

Covid-19. Le Raccomandazioni di etica
clinica della SIAARTI. Profili di
interesse costituzionale.

di Lucilla Conte

Dottore di ricerca in Diritto costituzionale
Università del Piemonte Orientale



Covid-19. Le Raccomandazioni di etica clinica della SIAARTI. Profili di interesse costituzionale.*

di Lucilla Conte

Dottore di ricerca in Diritto costituzionale
Università del Piemonte Orientale

Sommario: 1. Emergenza sanitaria e informazione – 2. Le Raccomandazioni di etica clinica della SIAARTI nel quadro della medicina delle catastrofi – 3. I profili di interesse costituzionale

1. Emergenza sanitaria e informazione

Il contributo intende fornire elementi utili alla discussione nell'ambito dell'area tematica relativa ai *rapporti tra comunità scientifica, decisione politica e diritto all'informazione*.

In particolare, esso propone di analizzare i profili di interesse costituzionale sottesi alla larga eco mediatica suscitata dalla pubblicazione, da parte della SIAARTI («Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva») delle *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione ai trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili* (di seguito, le Raccomandazioni SIAARTI)¹.

Significativo è il dato cronologico: le Raccomandazioni sono rese pubbliche il 6 marzo 2020, due giorni prima del DPCM dell'8 marzo 2020 (che estende la c.d. “zona rossa” dalle aree più circoscritte individuate nel DPCM del 23 febbraio 2020 – corrispondenti ai primi focolai di contagio – all'intera Lombardia e alle province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio Emilia, Rimini, Pesaro e Urbino, Alessandria, Asti, Novara, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli, Padova, Treviso, Venezia) e appena cinque giorni prima del DPCM

* Paper non sottoposto a referaggio.

¹ Il documento, redatto da un gruppo di lavoro interno alla SIAARTI (M. Vergano, G. Bertolini, A. Giannini, G. Gristina, S. Livigni, G. Mistraretti, F. Perini) è consultabile al seguente url: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>. Esso ha, tra i suoi obiettivi, quello di sollevare i clinici dalla responsabilità, giudicata emotivamente gravosa, collegata alla trattazione di un numero di pazienti elevato rispetto alle risorse di terapia intensiva disponibili, e quello di esplicitare i criteri di allocazione delle risorse sanitarie in condizione di necessità. Per un primo commento, v. C. di Costanzo, V. Zagrebelsky, *L'accesso alle cure intensive tra emergenza virale e legittimità delle scelte allocative*, in www.biodiritto.org, Online first (15 marzo 2020), in corso di pubblicazione in *BioLaw Journal*, n. 2/2020.



dell'11 marzo 2020 mediante il quale l'intero territorio nazionale viene assoggettato alle eccezionali misure restrittive previste per la "zona rossa"².

Come sottolineato dalla stessa presidente della SIAARTI in un'intervista ad un quotidiano nazionale, tali raccomandazioni costituiscono un «documento tecnico», rispetto al quale «non ci sarebbe bisogno di un dibattito pubblico»³.

Queste considerazioni, tuttavia, appaiono in parte smentite dal tenore del comunicato stampa diffuso dalla stessa SIAARTI⁴, in cui si afferma la natura di documento tecnico delle Raccomandazioni, ma si sottolinea anche come esso venga pubblicato «integralmente e senza alcuna restrizione, pur essendo indirizzato a colleghi ed esperti» allo scopo di «offrire un supporto professionale e scientifico autorevole a chi è costretto dagli eventi quotidiani a prendere decisioni a volte difficili e dolorose». Di più, il documento è rivolto ad una platea più ampia degli anestesisti e rianimatori, e perciò, idealmente, ad ogni medico che «in una situazione così complessa» possa trovarsi nella condizione «di dover prendere in breve tempo decisioni laceranti da un punto di vista etico oltre che clinico», tra cui quella di stabilire quali pazienti assoggettare a terapia intensiva e quali no, in un contesto di oggettiva scarsità di risorse. Il comunicato stampa si chiude poi con un interrogativo retorico sul collegamento tra l'insufficienza delle risorse e l'incapacità da parte delle «istituzioni» di porre in essere investimenti adeguati sul sistema sanitario, investimenti che si sarebbero rivelati utili sul lungo periodo nel fronteggiare l'attuale e straordinaria situazione di emergenza. Questo documento si inserisce all'interno di un dibattito pubblico decisamente sensibile all'acquisizione di nuovi elementi di conoscenza tecnico-scientifica, a maggior ragione in un contesto in cui la comunità scientifica è risultata drammaticamente divisa, fornendo non solo all'opinione pubblica, ma anche ai decisori politici ricostruzioni differenti non solo sul potenziale epidemiologico di Covid-19, ma anche sui differenti modelli di contrasto all'andamento esponenziale dei contagi⁵.

