

## “TRIAGE” E HALAKHÀ

Scialom Bahbout

(già Rabbino Capo delle Comunità Ebraiche di Napoli e Venezia)

**Indice**

- 1.- Il “triage”;
- 2.- La storia dei due viandanti;
- 3.- Diritto di precedenza;
- 4.- Aspettativa di vita: *Hayè sha ’à* (Vita momentanea);
- 5.- *Trefà*: aspettativa di vita minore di un anno;
- 6.- *Bizayon Ha-met*: non profanare il corpo del morto;
- 7.- Lo sviluppo moderno della medicina;
- 8.- *Hayè ’olàm, hayè sha ’à e trefà*;
- 9.- Mettere un respiratore in “standby” in attesa che arrivi un paziente *Hayè ’olàm*;
- 10.- L’opinione dei Maestri contemporanei;
- 11.- L’opinione di Rav Herschel Schachter;
- 12.- L’uomo rimane uomo;

**1.- Il “triage”**

Uno dei problemi che sorge ebraicamente quando i pazienti arrivano al pronto soccorso è quello di stabilire, in base alla *Halakhà*, quale deve essere la priorità da seguire: la domanda è se si debba decidere in base all’ordine di arrivo dei pazienti oppure alla gravità della loro situazione. È noto che in un pronto soccorso cui accedono molti pazienti esiste un sistema di accoglienza denominato “triage”: una parola che deriva dal francese “trier” ‘scegliere’, ‘classificare’, usata ai tempi delle guerre napoleoniche (“triage hospital” era la stazione di verifica per i soldati feriti). È quindi necessario un metodo di valutazione e selezione immediata quando si è in presenza di molti pazienti, oppure quando si è in presenza di un’emergenza extraospedaliera e si deve valutare la gravità delle condizioni cliniche del paziente.

I paesi più ricchi e sviluppati hanno dovuto affrontare dilemmi etici legati al “triage” e all’allocazione delle risorse della sanità, risultate scarse: mancanza di ventilatori o letti di terapia intensiva per tutti i pazienti Covid. In alcuni paesi si sono formati comitati etici per sviluppare schemi di definizione delle priorità. Dal punto di vista ebraico la domanda sulle priorità da seguire non è nuova: le autorità halakhiche hanno affrontato la questione e le loro risposte sono state scritte decenni prima della pandemia di Covid-19. I *responsa* affrontano la questione specifica del “triage” e altre questioni fondamentali quali come definire la vita e il suo valore. L’argomento è molto vasto e qui possiamo solo accennare ad alcuni aspetti, rimandando ai testi di *responsa* che sono in ebraico e non sempre accessibili al vasto pubblico. In ogni caso è necessario rivolgersi a un’autorità halakhica competente e riconosciuta: qui daremo solo alcuni cenni alla letteratura su questo argomento.

Con i rapidi progressi della tecnologia medica e della terapia nella seconda metà del ventesimo secolo, sono emerse complicate questioni mediche halakhiche, per lo più legate alle cure di fine vita. Per aiutare a rispondere a queste domande, i decisori si sono rivolti a medici e scienziati con esperienza in medicina, etica e *Halakhà* per consigli e guida. Questi esperti non solo hanno aiutato a spiegare i fatti medici ai rabbini, ma hanno anche trasmesso le loro opinioni ai laici e al pubblico in generale. Molti di questi interpreti sono stati accettati e rispettati per i propri meriti. La maggior parte dei decisori ha scritto le proprie opinioni in *responsa* che sono molto difficili da leggere e comprendere senza un sofisticato

retrotterra halachico, e questi esperti hanno tradotto e spiegato queste opinioni cruciali halakhiche che hanno implicazioni per la vita o la morte per molte persone.

Per comprendere l’approccio della *Halakhà* sul problema dell’allocazione delle scarse risorse, i Maestri fanno riferimento a cinque casi affrontati nel *Talmud*: il linguaggio usato non è sempre comprensibile per un pubblico non abituato alla terminologia e alla discussione talmudica.

