



Regione Toscana

Commissione Regionale di
Bioetica

**PARERE NR. 5
DEL 12/06/2020**

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 “Disciplina del Servizio sanitario regionale” e successive modifiche e integrazioni;

Visto il Capo III (Commissione regionale di bioetica e comitati etici) ed in particolare gli articoli dal 95 al 98 della suddetta legge che istituiscono e disciplinano la “Commissione regionale di bioetica”;

Vista la deliberazione di Consiglio regionale n. 108 del 4 dicembre 2018 “Commissione regionale di bioetica nomina dei componenti”;

Dato atto che in data 29 gennaio 2019 è stata insediata la Commissione regionale di bioetica e nella stessa seduta è stato eletto il Presidente nella persona del Dr. Alfredo Zuppiroli;

Dato atto inoltre che nella seduta del 15 febbraio 2019 la Commissione ha approvato il regolamento interno della stessa, così come previsto dall'articolo 98 comma 3 della citata legge regionale;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 325 del 11 marzo 2019 “Preso d'atto del regolamento di organizzazione e funzionamento della Commissione regionale di bioetica ai sensi dell'articolo 98 comma 3 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40”;

Considerate le criticità etiche connesse alla pandemia da COVID-19 e, in particolare, la loro rilevanza sui soggetti più vulnerabili;

Considerata, inoltre, la rilevanza assunta dal rapporto tra salute individuale e salute pubblica nella gestione individuale e collettiva delle misure di contenimento dell'infezione SARS CoV 2;

Dato atto che la Commissione ha dato incarico ai componenti: Monica Toraldo di Francia, Caterina Ferrari, Sonia Baccetti, Carlo Valerio Bellieni, Alessandro Bichi, Vittorio Gasparrini, Mariella Immacolato, Ada Macchiarini, Mariella Orsi, Francesca Torricelli, Sabrina Pientini, Marina Ziche, con il supporto della Dr.ssa Laura Canavacci responsabile della segreteria scientifica della Commissione, di redigere il documento “Salute individuale, salute collettiva e vulnerabilità: riflessioni etiche sulle criticità connesse all'epidemia COVID-19”;

Preso atto del testo proposto dal gruppo di redazione appositamente costituito;

Visto l'Ordine del giorno della seduta del 12/06/2020;

LA COMMISSIONE REGIONALE DI BIOETICA

All'unanimità

DECIDE

di approvare il parere proposto dell'apposito gruppo di studio "**Salute individuale, salute collettiva e vulnerabilità: riflessioni etiche sulle criticità connesse all'epidemia COVID-19**".

Il Responsabile del Settore Consulenza
Giuridica e Supporto alla Ricerca
in Materia di Salute

Dr. Giovanni Forte

Il Presidente della
Commissione Regionale di Bioetica

Dr. Alfredo Zuppiroli

Salute individuale, salute collettiva e vulnerabilità: riflessioni etiche sulle criticità connesse all'epidemia COVID-19¹

Premessa

Il presente documento è dedicato ad un'analisi delle ripercussioni dell'epidemia Covid-19 sui soggetti che di fronte all'emergenza risultano più vulnerabili, considerando soprattutto gli aspetti etici, psicologici e sociali.

Il testo è articolato in cinque capitoli:

1. Nel primo capitolo si traccia una cornice teorica, prendendo le mosse da una attenta lettura costituzionale, e si introduce una riflessione sui fondamenti etici del vincolo sociale e sul carattere solidaristico delle relazioni fra i cittadini. In questa prospettiva vengono analizzati i concetti di vulnerabilità e fragilità in relazione al principio di equità: le disuguaglianze operano sui determinanti di salute e ciò determina nei diversi contesti la maggiore o minore vulnerabilità delle persone e dei gruppi di popolazione. Il riconoscimento della vulnerabilità implica infine la necessità di una risposta etica di sostegno e di cura conseguente ai principi democratici di giustizia sostanziale e di inclusività.

2. Nel secondo capitolo si toccano le conseguenze psicologiche del distanziamento fisico in considerazione dell'impatto che una condizione di stress cronico prolungato potrà avere sulla qualità di vita e sulle traiettorie di salute di tutta la collettività, e in particolare di alcuni gruppi più esposti a risentirne. L'indicazione offerta è che le misure di distanziamento possano e debbano essere attentamente valutate rispetto ai possibili costi psicologici delle stesse, adottando, anche in questo ambito specifico, il paradigma della cura sia da un punto di vista interpersonale, sia da una prospettiva di giustizia sociale e di intervento politico.

3. Nel terzo capitolo si affrontano, attraverso la lettura offerta dai documenti ufficiali dell'ONU e dell'UNESCO, le specifiche criticità di alcune categorie di soggetti particolarmente vulnerabili.