² Per una prima sistematizzazione dei principali provvedimenti adottati, v. M. Cavino, *Una prima lettura dei provvedimenti adottati dal Governo*, in questa Rivista e I. Massa Pinto, *La tremendissima lezione del Covid-19 (anche) ai giuristi*, in *Questione giustizia*, 18 marzo 2020.

³ M. Bocci, *Petrini. Oggi la scelta di curare richiede regole certe*, *La Repubblica.it*, 8 marzo 2020, in cui la Dott.ssa Flavia Petrini, Presidente della SIAARTI, afferma che: «si tratta di un documento tecnico, destinato ai professionisti e sul quale non ci sarebbe bisogno di un dibattito pubblico. I casi si discutono singolarmente, mettendo a conoscenza i parenti delle persone interessate di quello che si intende fare. Lo abbiamo redatto perché in Lombardia ci sono condizioni disperate, e i professionisti hanno l'esigenza di non essere lasciati soli di fronte a scelte difficili. Già oggi devono decidere chi attaccare al ventilatore e chi no».

⁴ Il comunicato stampa è consultabile al seguente url: <http://www.siaarti.it/News/comunicato%20raccomandazioni%20di%20etica%20clinica%20siaarti.aspx>.

⁵ Nel contesto di un dibattito scientifico ancora aperto su quelle che possano essere le misure più efficaci di contrasto rispetto alla diffusione del virus (in assenza di un vaccino), i media (ma anche i decisori politici ad ogni livello) hanno dimostrato comportamenti contraddittori basti pensare – a titolo esemplificativo – alla campagna social #milanononsiferma nell'ultima settimana del mese di febbraio e al richiamo dell'Ordine dei giornalisti della Lombardia del 6 marzo 2020 in cui venivano segnalate gravi anomalie nel sistema dell'informazione e si invitavano i giornalisti ad un rispetto scrupoloso delle regole deontologiche e, in particolare, ad «evitare un sensazionalismo che potrebbe far

Nel contesto del dilagare dell'epidemia da SARS-CoV-2, è tornato in auge il termine “infodemia”, che sta a significare una sorta di epidemia cognitiva derivante dalla circolazione di una massa di opinioni contraddittorie⁶.

Con la pubblicazione delle Raccomandazioni della SIAARTI, il tema del dibattito si è spostato sul piano della concreta gestione dell'emergenza sanitaria, con particolare riferimento alla scarsità di postazioni di terapia intensiva rispetto al numero (potenziale, e poi via via sempre più reale) dei soggetti più gravemente affetti da Covid-19.

Il pregio di tale documento, sul piano dell'informazione, è stato quello di porre l'opinione pubblica (in parte ancora refrattaria a riconoscere la reale pericolosità del Coronavirus - sulla base del non elevatissimo tasso di mortalità ad esso collegato) di fronte al cuore del problema derivante dall'epidemia da Covid-19: vale a dire la mancanza di posti letto disponibili in terapia intensiva in relazione all'andamento esponenziale dei contagi.

Questo dato (pur analizzato nell'ottica del clinico che deve gestire gli accessi alla terapia intensiva e delle scelte difficili a cui debba eventualmente risultare sottoposto in ragione della scarsità di posti disponibili) ha avuto un grande impatto presso l'opinione pubblica⁷, tale da costituire una sorta di argomento principe per una iniziale accettazione condivisa delle pesanti misure di distanziamento e/o ritiro sociale previste con i successivi DPCM, oltre ad avere determinato un significativo *pressing* presso i decisori politici (a tutti i livelli) per l'adozione di misure di crescente rigore.

sorgere timori o speranze infondate» in relazione all'emergenza sanitaria in corso. Il modello di contrasto a COVID-19 inizialmente annunciato dalla Gran Bretagna, fondato sul rifiuto di adozione di misure di contenimento a monte del contagio, scommettendo sulla rapida instaurazione di un'immunità di gregge, dimostra l'assoluta mancanza di un accordo da parte della comunità scientifica sulle modalità con cui fare fronte ad un'epidemia derivante da un virus rispetto al quale ancora troppe appaiono essere le incognite. L'Organizzazione Mondiale della Sanità l'11 marzo 2020, nel dichiarare che il focolaio internazionale di infezione da SARS-CoV-2 può essere considerato una pandemia. Nel discorso del 12 marzo il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sottolineato come in ogni caso si richieda, da parte di tutti gli Stati, una «urgent and aggressive action». Il testo del discorso è consultabile al seguente url: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19---12-march-2020>.