Riassumiamo brevemente questi casi.

## 2.- La storia dei due viandanti

Il *Talmud*, in *Bavà Mezi’a* 62a, racconta: «Due persone stanno camminando per strada e una di loro ha una borraccia d’acqua. Se entrambi bevono, moriranno entrambi; se la bene uno solo, egli arriverà all’abitato. Ben Peturà sostiene: è meglio che entrambi bevano e muoiano e uno di loro non assista alla morte del suo compagno di viaggio. Fino a quando è venuto Rabbi Akivà e ha insegnato “tuo fratello vivrà con te” (Levitico 25:36). La tua vita ha la precedenza sulla vita di tuo fratello».

La *Halakhà* accetta l’opinione di Rabbi Akivà. Ci sono decine di spiegazioni su quale sia il punto preciso su cui Ben Peturà e Rabbi Akivà non sono d’accordo. Il *Hazon Ish* interpreta la controversia come incentrata sulla questione se salvare due vite per un breve periodo sia preferibile a salvarne una per un periodo di tempo prolungato. Ben Peturà sostiene che è preferibile salvare due vite anche per poco tempo; quindi, dovrebbero condividere l’acqua.

Quindi, in conclusione, Rabbi Akivà ritiene che, nel caso ci siano scarse risorse, è più importante salvare con certezza una vita anziché prolungare la vita a breve termine di due persone.

## 3.- Diritto di precedenza

La *Mishnà in Horayòt* (3:7–8) stabilisce quali sono le priorità da seguire nel caso si debba scegliere tra persone diverse e si debba tenere conto dello status delle persone (ad esempio tra *Cohen* e *Levi* o Israele ecc). Rav dr. Avraham Steinberg, un rabbino e neurologo pediatrico, forse il principale studioso contemporaneo di etica medica ebraica, studioso e interprete dei *responsa* medici dei più importanti decisori, ha scritto un compendio di leggi relative al Covid-19 riassumendo le varie opinioni. In questo lavoro, nella sezione dedicata al “triage”, scrive: «Le determinazioni basate su sesso, razza, religione, nazionalità, stato economico, stato comunitario, vocazione e simili non sono fattori per determinare la precedenza». Questa affermazione sorprende in quanto non è accompagnata da riferimenti, sempre molto presenti nella sua opera, cosa che la rende molto importante.

## 4.- Aspettativa di vita: *Hayè sha’à* (Vita momentanea)

Il *Talmud*, in *Avodà Zarà* 27b, pone il problema dell’aspettativa di vita e della possibilità che le cure possano causare la morte del paziente. Il *Talmud* conclude la discussione sull’argomento sostenendo che si possono dare delle cure a una persona che è in pericolo di vita, ma che ha un’aspettativa di vita limitata (*hayè sha’à*): si può curare e non dobbiamo preoccuparci se le cure non avranno successo e il paziente dovesse morire, perché ha solo una vita momentanea (*Hayè sha’à*). I decisori concludono da questo passo talmudico che si può rischiare la vita momentanea nel tentativo di dare una cura: ad esempio, un paziente può sottoporsi a un’operazione rischiosa se esiste una cura potenziale. I rabbini discutono sui parametri di questa legge (es. quanto rischio è accettabile e chi decide), ma il concetto è accettato. La domanda che si pone è se il principio ‘non siamo preoccupati per la vita momentanea’ sia rilevante nella valutazione del rischio per i casi che si presentano al “triage” (sull’interpretazione da dare a questo passo talmudico si veda più avanti l’opinione di Rav Wosner).

## 5.- *Trefà*: aspettativa di vita minore di un anno

Una persona viene definita come *trefà* (parola che lett. significa ‘sbranata’) quando ha un’aspettativa di vita inferiore a un anno. I decisori si relazionano in modo diverso al caso di *trefà*. *Il Meiri (Sanhedrin 72b)* suggerisce che per salvare un gruppo di persone, rapito e minacciato di morte, si può consegnare una *trefà*, ma non è consentito consegnare in questo caso una persona sana.