4. Nel quarto capitolo si sviluppa una duplice riflessione su quello che è stato negli ultimi decenni il discorso pubblico sulla medicina e sul rapporto tra salute come diritto individuale e interesse collettivo.

5. Infine nel quinto capitolo si evidenzia come la tenuta dei principi che stanno alla base del nostro Servizio Sanitario sia strettamente legata anche alla sua organizzazione.

¹ Il parere della Commissione Regionale di Bioetica è stato elaborato sulla base del lavoro del gruppo di redazione composto da: Monica Toraldo di Francia, Caterina Ferrari, Sonia Baccetti, Carlo Valerio Bellieni, Alessandro Bichi, Vittorio Gasparini, Mariella Immacolato, Ada Macchiarini, Mariella Orsi, Francesca Torricelli, Sabrina Pientini, Marina Ziche.

1. La cornice teorica

L'emergenza sanitaria che stiamo attraversando mette alla prova la tenuta del nostro Servizio Sanitario e della Sanità tutta e la saldezza dei principi e dei valori fondamentali su cui si fonda il nostro vivere comune (Italia ed Europa).

È opportuno ricordare come i valori del nostro vivere comune trovino il loro fondamento nei principi metagiuridici che informano la Costituzione della Repubblica. Nei primi articoli della Carta la priorità riconosciuta alla dignità della persona è affermata, secondo una lettura condivisibile, sotto una doppia prospettiva: sotto il profilo statico, i valori e i diritti inviolabili sono concepiti come anteriori allo Stato, mentre sotto il profilo dinamico ne vengono a costituire l'obiettivo ultimo, condizionandone la forma politica, che è quella di una democrazia pluralistica, e sovradeterminandone l'indirizzo generale in funzione del fine dell'autorealizzazione della persona, concepita come individualità unica e irripetibile e insieme come centro di relazioni sociali.

In questa seconda prospettiva, che ha per oggetto non il cittadino astratto, bensì l'individuo nella sua concretezza, la libertà e l'uguaglianza acquistano un esplicito carattere normativo, divengono idea regolativa della politica costituzionale, perché il dato di partenza è costituito proprio dalla registrazione dell'inesistenza 'di fatto' delle condizioni necessarie al pieno sviluppo della personalità. L'ethos dei diritti si coniuga con un ethos dei doveri - in vista della riduzione delle disuguaglianze e degli impedimenti al godimento delle libertà fondamentali - che postula un vincolo di carattere solidaristico fra i cittadini più forte e obbligante di quello costituito dal mero legame funzionale dell'interesse individuale e del reciproco formale riconoscersi come liberi e uguali^{2,3}.

Venendo più direttamente ai temi che ci riguardano, il diritto alla salute, riconosciuto dalla nostra Costituzione come diritto fondamentale della persona, presuppone che per far fronte alle più vistose disuguaglianze nella morbilità e nelle speranze di vita si prendano in considerazione i molti fattori che vi incidono e, congiuntamente, i diversi attori e livelli di responsabilità implicati. Già nel 2005 l'UNESCO aveva dedicato la massima attenzione alla questione dei determinanti sociali della salute - intendendo con ciò riferirsi alle condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano - i quali venivano riconosciuti come i principali responsabili delle differenze inique nello stato di salute della popolazione, a livello nazionale e globale, per poi rimarcare come lo stato di salute sia sempre dipendente dalla possibilità di usufruire di una molteplicità di risorse, dirette e indirette⁴.

² Costituzione della Repubblica Italiana.

Art. 2 - La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

³ Dichiarazione Universale dei Diritti Umani.

Art. 1 - Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza.

Art. 2 - Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione.

Nessuna distinzione sarà inoltre stabilita sulla base dello statuto politico, giuridico o internazionale del paese o del territorio cui una persona appartiene, sia indipendente, o sottoposto ad amministrazione fiduciaria o non autonomo, o soggetto a qualsiasi limitazione di sovranità.

⁴ Dichiarazione universale sulla Bioetica ed i Diritti Umani, UNESCO – Conferenza Generale Parigi 15 ottobre 2005

http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Art.14 – Responsabilità sociale e salute. La promozione e lo sviluppo sociale per i loro popoli è una delle finalità centrali dei governi che tutti i settori della società condividono.

Tenendo presente che il godimento dello standard più elevato di salute di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizioni economiche e sociali, i progressi della scienza devono promuovere:

Per entrare più nel merito di questa prospettiva, è opportuno far riferimento alla Dichiarazione di Barcellona - sottoscritta nel 1998 a conclusione di un lavoro multidisciplinare durato tre anni promosso dalla Commissione Europea e coordinato dal *Centre for Ethics and Law* di Copenhagen, - che affianca alle idee regolatrici di autonomia, integrità, dignità, la nozione di vulnerabilità, integrandola nel quadro di un'etica pubblica della solidarietà, della responsabilità e della giustizia intesa come equità⁵.