⁶ Il termine *infodemic* (che costituisce una crisi di information epidemic, italianizzato in “infodemia”) ricorre per la prima volta nell'articolo *When The Buzz Bites Back* di David J. Rothkopf, pubblicato su *The Washington Post* (11 marzo 2003), ed è così definito: «A few facts, mixed with fear, speculation and rumor, amplified and relayed swiftly worldwide by modern information technologies». Più oltre, l'autore dell'articolo rileva tuttavia come «Managed and understood, however, the forces that fuel infodemics can help us create better early warning systems for everything from diseases to social unrest, as well as respond quickly and monitor the results».

⁷ La pubblicazione delle Raccomandazioni di etica clinica della SIAARTI è stata seguita da ampia eco sui quotidiani: a titolo esemplificativo, oltre a M. Bocci, *Coronavirus, l'anestesista Petrini: “Oggi la scelta di chi curare richiede regole certe”*, La Repubblica.it, 8 marzo 2020; F. Ognibene, *Coronavirus. “Ricoveri in terapia intensiva secondo speranza di vita e limiti di età”*, Avvenire.it (7 marzo 2020); C. Baldi, *Il medico rianimatore: “E' un'emergenza e dobbiamo scegliere i criteri per le cure in terapia intensiva”*, La Stampa.it, 10 marzo 2020; M. Portonova, *Coronavirus. Il coordinatore delle terapie intensive lombarde: Nessun “vecchio” escluso, ma succederà se non fermiamo il contagio*, su *Ilfattoquotidiano.it* e, sullo stesso giornale, S. Settis, *Coronavirus, i medici che ribaltano la “carta”*, ove si identifica nelle raccomandazioni della SIAARTI una violazione della Costituzione con riferimento all'art. 32, perpetrata da quella che sarebbe una «mera associazione professionale».



2. Le Raccomandazioni di etica clinica della SIAARTI nel quadro della medicina delle catastrofi

Le Raccomandazioni della SIAARTI, in una misura indipendente in certo qual modo dagli obiettivi dichiarati dai suoi estensori, si configurano dunque come un documento “anfibo”, di carattere tecnico-politico, che attinge nelle sue premesse dall’impostazione assunta dagli studi di medicina delle catastrofi. Secondo questa prospettiva, alla definizione dello stato di emergenza sanitaria, si ricollega il tema della prevenzione dei rischi sia nell’immediato (nel senso della gestione razionale ed efficiente di risorse scarse) che in un’ottica di lungo periodo⁸.

Il punto di vista della medicina delle catastrofi è utile per comprendere il mutamento di paradigma che viene esplicitato dalle Raccomandazioni, in cui al dovere di cura si associa anche un imperativo sulla gestione corretta di risorse scarse: in questo caso, del numero di posti disponibili in terapia intensiva⁹.

La premessa del documento in esame riguarda la situazione (presunta al 6 marzo 2020, poi realizzatasi in tutta la sua drammatica concretezza nel momento in cui si scrive¹⁰) di un «enorme squilibrio tra le necessità cliniche reali della popolazione e la disponibilità effettiva di risorse intensive».

Lo scenario che viene prospettato è, in modo esplicito, quello della medicina delle catastrofi (o *Disaster Medicine*)¹¹, in cui i criteri di accesso alle cure intensive (e di dimissione) non possono più soltanto limitarsi

⁸ In questo senso, di particolare interesse è il punto i) delle *General considerations contenute nell’Hyogo Framework for Action 2005-2015* nell’ambito della *World Conference on Disaster Reduction* (18-22 January 2005 Kobe, Hyogo, Japan), per cui: «the promotion of a culture of prevention, including through the mobilization of adequate resources for disaster risk reduction, is an investment for the future with substantial returns. Risk assessment and early warning systems are essential investments that protect and save lives, property and livelihoods, contribute to the sustainability of development, and are far more cost-effective in strengthening coping mechanisms than is primary reliance on post-disaster response and recovery». Sull’importanza dell’acquisizione di competenze in materia di medicina dei disastri da parte dei clinici, World Medical Association. WMA General Assembly. Pilanesberg, South Africa, Oct, 2006. *Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters*, consultabile al seguente url: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/d7/index.html>.

⁹ «Disaster situations are related with public health ethics more than they do with medical ethics, and accordingly may require stronger effort to achieve a balance between individual and collective rights», C. Ozge Karadag, A. Kerim Hakan, *Ethical Dilemmas in Disaster Medicine, Introduction*, in *Iran Red Crescent Med J.*, 30 ottobre 2012, testo consultabile al seguente url: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3518976/>.