Ciò che tutte queste posizioni, da una prospettiva halakhica, hanno in comune è che, una *trefà* non ha lo status di persona del tutto normale e sana in determinate situazioni di vita o di morte. La domanda ovvia è se questa ipotesi abbia rilevanza per il “triage”.

## 6.- *Bizayon Ha-met*: non profanare il corpo del morto

Il divieto legale ebraico di deturpare i morti porta al principio etico del rispetto per un cadavere e alla sensibilità morale che si dovrebbe sviluppare nei confronti di un cadavere. Il consenso dell’opinione rabbinica a seguito della storica sentenza di Rav Yehezkel Landau (*Noda’ Bi-Yehudà 2:210*) è che qualsiasi deturpazione dei morti è severamente vietata a meno che non vi sia una prospettiva ragionevole e immediata di salvare una vita umana (facendo l’autopsia per capire quali sono i motivi della morte). Questa possibilità è nota nel linguaggio rabbinico come ‘a portata di mano’: in altre parole, ci deve essere una persona identificabile ‘a portata di mano’ che possa beneficiare immediatamente delle conoscenze mediche ottenute dall’autopsia. Rav Immanuel Jakobovits z.l. (*Jewish Medical Ethics: a comparative and historical study of the Jewish religious attitude and its practice*, New York 1975, 282s.) sostiene che si doveva tener conto delle nuove circostanze nell’applicare il principio ‘a portata di mano’: grazie alla moderna comunicazione, i pazienti di tutto il mondo possono essere considerati ‘a portata di mano’.

## 7.- Lo sviluppo moderno della medicina

Anche se i principi erano chiari e ampliamenti discussi nel *Talmud*, il mondo moderno ha imposto un’accelerazione ai problemi, specie per lo sviluppo delle tecnologie nel campo della medicina, ma anche nell’organizzazione della società diventata sempre più complessa. Rispondere ai quesiti che venivano posti non è stato facile per i Maestri che costituiscono punti di riferimento per questioni di *Halakhà*: Rav Moshe Feinstein, Rav Moshe Sternbach, Rav Shmuel Vosner, Rav Eliezer Waldenberg, Rav Shlomo Zalman Auerbach, Rav Asher Weiss, Rav Hershel Shachter (di New York) e altri ancora. Le opinioni sono state raccolte da Rav Avraham Steinberg, medico a sua volta e autore della Enciclopedia della Medicina e della *Halakhà*. Ecco alcune delle loro opinioni.

## 8.- *Hayè ‘olàm, hayè sha’à e trefà*

Rav Moshe Feinstein (*Iggheroth Moshe, Hoshen Mishpat* vol. 2, 73:2; vol. 2, 75) assume una posizione simile a quella del *Hazon Ish (Ohalot 22.32)*, secondo il quale le scarse risorse dovrebbero essere utilizzate per salvare vite a lungo termine, amplia la definizione di paziente ‘a portata di mano’ e sostiene che il secondo paziente non deve essere letteralmente ‘a portata di mano’, ma è sufficiente che ci sia un’alta probabilità che compaia un secondo paziente.

La domanda classica che viene posta è: se due pazienti giungono contemporaneamente al pronto soccorso, uno che nonostante l’intervento medico può vivere solo poco tempo (*hayè sha’à*), e uno che può essere salvato (*hayè ‘olàm*) e c’è solo un letto disponibile: chi dovrebbe essere curato? Rav Feinstein risponde che i medici dovrebbero curare il paziente che può essere salvato: «il motivo ovvio è che la vita di chi può essere salvato e vivere una vita normale ha la precedenza su chi sta morendo e il medico non è in grado di curare, ma il paziente morente non ha l’obbligo di salvare qualcun altro con la sua vita, e se è stato curato per primo non deve rinunciare al suo posto».