Il principio di vulnerabilità se da una parte rimanda agli aspetti comuni di fragilità, dipendenza, insicurezza degli esseri umani, dall'altra, nella sua valenza normativa più specifica, è un concetto situazionale che evoca una risposta etica di particolare protezione e 'cura'. In altri termini, l'essere una persona più o meno vulnerabile è sempre dipendente dai diversi contesti, dalle diverse fasi della vita, dalle diverse risorse di salute, economiche, sociali, psicologiche di cui può disporre. Descrivere una persona, un gruppo, una categoria sociale come particolarmente vulnerabile significa allora evocare una risposta etica di sostegno da parte della collettività e delle istituzioni, affinché la fragilità specifica individuata non si tramuti in ulteriore svantaggio⁶, mettendo al contempo in discussione i principi democratici di giustizia sostanziale e di inclusività.

Dall'emergenza pandemica abbiamo tutti imparato che il virus in un mondo globalizzato non conosce confini territoriali né steccati; nessun paese è una fortezza e nessuno di noi è invulnerabile, ma ci sono persone e gruppi sociali che in questa circostanza si trovano in condizioni molto peggiori di altre e altri per quanto riguarda la possibilità sia di accedere alle risorse sanitarie di prevenzione e cura, sia di ottemperare alle disposizioni di *lockdown* rese necessarie per contenere il contagio⁷. La lista è lunga: gli anziani e le anziane in condizione di salute precarie che non hanno lasciato il proprio domicilio, o che sono residenti nelle strutture di ricovero e cura, le persone bisognose di assistenza psichiatrica che vivono in famiglia, i e le disabili, le *caregivers*, in maggioranza costituite da donne non in giovane età, detenuti/e, migranti privi di permesso di soggiorno, fuori e dentro i centri di permanenza e rimpatrio, i senza tetto, le donne e i minori oggetto di violenza domestica, i bambini costretti a vivere in abitazioni di pochi metri quadrati e senza accesso ai mezzi informatici necessari per non sentirsi esclusi dall'attività scolastica, e così via. All'individuazione dei criteri di riferimento necessari per l'individuazione dei bisogni, e delle possibili misure per rispondervi, di queste persone e gruppi sociali è dedicata soprattutto la terza parte del nostro documento, nella consapevolezza che, oltretutto, la tutela della salute e sicurezza della collettività viene a dipendere anche dalla tutela dei diritti dei più fragili e/o vulnerabili. Molto è stato fatto e molto si sta facendo, anche grazie alla sinergia fra istituzioni pubbliche e volontariato, per venire incontro ai bisogni delle categorie più svantaggiate, ma ancora molto si può e si deve fare.

-
- l'accesso alla qualità delle cure e i farmaci essenziali, specialmente per la salute delle donne e dei bambini, perché la salute è essenziale per la vita stessa e deve essere considerata una risorsa umana e sociale;
 - accesso a nutrizione adeguata e all'acqua;
 - miglioramento delle condizioni di vita e ambientali;
 - eliminazione di tutte le forme di marginalizzazione ed esclusione sulla base di qualsiasi fondamento;
 - riduzione della povertà e dell'analfabetismo.

⁵ *The Barcelona Declaration on Policy Proposals to the European Commission on Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw* (adopted in November 1998 by Partners in the BIOMED II Project).

⁶ Comitato Nazionale per la Bioetica. *Le condizioni di vita della donna nella terza e quarta età: aspetti bioetici nella assistenza socio-sanitaria*, 16 luglio, 2010.

⁷ EUROPEAN GROUP ON ETHICS IN SCIENCE AND NEW TECHNOLOGIES, *Statement on European Solidarity and the Protection of Fundamental Rights in the COVID-19 Pandemic*, 2020.

2. Gli aspetti psicologici dello stress cronico

L'isolamento, la quarantena e gli obblighi di distanziamento possono qualificarsi come esperienze spiacevoli e disagiate che possono creare effetti particolarmente negativi, poiché implicano l'interruzione dei legami di attaccamento, la perdita di libertà individuale, l'incertezza sulla propria salute e/o malattia e la noia, con rischi tali da poter innescare condotte auto e/o eterolesive. I potenziali benefici sulla salute della collettività prodotti dalle misure di distanziamento devono, quindi, essere attentamente valutati rispetto ai possibili costi psicologici delle stesse, soprattutto in una fase – siamo ormai a quattro mesi dallo scoppio dell'epidemia – in cui il principio di precauzione impone che il loro allentamento sia gestito in modo estremamente prudente e graduale⁸. In particolare, ad oggi non esistono dati certi sull'effetto delle caratteristiche demografiche (stato civile, età, istruzione, convivenza con altri adulti e avere figli) sull'impatto psicologico delle misure di distanziamento, che risulta invece maggiore in coloro che presentano una storia di malattia psichiatrica e negli operatori sanitari. Per quanto riguarda la popolazione generale, la depressione e l'irritabilità rappresentano i sintomi con maggior prevalenza. Anche quando le misure vengono revocate, molti soggetti continuano ad impegnarsi in comportamenti di evitamento delle persone che tossiscono o starnutiscono, dei luoghi chiusi e affollati e degli spazi pubblici; per alcuni il ritorno alla normalità è ritardato di molti mesi. Tutto questo significa che la limitazione di alcune libertà personali per il bene pubblico deve essere gestita con particolare cura, anche per garantire che questa esperienza sia il più tollerabile possibile.