In senso contrario C. di Costanzo, V. Zagrebelsky, *L’accesso alle cure intensive tra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative*, cit., p. 6, che, muovendo un rilievo di metodo, sottolineano come la redazione di un documento quale le Raccomandazioni di etica clinica della SIAARTI «avrebbe meritato e comunque meriterà una riflessione e una discussione più inclusiva, coinvolgente oltre a specialisti di altre branche della medicina, anche bioeticisti, giuristi, e ampie fasce della cittadinanza».

¹⁰ Alle ore 18.00 del 19 marzo 2020 il numero complessivo dei deceduti era di 3409 (di cui 2168 solo nella regione Lombardia), superiore a quello riscontrato in occasione del dilagare dell’epidemia in Cina. Fonte: http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5351&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto&gclid=CjwKC-AjmsMzBRACEivAx4IL-GnQahYbX00EO-nGXvZ7O4jWugDrkbRbQFqjPjgDi7C0G2t9NXRw7LBoCyr4QAvD_BwE.

¹¹ Sul concetto di *disaster*, v. la definizione elaborata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, per cui con esso, in particolare, si intende: «a serious disruption of the functioning of a community or a society causing widespread human, material, economic or environmental losses which exceed the ability of the affected community or society to cope using its own resources», *World Health Organization (WHO). Definitions: Emergencies. Glossary of Humanitarian terms*, consultabile al seguente url: <http://www.who.int/bac/about/definitions/en/>.

a valutazioni di appropriatezza clinica e proporzionalità delle cure, ma debbono ispirarsi anche «a un criterio il più possibile condiviso di giustizia distributiva e di appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate»¹².

In questo scenario il criterio di accesso alle cure sulla base del principio «*first come, first served*» non sembra apparire soddisfacente, risultando preferibile lasciare spazio a quello della maggior speranza di vita.

L'approccio dichiarato è dunque quello di un *triage* da maxi-emergenza, in cui l'idoneità clinica alle cure intensive costituisce un fattore di integrazione del “mero” bisogno delle stesse.

Va detto che questa impostazione di metodo risulta temperata, già in premessa, nella esplicitazione di una sorta di “test” di giustificabilità dei criteri di razionamento, operato dalle Unità di crisi all'interno dei presidi ospedalieri, il quale ha ad oggetto la dimostrazione del compimento di tutti gli sforzi possibili per aumentare i posti letto in terapia intensiva e la valutazione della possibilità di operare trasferimenti in centri dotati di maggiori risorse disponibili.

Ci si può chiedere quali rapporti intercorrano tra un documento di questo tipo e il testo costituzionale, e, in particolare, se e come l'approccio «*soft utilitarianism*»¹³ che caratterizza le Raccomandazioni possa coniugarsi con i principi costituzionali che governano il bene-salute nel suo duplice profilo di diritto individuale e di interesse della collettività.

3. I profili di interesse costituzionale

Le Raccomandazioni elaborate dalla SIAARTI, pur costituendo un documento dedicato agli anestesisti e ai rianimatori che si trovano a fronteggiare l'epidemia da SARS-CoV-2 in condizioni di particolare difficoltà, presentano alcuni elementi di interesse per i profili costituzionali che ad esso si collegano.

Un primo elemento – che costituisce la precondizione per un'analisi di tale documento anche dal punto di vista del diritto costituzionale – è quello derivante dall'interesse che hanno suscitato tali Raccomandazioni non soltanto nella platea degli addetti ai lavori, ma anche presso l'opinione pubblica, costituendone un fattore di condizionamento.

Un secondo profilo è costituito dalla possibilità di leggere le stesse alla luce degli articoli 2, 3, 13 e 32 della Costituzione, evidenziandone elementi di eventuale incompatibilità oppure, al contrario, di implementazione.

¹² Raccomandazioni SIAARTI, p. 3.

¹³ Su cui, L. Rosenbaum, *Facing Covid-19 in Italy — Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line*, in *The New England Journal of Medicine*, 18 marzo 2020, articolo consultabile al seguente url: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005492>

Il contesto in cui sono elaborate le Raccomandazioni e il loro ambito di applicazione è strettamente collegato alla situazione di emergenza sanitaria: si tratta, dunque, di criteri di ammissione e dimissione in un contesto di straordinarietà che coinvolge la totalità dei pazienti intensivi (non soltanto, dunque, quelli affetti da infezione da Covid-19) e che necessita di criteri di allocazione modulati sulla base delle nuove esigenze, rispetto alle quali anche l'attività chirurgica ed ambulatoriale potrebbe registrare una riduzione degli ambiti di attività per far fronte alla scarsità di risorse intensive (punto 2 delle Raccomandazioni)¹⁴.

Il punto 3 delle Raccomandazioni, che esplicita il *favor* per l'utilizzo del criterio del limite di età per l'accesso alla terapia intensiva, è apparso quello più controverso, nonché quello che ha determinato il maggiore allarme sociale in relazione all'aumento della platea dei soggetti contagiati da Coronavirus.