La difficoltà maggiore sta nel definire il paziente *hayè sha’à o hayè olàm*. Sulla definizione da dare a

*hayè sha 'à e hayè olàm* scrive Rav Feinstein: «Se hai di fronte a te due pazienti e puoi curarli entrambi, dovresti curare il paziente che vivrà più di un anno perché non ha perso la sua *hezkat haim* (presunzione di vita) al contrario del paziente che, secondo il parere del dottore, non vivrà per più di un anno, perché è considerato *trefà*». La questione fu sottoposta a Rav Feinstein più volte e successivamente sembra abbia riconosciuto la difficoltà di fare affidamento sulla definizione di *hayè sha 'à* usata nel suo primo responso, e per questo passa a usare il modello *trefà* in contrasto con *hayè sha 'à*. Il Rav non porta alcuna prova per questa decisione: da una prospettiva puramente halakhica è difficile capire questa posizione, perché c'è un accordo universale sul fatto che si debba salvare la vita di una *trefà* anche a spese della profanazione dello *Shabbat*. Inoltre, è molto difficile per i medici prevedere chi morirà entro un anno e la scelta tra un *hayè 'olàm* e una *trefà* è raramente la scelta che il medico deve affrontare.

### 9.- Mettere un respiratore in “standby” in attesa che arrivi un paziente *Hayè 'olàm*

Questa decisione, assunta da un ospedale di Johannesburg, è stata sottoposta da Rav Moshè Sternbach (*Teshuvot vehanhagot, Hoshen Mishpat, 858*) ad alcuni tra i principali Maestri contemporanei: il tema è quello di chiarire quale posizione assumere per il caso della persona, cui è stata prevista una sopravvivenza minore di un anno (*trefà*), se è realistico attendere l'arrivo di casi meno gravi, ma curabili. Ovviamente sarebbe proibito disconnettere la macchina per collegarlo con il nuovo paziente, perché significherebbe uccidere attivamente il paziente. Rav Sternbach concordò con la decisione dell'ospedale, basando la sua posizione sulle opinioni halakhiche secondo le quali una *trefà* non è considerata una persona completa. Questa opinione si basa anche sull'interpretazione di *Hazon Ish* di chi si considera una persona ‘a portata di mano’, il secondo paziente non deve essere letteralmente ‘a portata di mano’, ma è sufficiente che vi sia un'alta probabilità che si presenti un secondo paziente: in tal modo la decisione dell'ospedale di tenere l'attrezzatura per un paziente con una prognosi migliore può essere accettata, perché non è stata ancora data in uso a un paziente *Hayè sha 'à*.

### 10.- L'opinione dei Maestri contemporanei

Diamo uno sguardo all'opinione di alcuni importanti Maestri.

Rav Eliezer Waldenberg (*Titz Eliezer 17:10*) respinge la tesi di Rav Sternbach secondo cui la vita di una *trefà* ha un ‘valore’ halakhico inferiore a quella di un individuo sano. Concorda comunque con la decisione assunta dagli amministratori dell'ospedale di Johannesburg perché basata comunque sulla distinzione tra *hayè sha 'à e hayè olàm*. La possibilità di prolungare una vita prevale su quella di curare una persona per garantire la sopravvivenza di una persona solo momentaneamente: quindi si salva preferibilmente qualcuno che ha il potenziale per poter condurre una vita normale. A sostegno della sua posizione, porta il *Pri Megadim (Torah Haim, Mishbezoth zahav, 328)* che scrive: «Se c'è uno che è decisamente malato secondo la stima del medico e uno per il quale c'è il dubbio (*safèk*) che lo sia e le medicine sono disponibili solo per uno di loro, la scelta definitiva deve cadere sulla persona per la quale si ha il dubbio». È d'accordo con Rav Sternbach che accetta la decisione dell'ospedale di sospendere l'attrezzatura, se vi è la ragionevole certezza che un paziente più sano arriverà ad aver bisogno dell'attrezzatura.