Date le seguenti premesse, appare logico immaginare la situazione di isolamento come una condizione di stress cronico prolungato i cui effetti possono avere un forte impatto sulla qualità di vita e sulle traiettorie di salute di molti ed in particolare sulle persone appartenenti alle categorie identificabili come più vulnerabili. La natura degli esseri umani è quella di esseri relazionali, dipendenti da altre/altri fin dal concepimento, – per cui la privazione e/o perversione dei legami di interdipendenza si situa alla base della vulnerabilità comune a tutti.

Il ruolo di fattore principale che appare mediare il rapporto tra vulnerabilità e disagio manifesto sembra ormai, nella letteratura contemporanea delle scienze psicologiche, attribuito allo “stress”, definibile come la risposta fisiologica dell'organismo in termini sistemici ed integrati a qualsiasi esigenza di natura biologica, emotiva o cognitiva percepita come nuova e saliente⁹.

Una risposta che nel breve periodo (*stress* acuto) promuove fenomeni dinamici di adattamento dell'organismo alle più svariate condizioni ambientali può, se si verifica troppo frequentemente e/o per lunghi periodi (*stress* cronico), avere effetti disfunzionali e maladattativi di lunga durata, con deviazioni significative dei livelli di operatività fisiologica dei diversi sistemi biologici (nervoso, immunitario, endocrino e metabolico) e conseguenze patologiche su vari organi e apparati¹⁰. Inoltre, nel tentativo di alleviare l'ansia da *distress* e i sintomi ansioso-depressivi, gli individui spesso indulgono in comportamenti certamente non salutari (come fumare, bere e mangiare compulsivamente, assumere droghe, rimanere inattivi ed evitare le relazioni sociali), peggiorando ulteriormente lo stigma

⁸ “The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence” (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg e Rubin; 2020)

⁹ “Stress: concepts, cognition, emotion, and behaviour” (Fink; 2016)

¹⁰ “Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress” (McEwen; 2017).

sociale, l'autostima e il carico/sovraccarico sistemico dell'organismo nel suo complesso¹¹. Ed aumentano i rischi a lungo termine di sviluppare disturbi psichici, come depressione, disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e dipendenza¹². Non solo, ma data la ripercussione dello stress psicosociale sui meccanismi immunitari ed ormonali, e data l'attivazione di processi infiammatori, ne possono conseguire non solo disturbi psichici ma anche fisici, in particolare malattie metaboliche e cardiovascolari. Data la grande complessità del *network* umano siamo dunque invitati a considerare e a trattare la singola persona nella sua interezza psicofisica ed all'interno della sua rete di relazioni.

Il lungo processo di maturazione ed evoluzione, combinato con le capacità propriamente umane di percezione morale e di attaccamento, fanno del prendersi 'cura' della dipendenza primaria un marchio della nostra umanità. Le fasi della cura evidenziate da Joan Tronto – che ha fornito un contributo fondamentale, di svolta, per la sistematizzazione della cura stessa come concetto morale e politico¹³ – indicano la strada da percorrere per farsi carico della vulnerabilità generale e situazionale, sia da un punto di vista interpersonale sia da una prospettiva di giustizia sociale e di intervento politico¹⁴ “l'interessarsi a”, “il prendersi cura”, “il prestare cura” e “il ricevere cura” chiudono il cerchio che unisce individuo e cui centro si pone il soggetto in quanto vulnerabile e potenzialmente dipendente, cioè ognuno di noi.

3. Alcune criticità specifiche

La nozione di vulnerabilità, richiamata nella già citata Dichiarazione di Barcellona, implica che siano considerate vulnerabili tutte le persone la cui *autonomia* o *dignità* o *integrità* possono, in determinate circostanze e/o fasi della vita, essere minacciate e richiede che esse ricevano dalla società assistenza per poter realizzare il loro potenziale di salute (intesa nell'accezione di benessere psico-fisico). Aver cura della vulnerabilità significa dunque, per le politiche pubbliche, prestare attenzione ai modi e ai gradi di vulnerabilità nei quali si sviluppa nel tempo l'identità biografica di ciascuno/a di noi al fine di ridurre il peso. È evidente come anche il peso delle conseguenze della pandemia non sia equamente distribuito e, dunque, deve essere con forza affermata la necessità di politiche specifiche che tutelino coloro che maggiormente rischiano di venirne danneggiati.