L'utilizzo di tale criterio oggettivamente appare in contrasto con l'art. 3 del Codice di deontologia medica (rubricato *Doveri generali e competenza del medico*, in base al quale doveri del medico sono «la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera») che impone al medico di non operare discriminazioni di trattamento tra i soggetti di cura, indipendentemente da considerazioni “di contesto” siano esse istituzionali o sociali.

Tuttavia, la rigida perimetrazione delle scelte in regime di giustizia distributiva operata dalle Raccomandazioni, unitamente alla considerazione – basata su riscontri oggettivi – per cui il criterio del limite di età per l'accesso alla terapia intensiva trova altresì giustificazione nel decorso insolitamente lungo delle polmoniti da Covid-19 (che portano all'occupazione di posti in terapia intensiva per un periodo di tempo significativo), appaiono giustificate all'interno del generale contesto di probabile saturazione totale delle risorse (di certo non assimilabile alle “condizioni istituzionali o sociali” di cui all'art. 3 del Codice di deontologia medica).

Il tema che qui si pone è dunque se, anche nell'ambito della deontologia medica lo stato di emergenza possa determinare degli scostamenti rispetto al contesto base di normalità in cui le regole deontologiche sono state elaborate ed immaginate nelle loro prassi applicative¹⁵, e in quale misura tali scostamenti possano collidere con i principi costituzionali.

¹⁴ Si tratta di uno scenario che non ha tardato a realizzarsi e che ha imposto in alcuni casi una riorganizzazione dell'attività medico ospedaliera, con conseguente conversione (totale o parziale) di alcuni reparti in strutture adibite esclusivamente alla trattazione di pazienti affetti da Covid-19.

¹⁵ Si tratta, ovviamente, di un interrogativo ben più generale, che coinvolge anche la dinamica dell'azione dei pubblici poteri in un contesto di emergenza, come rileva, a proposito dei poteri normativi del Governo, I. Massa Pinto, *la tremendissima lezione del Covid-19 (anche) ai giuristi*, cit., § 2. Con particolare riferimento all'ambito deontologico, va rilevato che già nel 2005 un gruppo di lavoro istituito presso l'Università di Toronto aveva elaborato le *Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza*, University of Toronto Joint Centre for Bioethics Pandemic Influenza Working Group, Toronto, 2005, che presentano significativi punti di contatto con le Raccomandazioni di etica clinica elaborate dalla SIAARTI (si veda in particolare la sezione C1 dedicata agli *Health workers*, per cui: «Professional colleges and

Le Raccomandazioni elaborate dalla SIAARTI, pur operando in un contesto di emergenza e di conseguente scarsità di risorse disponibili, non sembrano in grado di determinare comportamenti in grado di comprimere il «nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana»¹⁶.

Si prevedono, infatti, il rispetto delle disposizioni anticipate di trattamento (punto 5 delle Raccomandazioni), un'adeguata motivazione della decisione di porre una limitazione alle cure (*ceiling of care*) per i pazienti in cui venga giudicato non appropriato l'accesso alle cure intensive (punti 6 e 7 delle Raccomandazioni)¹⁷; la rivalutazione quotidiana dell'appropriatezza, degli obiettivi di cura e della proporzionalità delle stesse relativamente all'accesso alle cure intensive; la considerazione del fatto che i pazienti collocati in TI affetti da Covid-19 sono soggetti ad un regime di restrizione totale delle visite, rispetto ai quali debbono essere considerate le ricadute sui familiari (punto 15 della Raccomandazioni).

In questo quadro, il criterio della maggiore speranza di vita – che apparirebbe più controverso in relazione al principio di eguaglianza nell'accesso alle cure (e, nel caso di specie, alla terapia intensiva) – risulta presidiato (e, in parte, temperato) da una serie di elementi di valutazione ulteriori: la concreta possibilità di trasferimento in altra struttura; la predeterminazione dei criteri di accesso alla terapia intensiva; la richiesta – in situazioni di particolare incertezza – di parere da parte di “interlocutori di particolare esperienza”; l'adeguata argomentazione in merito alla non appropriatezza dell'accesso alla terapia intensiva o in relazione alla decisione di desistenza terapeutica (eventualmente supportata dalla presenza di DAT).

L'analisi della Raccomandazioni sotto il profilo dell'art. 2 della Costituzione riguarda il profilo della dignità del malato nell'accesso alle prestazioni sanitarie e, dall'altro, dei doveri solidaristici collegati al contesto eccezionale dell'emergenza sanitaria.