Rav Shmuel Wosner (*Shevet halevi, Hoshen Mishpat, 242*) ha anche grandi difficoltà ad accettare l'idea che la vita di una persona che è considerata *trefà* ha un valore minore della vita di una persona sana. Il caso discusso nella *Mishnà di Avodà Zarà* è se si possa rischiare *hayè sha 'à* per ottenere *hayè 'olàm* non si riferisce a due malati, ma allo stesso individuo: un malato può sottoporsi a un'operazione rischiosa che potrebbe curarlo, ma che potrebbe anche ucciderlo. La nostra domanda si riferisce invece a due individui diversi, uno che è un *hayè sha 'à* e l'altro che è un *hayè 'olàm*: quindi non è una questione di valutazione del rischio, ma piuttosto di Triage, di scarsità di mezzi.

Rav Wosner adotta quindi un altro approccio per rispondere alla domanda posta da Rav Sternbach e basa la sua posizione sulla *Mishnà in Horayot*: ciò che la *Mishnà* ci sta insegnando è che ci sono varie regole

per salvare vite e una di queste è che un *hayè ‘olàm* ha la precedenza su un *hayè sha’à*. Ciò che insegna la *Mishnà* in *Horayot* è che ci sono regole nell’allocazione delle scarse risorse; tuttavia, Rav Wosner non spiega la fonte della regola secondo cui un *hayè ‘olam* ha la precedenza su un *hayè sha’à*. Allo stesso modo, la storia dei due viandanti insegna la regola che il diritto di salvare la propria vita ha la priorità rispetto a quella di un proprio amico. Tuttavia, Rav Shmuel Wosner non è d’accordo con Rav Sternbach e Rav Waldenberg sull’estensione del principio di *Hazon Ish*, applicato nell’ospedale di Johannesburg, perché ritiene valido l’obbligo di curare la vita del *hayè sha’à*, per il quale non è permesso rinviare la sua cura in previsione dell’arrivo di un paziente più vitale.

Rav Shlomo Zalman Auerbach ha anche affrontato la domanda dall’ospedale di Johannesburg e scrive (*Minchat Shlomo*, 86 (II ed.): «La decisione dell’ospedale di non utilizzare la macchina per il paziente - *terefà* – basata sul presupposto che ogni giorno si possono salvare pazienti sani – è forse giusta, anche se non mi è del tutto chiara. Ma in ogni caso l’amministrazione ha deciso che questa è la politica e per questo sono d’accordo con essa». È interessante notare che Rav Auerbach attribuisce molto peso al processo decisionale del responsabile – in questo caso l’amministrazione dell’ospedale – sul modo in cui deve operare il “triage”.

Come agire in situazioni che si verificano spesso in tempo di pace, e molto di più in tempo di guerra quando non abbiamo risorse sufficienti, per affrontare tutte le emergenze che accadono contemporaneamente? Ci sono regole che dovrebbero guidarci su come dare priorità al paziente? Dovremmo dedicare più tempo a un paziente per il quale c’è una maggiore probabilità che il medico possa fare la differenza? Possiamo prendere la decisione in base all’età, alla posizione sociale, alla malattia, o a chi è arrivato prima? Possiamo prendere un ventilatore da un paziente e darlo a un altro [paziente] che sta peggio o le sue possibilità [di cura] sono migliori?

Rav Auerbach risponde citando il *Pri Megadim* sopra ricordato e continua: «Quindi bisogna prima prendere in considerazione [quando si prendono decisioni di “triage”] il grado di pericolo e la possibilità di cura». Aggiungendo il criterio della ‘possibilità di cura’, Rav Auerbach sta realizzando un’innovazione halakhica mai vista in precedenza. Altri decisori hanno certamente preso in considerazione nel loro processo decisionale il grado di pericolo che il paziente sta affrontando o l’aspettativa di vita del paziente, ma l’approccio utilitaristico della ‘possibilità di cura’ è nuovo e coerente con un approccio che apprezza molto il principio di quante vite possiamo risparmiare a fronte a risorse limitate.

Rav Auerbach continua: «Riguardo a un respiratore, mi sembra che questo dipenda dal parere del medico: quando nella maggior parte [dei casi] non ci saranno ulteriori benefici [per il paziente], è meglio spostarlo [il ventilatore] a un secondo [paziente]».