Diversi documenti di valenza internazionale hanno posto all'attenzione degli Stati questo impegno. Nel parere congiunto del Comitato Internazionale di Bioetica dell'UNESCO (IBC) e della Commissione Mondiale sull'Etica della Conoscenza Scientifica, è affermato espressamente, al punto 4, che: *“gli individui vulnerabili divengono ancor più vulnerabili in tempo di pandemia. È particolarmente importante fare attenzione alle vulnerabilità legate alla povertà alla discriminazione, al genere, alle malattie, alla perdita dell'autonomia o all'indebolimento, all'anzianità, alla disabilità, all'origine etnica, alla privazione della libertà (detenuti), ai migranti irregolari, ai rifugiati e agli apolidi”*¹⁵.

¹¹ “Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease” (McEwen e Gianaros; 2010).

¹² “A Stage Model of Stress and Disease” (Cohen, Gianaros e Manuck; 2016); “Stress, habits, and drug addiction: a psychoneuroendocrinological perspective” (Schwabe, Dickinson e Wolf; 2011).

¹³ “Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura” (Tronto; 2006).

¹⁴ “Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice” (Tronto; 2013).

¹⁵ STATEMENT ON COVID-19: ETHICAL CONSIDERATIONS FROM A GLOBAL PERSPECTIVE - Statement of the UNESCO International Bioethics Committee (IBC) and the UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST) SHS/IBC-COMEST/COVID-19REV. Paris, 6 April 2020. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115> par. 4, pag. 4.

Con riferimento ai gruppi più vulnerabili, l'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani nelle sue linee guida sulla pandemia COVID-19 del 27 aprile scorso¹⁶, partendo dal richiamo "*Leave No One Behind*" (nessuno sia lasciato indietro), si sofferma sull'esigenza che gli Stati identifichino le categorie più a rischio di vulnerabilità, raccomandando particolare attenzione anche perché, a fronte di quella che l'OMS ha definito "infodemia" (ovvero diffusione di notizie false sulla patologia), sia evitato il rischio di quei fenomeni di xenofobia e razzismo che ogni crisi tende purtroppo ad alimentare e amplificare.

L'analisi dell'Alto Commissariato prende le mosse dalle criticità legate ai senzatetto (ed in Italia abbiamo ascoltato notizie paradossali di persone senza fissa dimora multate perché non avevano un "giustificato motivo" per uscire) e quindi all'emergenza abitativa a cui è necessario cercare di fare fronte.

Il documento prosegue poi con le problematiche legate al peso delle misure di contrasto alla pandemia che colpiscono le persone con disabilità, rispetto alle quali è raccomandato di non interrompere quella rete di assistenza loro dedicata, riprendendo invece tutte quelle prestazioni riabilitative che l'emergenza ha interrotto con la chiusura di quasi tutti i centri riabilitativi e l'interruzione pressoché totale delle terapie domiciliari. Deve essere garantito il diritto alle persone con disabilità di uscire accompagnate, senza necessità di distanziamento dall'accompagnatore, prestando la massima attenzione anche agli effetti psicologici che l'isolamento può avere determinato.

Per quanto attiene la popolazione anziana, il documento raccomanda che siano mantenute le garanzie di equità nell'accesso alle cure, con particolare attenzione agli anziani ospitati all'interno di RSA, dove è stato registrato un numero elevatissimo di vittime da COVID-19, in Italia e non solo. Vi è l'esigenza di un completo ripensamento di questa forma di assistenza, anche valutando nell'immediato le modalità più sicure per il recupero del diritto a ricevere visite, indispensabili per la popolazione anziana spesso non in grado di usufruire degli strumenti telematici per la socializzazione a distanza.

Un ripensamento orientato, dove possibile, verso la domiciliarità, con *housing* sociale pubblico, residenzialità leggera ecc., che tenga conto della persona anziana, nella sua globalità e unicità biologica e nel suo contesto sociale, di vita, di relazioni, spesso sofferente per la perdita di ruolo e quindi di identità nell'ambiente sociale e, nel caso sia ospite di una struttura residenziale, per lo sradicamento dalla propria casa e abitudini, la separazione dagli affetti, l'imposizione di ritmi funzionali alla struttura e spesso alieni ai tempi personali. Senza considerare, invece, l'importanza di programmare politiche sociali che prevedano il coinvolgimento di anziani ancora autonomi, con il loro prezioso bagaglio di esperienze e competenze.