In riferimento al primo profilo, è possibile ritenere che le Raccomandazioni, operando in un contesto analogo a quello della medicina delle catastrofi, dispongano necessari (per quanto insoddisfacenti se paragonati ad un contesto di normalità) criteri di bilanciamento nella valutazione dell'*an* e del *quomodo* dell'accesso alle cure di terapia intensiva, avendo riguardo a tutta la platea dei soggetti che vi debbano fare ricorso e dunque non soltanto ai pazienti affetti da Covid-19 (punto 1 delle Raccomandazioni). Quello proposto è dunque un approccio globale alle esigenze sanitarie in contesto di emergenza, in cui

associations should provide, by way of their codes of ethics, clear guidance to members in advance of a major communicable disease outbreak, such as pandemic flu»).

¹⁶ Corte cost., n. 309/1999, Considerato in Diritto, punto n. 3.

¹⁷ Ai sensi del punto 12 delle Raccomandazioni, la decisione di limitare le cure intensive – pur nella necessaria tempestività – «deve essere discussa e condivisa il più possibile collegialmente dell'équipe curante».



risulta opportuno modulare le considerazioni di etica clinica rispetto alla oggettiva fragilità delle condizioni del malato, oltre che in relazione alla specifica patologia da cui si affetto, anche con riferimento alla riduzione delle risorse (umane, meccaniche e tecniche) di cura.

Nella specifica prospettiva del presente contributo, appare significativo elaborare alcune riflessioni in merito al secondo profilo evidenziato in relazione all'art. 2 della Costituzione, e dunque con riferimento al ruolo eventualmente giocato dalle Raccomandazioni SIAARTI nella attivazione del principio di solidarietà (cui si ricollegano i doveri inderogabili espressi in via generica all'art. 2 Cost. e successivamente specificati all'interno del testo della Carta)¹⁸ in un contesto di emergenza.

La situazione attuale si caratterizza, come d'altronde appare inevitabile, per l'impatto dell'apporto delle informazioni fornite dalla scienza medica su più fronti: 1) quello delle decisioni politiche e della conseguente normazione¹⁹; 2) quello dell'opinione pubblica; 3) quello dei comportamenti individuali e collettivi.

Ci si può chiedere, dunque, quale ruolo possano svolgere le Raccomandazioni della SIAARTI in ambiti all'apparenza eccentrici rispetto a quello tecnico rispetto al quale sono elettivamente indirizzate.

Si tratta di un documento senza dubbio drammatico, che esprime ed evidenzia plasticamente le condizioni di sofferenza dei reparti di terapia intensiva (destinati a giungere in breve tempo alla saturazione)²⁰.

L'argomento – oggettivo - della prossima saturazione di tali reparti, e della prospettiva delle conseguenti scelte tragiche da adottare, ha costituito il punto di non ritorno rispetto alle cautele e alle contraddittorietà con cui sia i decisori politici sia i mezzi di informazione si erano rapportati rispetto al diffondersi dell'epidemia da SARS-CoV-2.

I provvedimenti adottati dal Governo, in un crescendo di limitazioni della libertà individuale fino al *lockdown* esteso all'intero territorio nazionale disposto con il DPCM del 11 marzo 2020 e ulteriormente inasprito dalla recentissima Ordinanza del Ministero della Salute del 20 marzo 2020²¹ e – da ultimo – dalla

¹⁸ V. G. Lombardi, *Contributo allo studio dei doveri costituzionali*, Giuffrè, Milano, 1967, p. 41, per cui la «clausola generale di doverosità» risulta «inscindibilmente collegata alla specificazione operata – nella dinamica della sua attuazione – dallo stesso Testo costituzionale a livello delle singole situazioni di dovere» poiché «circostrita e limitata all'atto stesso in cui si giunge alla sua identificazione contenutistica, proprio attraverso la precisazione, operata nella stessa sede costituzionale, del contenuto e dei limiti di ulteriori situazioni soggettive di dovere».

¹⁹ Rispetto alle quali è appena il caso di ricordare come nell'ambito della strategia di contrasto e gestione del rischio sanitario connesso all'epidemia da SARS-CoV-2, l'Istituto Superiore di Sanità costituisca parte del comitato tecnico scientifico per il coordinamento degli interventi, istituito dal Decreto del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 371 (5 febbraio 2020) ai sensi dell'art. 2, comma 1, dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020.

²⁰ Condizione che si è verificata nelle regioni Lombardia e Piemonte, come documentato dalla comunicazione scritta inviata al Governo dai rispettivi Presidenti di Regione e dalla adozione, sul territorio di tali regioni, di disposizioni ulteriormente restrittive (Decreto del Presidente della Giunta Regionale del Piemonte del 21 marzo 2020 e Ordinanza del Presidente della Regione Lombardia del 21 marzo 2020).