La cosa interessante di questa affermazione è che non solo permette in determinate circostanze di trasferire un ventilatore da un paziente all’altro, ma lascia apparentemente la decisione ai medici che si prendono cura dei pazienti (questa frase è stata cancellata dalla seconda edizione di *Minhat Shlomo*, anche se compare nella versione del responso pubblicata sulla rivista *Assia*). Rav Auerbach conclude il suo responso con la sua caratteristica umiltà (si racconta che, quasi per sfuggire alla vista dei passanti, usasse camminare nella via rasente al muro): «Le domande sono molto difficili e non ho prove conclusive [per le mie posizioni]».

## 11.- L’opinione di Rav Herschel Schachter

Rav Schachter segue l’approccio di Rav Feinstein e Rav Auerbach e ritiene che il punto cruciale per la definizione delle priorità delle risorse scarse sia la possibilità di cura. Per un paziente anziano, anche se il ventilatore è stato utile, sarà solo un *hayè sha’à*. Nel corso dell’epidemia Covid, l’arrivo quasi certo di persone giovani e altrimenti sane che necessitano di ventilazione meccanica immediata, consente ai medici di tenere in mano un respiratore per un breve periodo finché arrivi un giovane paziente sano (secondo l’opinione di Rav Waldenberg). Se il paziente anziano era già collegato al respiratore e poi è diventato evidente che non è servito a nulla, e poiché molti giovani arriveranno, allora la linea d’azione corretta dovrebbe essere che i medici designino il paziente con il codice del primo paziente in cura ‘da

non rianimare’.

Nella scelta tra l’inizio di una nuova terapia per il paziente anziano e l’arrivo imminente di un paziente giovane, dovremmo considerare questo un caso come quello di ‘sono arrivati allo stesso tempo’ e dovremmo dare la priorità ai pazienti giovani, ma più sani. In questo caso non diciamo che si sta ‘mettendo da parte una vita per un’altra’, e questo perché si inizia una nuova terapia per il paziente anziano: il paziente anziano potrebbe essere scollegato dal respiratore e utilizzare la terapia alternativa della ventilazione non invasiva (BiPAP), al fine di somministrare il ventilatore al giovane paziente con ottime possibilità di sopravvivenza. Questo sarebbe possibile perché i due pazienti sono da considerare come se fossero arrivati nello stesso momento e dovremmo dare la priorità ai pazienti che hanno maggiori probabilità di sopravvivenza.

Questa decisione può essere assunta, sia perché si applica il principio dei due pazienti arrivati assieme, sia perché al primo paziente vengono assegnate terapie di sostegno ‘non continue’ che possono essere interrotte, come i farmaci per aumentare la pressione sanguigna del paziente, la dialisi, l’eventuale somministrazione di antibiotici o il trasferimento del paziente dall’unità di terapia intensiva. Non è chiaro se Rav Feinstein sarebbe stato d’accordo con questo approccio dato che sembra egli sostenga che, una volta ricoverato in terapia intensiva, il paziente avrebbe ‘acquisito il posto’ e quindi il diritto alla continuità dello stesso trattamento.

## 12.- L’uomo rimane uomo

La prognosi del paziente e la probabilità di successo del trattamento giocano un ruolo importante nel processo decisionale dei decisori contemporanei. La prognosi per ogni singolo paziente non dipende solo dalla gravità della malattia in corso, ma anche dallo stato di salute del paziente e dalle condizioni mediche croniche. Un paziente con una malattia cardiaca o respiratoria sottostante avrà una prognosi peggiore rispetto a un paziente sano della stessa età e sesso. La questione cruciale è se questa comprensione della prognosi debba svolgere un ruolo determinante nel processo decisionale halachico relativo al “trriage”, come fanno molti decisori in relazione all’età, oppure adottare un approccio basato sull’uguaglianza umana secondo il principio ‘chi dice che il tuo sangue è più rosso del mio?’.