Ai bisogni degli anziani si risponde spesso solo in termini di innovazione biomedica, tuttavia bisogna tener presente che i saperi specialistici - sempre più avanzati ma frammentati e tra loro non integrati - tendono a generare una progressiva stratificazione delle terapie, in particolare di quelle farmacologiche, con risultati di frequente scarsi, se non nulli o peggiorativi¹⁷. Occorre invece ripensare in maniera radicale la visione di salute come processo sistemico che include il benessere delle persone, della natura e dell'ambiente, la complessa declinazione dei bisogni della persona malata. Anche la medicina complementare e integrata - che ha come valore peculiare la visione della cura come percorso ed esperienza soggettiva e attribuisce un diverso senso anche alla relazione terapeutica - può trovare particolari indicazioni in questi soggetti fragili e nelle loro vulnerabilità poiché, oltre ad avere un effetto sul benessere del paziente anziano e sulla sua qualità di vita, offre anche un contributo determinante per abbassare il carico

¹⁶ COVID-19 GUIDANCE United Nations Human Rights Office of High Commissioner, Geneva 27 aprile 2020 https://www.ohchr.org/Documents/Events/COVID-19_Guidance.pdf

¹⁷ Rapporto OsMed- AIFA, 2018

farmacologico e di conseguenza per ridurre gli inevitabili effetti collaterali della polimedicazione della terza e quarta età. Anche per gli anziani, in ragione del lungo isolamento, è da raccomandare un'offerta di supporto psicologico unitamente alla ripresa veloce del monitoraggio sanitario su quelle situazioni di cronicità che affliggono gran parte di questa popolazione e che spesso hanno concorso a favorirne il decesso nei contagi da SARS-CoV-2.

“Le persone private della loro libertà, compresi i detenuti in attesa di giudizio, gli immigrati nei centri di detenzione, le istituzioni totali, i centri di riabilitazione per tossicodipendenti ed altri luoghi di detenzione, sono ad elevato rischio di infezione in caso di diffusione del contagio. C'è un alto rischio di contagio e il distanziamento fisico è difficile da mantenere. Per quanto attiene la loro situazione, deve esservi un'attenzione specifica nella pianificazione della tipologia di risposte alla crisi”: è questa la posizione espressa dall'Alto Commissario sul problema delle persone private della libertà personale e il documento si focalizza proprio sull'esigenza di garantire *“misure speciali per assicurare l'accesso alle informazioni ed uguaglianza nell'accesso alla prevenzione e alle cure sanitarie per le persone private della libertà personale”*. Con riferimento a questa circostanza è da evidenziare l'esigenza che le Regioni¹⁸ concentrino l'attenzione sulle situazioni di salute dei detenuti, già particolarmente a rischio anche in ragione del documentato aumento di patologie psichiatriche in carcere¹⁹, nonché sulle criticità per garantire adeguata assistenza per le patologie croniche²⁰.

Rispetto alla situazione dei migranti, rifugiati e profughi, i quali incontrano *“ostacoli nell'accesso alle cure sanitarie comprese le barriere culturali, i costi, scarso accesso all'informazione discriminazione e xenofobia”* è stato osservato come in questo periodo soprattutto gli irregolari abbiano vissuto una situazione di marginalità, quasi di *“scomparsa”*, anche in ragione del loro dipendere spesso dai redditi derivanti dal commercio abusivo. Il sostegno, anche economico, a questi gruppi deve essere accompagnato da una corretta informazione da rivolgere in forma mirata, al fine di evitare che le barriere linguistiche e culturali possano ostacolare le azioni di prevenzione per la riduzione del contagio o di sostegno alla cittadinanza²¹.

Per quanto attiene le discriminazioni di genere, l'Alto Commissario si preoccupa del grado di aumento dello stress per donne e ragazze - cui spesso, oltre agli impegni di lavoro, sono affidati in modo discriminatorio compiti di cura -, dell'aumento dei casi di violenza domestica, della maggiore apprensione nei percorsi di parto (per il quale viene spesso interdetta la presenza del padre o comunque di un accompagnatore) e di prevenzione oncologica, del rischio di perdita dei posti di lavoro. L'Alto Commissario richiama anche l'attenzione sulla comunità LGBTI per il rischio derivante dal confinamento in ambienti familiari ostili al tipo di scelta fatta. Una nota a parte merita anche la scarsa rappresentanza femminile nei gruppi di consulenti del nostro Governo mentre, come

¹⁸ Cui afferiscono le strutture sanitarie penitenziarie a partire dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230.

¹⁹ Corleone F. (a cura di) *Carcere e giustizia ripartire dalla Costituzione*, Firenze, Consiglio Regionale della Toscana, 2019, pag. 158.

²⁰ Le visite specialistiche e gli accertamenti da eseguire fuori dal penitenziario sono legate alla disponibilità di agenti di polizia penitenziaria per organizzare lo spostamento, inoltre il detenuto per evitare rischi di fuga non è informato che all'ultimo momento della visita e dell'accertamento pianificato, situazione che genera uno stato d'ansia e di incertezza che non facilita certo la cura.