²¹ Il testo dell'ordinanza, adottata considerando «l'evolversi della situazione epidemiologica, il carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia e l'incremento dei casi sul territorio nazionale», è consultabile al seguente url:

sospensione della attività attinenti alla produzione di beni o servizi non ritenuti essenziali disposta con il DPCM 22 marzo 2020, stanno mettendo alla prova, con una intensità senza precedenti (rispetto alla quale le ricadute economiche, sociali e financo psicologiche già ad oggi possono essere preconizzate in tutta la loro gravità) la popolazione italiana.

Il grado di accettazione di queste misure limitative in una logica, ormai ipotizzabile, di non breve periodo, risulta condizionato da due aspetti: quello normativo e quello solidaristico²².

Il primo attiene alla tipologia di fonte utilizzata per disporre le limitazioni non soltanto alla libertà di circolazione, ma ad una platea ben più penetrante di diritti²³.

Nella logica emergenziale lo strumento del “decreto legge-madre”²⁴ da cui sono gemmati i DPCM, accettabile in una prima fase, non sembra quello più idoneo nella gestione delle ulteriori fasi della crisi sanitaria. Come insegna la medicina delle catastrofi, con un criterio che risulta comprensibile anche ai decisori politici, sono ravvisabili tre fasi: quella preventiva (*pre-event/preventive phase*), quella di immediata risposta (*event/crisis – early response phase*) e quella post-evento (*rehabilitation phase*)²⁵. La definizione di queste fasi esprime in tutta la sua complessità il quadro dell'emergenza, che appunto non può essere gestito – anche a livello normativo – in tutto il suo arco temporale con logiche di *early response*.

Nella condizione di prolungata emergenza che si prospetta, il richiamo alla centralità del ruolo del Parlamento (pur condizionato nella programmazione dei suoi lavori dalle necessarie misure di distanziamento sociale) appare ineliminabile, anche per legittimare, nell'esercizio della sua essenziale funzione rappresentativa, misure dolorosamente compressive dei diritti²⁶.

Sotto il profilo solidaristico, la popolazione risulta messa alla prova in una condizione del tutto inedita. L'infezione da SARS-CoV-19 presenta infatti delle caratteristiche peculiari, riassumibili da un lato nella elevatissima potenzialità di contagio anche da parte di soggetti asintomatici (che potrebbero sviluppare in forma lieve, o non sviluppare del tutto la malattia), dall'altro nella possibilità di sviluppo della malattia

<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalmini&id=4283>. In data 22 marzo è intervenuta una ulteriore ordinanza del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Interno, che dispone il divieto a tutte le persone fisiche di trasferirsi o spostarsi con mezzi di trasporto pubblici o privati in comune diverso da quello in cui si trovano, salvo che per comprovate esigenze lavorative, di assoluta urgenza ovvero per motivi di salute.

²² Per una riflessione sul ruolo del principio di solidarietà nell'emergenza sanitaria, anche con riferimento al contesto europeo, v. F. Balaguer Callejón, *Solidarietà dimenticata: il fallimento della narrazione pubblica sul Coronavirus*, in *Iacostituzione.info*, 20 marzo 2020, testo consultabile al seguente url: <http://www.iacostituzione.info/index.php/2020/03/20/solidarieta-dimenticata-il-fallimento-della-narrazione-pubblica-sul-coronavirus/>.

²³ Su cui v. M. Cavino, *Una prima lettura dei provvedimenti adottati dal Governo*, cit., p. 8.

²⁴ I. Massa Pinto, *La tremendissima lezione del Covid-19 (anche) ai giuristi*, cit., § 2.

²⁵ Halpern P, Larkin GL. *Ethical Issues in the Provision of Emergency Medical Care in Multiple Casualty Incidents and Disasters*, in Ciottono (a cura di), *Disaster Medicine*, Elsevier Mosby, Philadelphia, 2006.

²⁶ Con riferimento a questo profilo si segnala da ultimo, e avendo riguardo alle misure urgenti di contenimento dell'emergenza sanitaria, il ritorno all'utilizzo dello strumento del Decreto Legge (D.L. n. 19/2020, *Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19*) dopo la catena dei DPCM gemmati dall'originario D.L. n. 6/2020.



in una forma estremamente grave, che richiede una prolungata permanenza in terapia intensiva (con il conseguente rischio di saturazione dei relativi reparti).

Di fronte allo scenario di un virus il cui comportamento e la cui evoluzione (in assenza di un vaccino disponibile) possono essere soltanto ipotizzati, l'unica misura ritenuta adottabile e riconosciuta come efficace dalla comunità scientifica è costituita dal distanziamento sociale²⁷.