Le indicazioni qui date sono generali, ma come per ogni decisione che un Maestro deve prendere, ogni caso è diverso dall’altro, ed è necessaria la massima cautela nel valutare tutti gli elementi del caso specifico, per non dimenticare che abbiamo davanti una persona. Alla fine di questa analisi, proprio di fronte al pericolo di perdere il senso di cosa sia l’uomo, nel momento in cui si prendono decisioni che hanno un peso sulla concezione della vita, può essere importante citare l’opinione di Rav Joseph Dov Soloveitchik.

In *The emergence of Ethical Man* (Jersey City 2005, 29), egli scrive: «Un uomo in coma possiede tutti i diritti di cui è dotato l’essere umano. Chi arreca danno risponde di quanto ha fatto. L’uccisione di un *gosès* (moribondo) è sinonimo dell’omicidio di una persona sana [...]. Non c’è un solo parere nel *Talmud* che tende a privare il *gosès* dei suoi diritti civili e delle sue qualifiche giuridiche. Se la *Halakhà* avesse identificato l’idea di uomo con quella di coscienza, *logos*, attività intellettuale, allora né l’embrione, né il neonato, né l’uomo in stato comatoso potrebbero essere considerati sotto l’aspetto di persona giuridica. Non dimentichiamo che l’embrione o il morente privato di tutte le facoltà somiglia alla pianta molto più che all’animale. L’istinto, la sensazione, la risposta attiva alla stimolazione, la locomozione e molti altri processi neurologici che caratterizzano l’esistenza animale sono completamente estinti in tali persone. Eppure, l’uomo rimane uomo».

*Ringrazio Rav Riccardo Shmuel Di Segni per avere letto il testo e avermi suggerito alcune modifiche.*

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- A. Steiberg, in *The coronavirus Pandemic 2019–20. Historical, Medical and Halakhic Perspectives* p. 37, e in *Encyclopedia of Jewish Medical Ethics*, vol. IV, ed. Ebraica, 245–272.
- M. Sokol, *The Allocation of Scarce Medical Resources. A philosophical Analysis of the Halachic Sources*, in *AJS Review* 15.1 (1990) 63-93.
- H. Schachter, in [https://7d4ab068-0603-408d-89df-fac4580e17c4.filesusr.com/ugd/8b9b1c\\_c43ae9f486e34ee88578fc8004107114.pdf](https://7d4ab068-0603-408d-89df-fac4580e17c4.filesusr.com/ugd/8b9b1c_c43ae9f486e34ee88578fc8004107114.pdf).
- A. Weiss, *Minhat Asher*, in [https://7d4ab068-0603-408d-89df-fac4580e17c4.filesusr.com/ugd/8b9b1c\\_93565e70a1fa495d8875452a579d1d06.pdf](https://7d4ab068-0603-408d-89df-fac4580e17c4.filesusr.com/ugd/8b9b1c_93565e70a1fa495d8875452a579d1d06.pdf).
- A. Solnica, L. Barski, A. Jotkowitz, *Allocation of scarce resources during the COVID-19 pandemic: a Jewish ethical perspective*, in *Med Ethics* 46.7 (2020) 444-446.

## SOMMARIO

Un importante problema che si pone è, nel caso diversi pazienti arrivino nello stesso momento a un Pronto soccorso, chi debba essere curato per primo. Cosa prescrive, al riguardo, la *Halakhà*? Bisogna regolarsi in base all’ordine di arrivo, alla gravità della loro situazione o alle possibilità di ottenere un risultato positivo nella cura?

## ABSTRACT

A major issue that arises when several patients arrive at the emergency room at the same time is who should be treated first. What does the *Halakhà* prescribe in this regard? Should treatment be based on the order of arrival, the severity of their condition, or the likelihood of a positive outcome?

## PAROLE CHIAVE

Triale  
*Halakhà*  
*Hayè sha’à*  
*Trefà*  
Pandemia

## KEYWORDS

Triale  
*Halakhà*  
*Hayè sha’à*  
*Trefà*  
Pandemic

**Contributo sottoposto a procedura di valutazione “double blind”**