²¹ L'UNESCO è parte attiva nella campagna i4Policy lanciata lo scorso che coinvolge 170 comunità in 45 stati, di cui 21 in Africa: la campagna #DontGoViral dell'UNESCO utilizza l'azione di artisti, anche nel campo della musica rap, per diffondere informazioni in particolare per la popolazione più giovane. La Regione Toscana e le Aziende Sanitarie hanno curato la diffusione di informazioni e *depliants* informativi anche nelle lingue straniere parlate da molte comunità di migranti (arabo, cinese e russo).

raccomanda anche l'UNESCO, sarebbe auspicabile il massimo coinvolgimento delle donne nei processi decisionali^{22,23}.

Una riflessione specifica riguarda ancora i minori, i quali, trovandosi per loro natura in condizioni di dipendenza, subiscono il peso delle iniquità di cui sono vittime le famiglie, oltretutto i disagi specifici derivanti dall'isolamento. I bambini hanno bisogno di attività e interazione sociale, l'assenza di sole e spazi aperti impedisce la loro capacità di interagire e giocare, attività essenziali per i bambini che nel periodo di *lockdown* sono state invece inaccessibili a molti. La chiusura delle scuole ha comportato evidenti difficoltà ad accedere alle risorse educative in realtà familiari disagiate o in situazioni con scarso accesso alle risorse informatiche^{24,25}.

Pur riconoscendo le risorse di resilienza proprie dell'infanzia è da considerare l'impatto psicologico che questa crisi ha avuto sui bambini²⁶, il trauma e la paura causati dalle realtà proprie del quadro COVID-19²⁷. Non va dimenticato inoltre il rischio di convivenza con genitori aggressivi e violenti, quali a volte sono riportati dall'autorità giudiziaria. Vi sono poi aspetti anche strettamente sanitari: il periodo di isolamento in casa probabilmente ha aumentato lo *screen-time*, la dipendenza da videogiochi e le conseguenze associate come inattività, obesità, malposizionamento del corpo e problemi agli occhi^{28,29}. Particolare attenzione dovrà essere data all'esigenza di garantire, in sicurezza rispetto ai rischi di potenziale contagio, il diritto dei minori ad avere sempre vicino un genitore durante i ricoveri in ospedale, genitore a cui siano garantiti alloggio e vitto.

Un ulteriore riferimento deve essere fatto ai diritti delle persone che si trovano nelle ultime fasi della propria vita nel corso di questa epidemia. Come la SICP insieme alla SIAARTI e alla FCP hanno affermato in un documento appena diffuso³⁰, occorre che “*siano integrati nei percorsi di cura dei malati con Covid-19 anche protocolli di Cure Palliative*”. Vanno ripensati i modelli assistenziali, garantendo anche a tutti i malati di Covid-19, che non potrebbero avere vantaggi dalle cure intensive, di soffrire di meno con l'accesso alle Cure Palliative per garantire un accompagnamento adeguato alle persone che muoiono, al domicilio e in ospedale, in ottemperanza a principi consolidati, riscontrabili anche nei livelli essenziali di assistenza (LEA) ormai dal 2017, e sanciti dalla legge 38 del 2010 e ancora dalla legge 219 del 2017. Tali conquiste non devono essere “messe in mora” durante questa emergenza ma, anzi, dovrebbero essere utilizzate al massimo della loro

²² Non dimentichiamo che in Italia il Coronavirus è stato isolato proprio da ricercatrici donne e che per l'UNESCO la parità di genere nella scienza non è solo una questione di equità, ma anche di opportunità di successo nella ricerca scientifica.

²³ <https://en.unesco.org/news/unesco-puts-spotlight-womens-voices-imagining-world-come>

²⁴ Si ricorda lo sforzo congiunto del Difensore civico e della Garante dei Minori per segnalare alle autorità preposte al controllo sulle telecomunicazioni alcune situazioni paradossali anche in Toscana.

²⁵ In tal senso si richiama anche lo sforzo che l'UNESCO sta facendo per monitorare e promuovere l'accesso all'educazione a distanza da parte di tutti, considerato che la chiusura delle scuole ha riguardato il 70% della popolazione scolastica mondiale cfr. <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>.

²⁶ In proposito, per la Toscana si rinvia anche al lavoro della Garante per l'Infanzia e Adolescenza Camilla Bianchi con il Film *Io Volo dentro* realizzato dal regista Giorgio Mondolfo, parte del più ampio progetto della Garante *Il Coronavirus con gli occhi dei bambini*.

<http://www.consiglio.regione.toscana.it/iniziative/Vista?id=3357>

²⁷ Moccia L, et al: *Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population*, Brain Behav Immun. 2020 Apr 20. pii: S0889-1591(20)30586-9. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.048. [Epub ahead of print].

