemac.it/uploads/SalaStampa/Comunicati%20Stampa/2020/Documento%20intersocietario.pdf>  
ultima consultazione aprile 2020
- (11). FNOPI. COVID-19: Manifesto deontologico degli infermieri per I cittadini, 20 aprile 2020.  
<https://www.fnopi.it/2020/04/20/covid-manifesto-deontologico-infermieri/>  
ultima consultazione aprile 2020
- (12). Leider J. P., DeBruin D., Reynolds N., Koch A., Seaberg J. Ethical Guidance for Disaster Response, Specifically Around Crisis Standards of Care: A Systematic Review Am J Public Health. 2017 Sep; 107(9): e1–e9. Published online 2017 Sep. doi: 10.2105/AJPH.2017.303882  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5551597/>  
ultima consultazione aprile 2020
- (13). White D.B., Lo B., A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic, *JAMA*. doi:10.1001/jama.2020.5046  
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763953>  
ultima consultazione aprile 2020
- (14). University of Pittsburgh. Allocation of Scarce Critical Resources During a Public Health Emergency. eAppendix. Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergency  
[https://cdn.jamanetwork.com/ama/content\\_public/journal/jama/0/jvp200068supp1\\_prod.pdf?Expires=2147483647&Signature=C3KlyQ0QbdRPtcpqUNtx63cpL~kIVRY2eDcuGqfOeBltw9~fkSc3rUPzfPQfKVWGJihbdsueazJQwgSWt~fe-HccvNlr46E~Gm9hj2vM5HCemp9ZGnNGRocQ46i8RdzO5anrtliRWTvyIM55x~SEr0whsJg1qqMGiCs6HXOpRShX41crrd9B6HEhpn32vy2F3eULrWvECbfe4yzx7ztOMvC0IHd2t8UolOrR2gDnbvnhto1Mncguh5J6NRodVvwfz16kTd5poPNh~IUJgIHZhJCaYKVR0KliWF9e1v2RLs7Lr1EZ-K5xno6zhvuBzsEhh86EWGLyhDRDWtD5rh8aQ\\_&Key-Pair-Id=APKAIE5G5CRDK6RD3PGA](https://cdn.jamanetwork.com/ama/content_public/journal/jama/0/jvp200068supp1_prod.pdf?Expires=2147483647&Signature=C3KlyQ0QbdRPtcpqUNtx63cpL~kIVRY2eDcuGqfOeBltw9~fkSc3rUPzfPQfKVWGJihbdsueazJQwgSWt~fe-HccvNlr46E~Gm9hj2vM5HCemp9ZGnNGRocQ46i8RdzO5anrtliRWTvyIM55x~SEr0whsJg1qqMGiCs6HXOpRShX41crrd9B6HEhpn32vy2F3eULrWvECbfe4yzx7ztOMvC0IHd2t8UolOrR2gDnbvnhto1Mncguh5J6NRodVvwfz16kTd5poPNh~IUJgIHZhJCaYKVR0KliWF9e1v2RLs7Lr1EZ-K5xno6zhvuBzsEhh86EWGLyhDRDWtD5rh8aQ_&Key-Pair-Id=APKAIE5G5CRDK6RD3PGA)  
ultima consultazione aprile 2020
- (15). Karolinska Institute. Beslutsstod for ansvariga lakare vid beslut om att inleda och avbryta intensivvard, 9 aprile 2020  
<https://www.aftonbladet.se/nyheter/samhalle/a/lAyePy/dokument-visar-de-prioriteras-bort-fran-intensivvard>  
ultima consultazione aprile 2020
- (16). Comitato Tecnico scientifico COVID-19 Regione Veneto. Decisioni eticamente fondate per il trattamento dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria grave secondaria a infezione da COVID-19, 13 marzo 2020  
<https://st.ilfattoquotidiano.it/wp-content/uploads/2020/03/16/allegato6382982.pdf>  
ultima consultazione aprile 2020
- (17). Ricoveri per ictus dimezzati, è l'effetto del Covid-19?  
<https://www.pharmastar.it/news/neuro/ricoveri-per-ictus-dimezzati-leffetto-covid-19-31811>  
ultima consultazione aprile 2020