Esso in una prima fase è stato raccomandato come buona pratica individuale e, successivamente, auspicato come comportamento integrativo delle restrizioni disposte dai DPCM 8, 9 e 11 marzo 2020, funzionale al contenimento della diffusione del virus. Il mancato rispetto di questa misura è presidiato dalla sanzione di cui all'art. 650 del c.p.: tuttavia, le occasioni di non assolvimento della misura del distanziamento sociale sono molteplici e attinenti ai necessari spazi di libera circolazione consentiti dal DPCM del 11 marzo 2020 (spesa per acquisto di beni di prima necessità; esigenza di recarsi presso filiali bancarie e postali per operazioni urgenti e non differibili; possibilità di recarsi presso il proprio luogo di lavoro, possibilità di effettuare individualmente attività fisica all'aperto).

In questo spazio, governato dalla responsabilità individuale messa alla prova della compressione della libertà di fronte all'esigenza di un'azione coordinata a tutela della salute collettiva, si aprono spazi per una riflessione aggiornata sulla attivazione del principio di solidarietà. In questo preciso contesto, esso è integrato dall'assolvimento di un dovere di protezione della salute individuale, che si riverbera in una riduzione del rischio di contagio per i soggetti più fragili (per ragioni di età e/o per condizioni di salute comprese da altre patologie).

In un contesto "epidemiologicamente differenziato" in cui ragionevolmente ed auspicabilmente una pluralità di soggetti non avrà modo di contrarre il Coronavirus con effetti evidenti sulla propria salute, appare opportuno il richiamo, oltre che al principio di solidarietà, anche al concetto di coesione sociale. Esso si caratterizza per la sua attitudine a rielaborare «le inevitabili differenze esistenti di fatto all'interno di una comunità complessa e variegata», riconducendole «ad una ragionevole condizione di equilibrio in vista del conseguimento di obiettivi comuni» e stimolando «l'instaurazione di relazioni intersoggettive forti, basate sul senso di comune appartenenza alla stessa società e alimentate da una condivisa azione di solidarietà e di corresponsabilità»²⁸.

A differenza dei doveri inderogabili di solidarietà di cui all'articolo 2 della Costituzione, che si caratterizzano (anche nelle loro specificazioni all'interno del testo della Carta), per integrare obiettivi

²⁷ La pratica del distanziamento sociale è considerata nella sua efficacia nelle *Ethical considerations in preparedness planning for pandemic influenza*, cit., al punto C.2 intitolato *Restricting liberty in the interest of public health by measures such as quarantine*.

²⁸ Q. Camerlengo, *La dimensione costituzionale della coesione sociale*, in *Rivista AIC*, n. 2/2015, (26/05/2015), p. 23.



temporalmente indeterminati, la coesione sociale, nella sua declinazione ideale di principio e di valore²⁹, sembra fornire la precondizione per rendere accettabili misure limitative dei diritti fondamentali nel contesto determinato dell'emergenza, all'interno del quale esiste una varietà di condizioni personali e sociali che presenta un alto potenziale di disaggregazione rispetto al raggiungimento dell'obiettivo comune della riduzione del contagio.

L'identificazione di tale obiettivo, come desiderabile da parte della collettività, è condizionato da un'esatta conoscenza delle condizioni oggettive dell'emergenza sanitaria in corso³⁰, alla quale le Raccomandazioni della SIAARTI, nell'ampia eco mediatica che ne è conseguita, sembrano avere offerto un significativo contributo.

²⁹ *Ibidem*, pp. 34-35.

³⁰ L'ingenerazione di un atteggiamento di "panico virtuoso" è stato considerato un effetto auspicabile per una migliore interiorizzazione da parte della collettività della condizione di emergenza e delle correlate esigenze di limitazione dei contatti sociali da parte di uno degli estensori delle Raccomandazioni SIAARTI in un'intervista a *The Huffington Post*, J. Amatulli, *Italy Has Been Trying To Send Us A Warning. Will We Listen?*, 16 marzo 2020: «in case of restrictive measures are difficult to enforce without panic, well... then a bit of "fruitful panic" may be useful». Il testo dell'intervista è consultabile al seguente url: https://www.huffpost.com/entry/italy-coronavirus-united-states_n_5e6ee8d3e5b6bd8156fa29f1?guccounter=1&guce_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2xlLnNvbS8&guce_referrer_sig=AQAAAHlvRCEJFaZFUcDn6ajeT5eAidDVVDQqI7F0LKN-4mbDXi7RFsfrZnD4RjK2T3QMOmO71s82pCi6np6w_e74MjC58-jsYUdV5rTNybbqKJsYxcuB8TB3hmy-Jv-PEuf3j81tV_nNr1Md7srSFzTsssglFByrLjJZ-yvMkzA5IRItuzo.