²⁸ Robinson TN, et al: *Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents*. *Pediatrics*, 2017 Nov;140 (Suppl 2): S97-S101

²⁹ Herrick KA, et al: *TV watching and computer use in U.S. youth aged 12-15, 2012*. NCHS Data Brief. 2014 Jul; (157):1-8

³⁰ Position Paper SICP - SIAARTI – FCP. *Le Cure Palliative nel trattamento dei malati COVID-19/SARS- CoV-2*, Milano, 2 aprile 2020.

potenzialità, anche per rendere possibile la presenza, almeno diurna, di un familiare accanto alla persona morente: ciò permette una vicinanza e un commiato che dà sollievo non solo a chi si trova alla fine della propria vita, ma anche a chi dovrà poi vivere il dolore della perdita di un proprio caro.

Da non dimenticarsi inoltre dei malati gravi non affetti da Covid che hanno avuto particolari difficoltà nell'accedere a cure adeguate alla loro patologia, sia per ragioni oggettive (riconversione degli ospedali e saturazione delle terapie intensive), sia per la paura del contagio, che in alcuni casi ha ritardato la richiesta di ricovero, con conseguenze anche fatali (ad es. per le persone colpite da ictus o da infarto). Essere assistiti nel luogo adeguato e desiderato, ricevere anche le cure che consentono di lenire le sofferenze, usare al meglio le risorse disponibili, sono diritti che devono essere resi prassi operative di una "normalizzazione" dei sistemi, a tutela di chi deve essere curato e di chi cura³¹.

Per ultimo, e più in generale, dobbiamo riconoscere che in questo contesto pandemico è emersa anche la vulnerabilità del capitale umano: medici, infermieri, operatori socio-sanitari, soccorritori, ossia tutto il personale a vario titolo coinvolto nell'emergenza COVID-19, sono stati inevitabilmente sottoposti ad un importante rischio personale di contagio, oltretutto di stress post traumatico, anche per aver dovuto lavorare indefessamente, talora con scarse protezioni, temendo per la propria incolumità e per quella dei propri familiari, senza contare poi le numerose vittime che si sono registrate nelle loro file. Da qui la necessità e l'importanza dell'offerta di un sostegno psicologico anche per questo personale che si è addossato, per il bene comune, carichi di lavoro fino a pochi mesi fa impensabili e la cui generosità ha potuto salvare molte vite.

4. La salute, diritto individuale e interesse collettivo

La consapevolezza del peso delle conseguenze della pandemia e delle restrizioni per ridurne l'impatto impone una riflessione anche sui presupposti che fondano le politiche a tutela della salute collettiva. L'attuale emergenza sta infatti rivelando la necessità di ripensare quello che è stato negli ultimi decenni il "discorso pubblico" sulla medicina in generale, e sulla prevenzione in particolare, negli ultimi decenni.

I giustificati entusiasmi per gli avanzamenti delle conoscenze e delle possibilità di cura e di diagnosi hanno avuto come effetto collaterale l'aver favorito l'illusione che si possa prevenire o curare tutto. Da questo punto di vista, il rapper che in questi giorni scandisce "e trova 'sto vaccino!" e il Ministro che pretende che "la scienza ci dia certezze" sono espressione della stessa impazienza e incredulità rispetto a una promessa non ancora mantenuta. L'enfasi sulla potenza tecnologica ha generato una retorica che spesso assume toni guerreschi (si pensi al ricorrere delle metafore belliche: il malato come guerriero, la malattia come nemico da sconfiggere e in questi giorni l'epidemia come guerra da vincere), retorica che sicuramente può avere in certi casi la funzione di sostenere risorse emotive utili per affrontare un percorso di malattia, ma che rende più difficile avere un atteggiamento realistico verso quelle che sono le possibilità e i limiti della medicina. E se la malattia è un nemico da battere, allora ammalarsi, o non guarire se ci si ammala, è una sconfitta personale, oppure è segno che qualcuno ha sbagliato. Questa retorica e in misura ben maggiore i fortissimi interessi economici in gioco hanno accompagnato da una parte la crescente medicalizzazione delle nostre vite e dall'altra

³¹ https://www.ars.toscana.it/images/qualita_cure/coronavirus/Garantire_cure_palliative_in_condizioni_di_pandemia.pdf

l'accentrarsi delle risorse, oltre che degli entusiasmi e dell'impegno dell'opinione pubblica, sulle cure innovative e sulle nuove mete da conquistare.

L'altra faccia della medaglia però è stato il progressivo disinteresse per gli aspetti meno tecnologici e meno trionfali, ma come vediamo oggi ugualmente essenziali, della medicina. E questo disinteresse ha permesso che si continuasse negli ultimi decenni a depotenziare e impoverire la medicina territoriale, di cui oggi siamo obbligati a riscoprire l'importanza, mentre la prevenzione si è sempre più focalizzata sul controllo personale sui propri stili di vita, come se fossero totalmente dipendenti da scelte individuali, e sul proprio stato di salute, sulla scia anche delle continue e pervasive campagne di prevenzione per le più diverse patologie.

Non si è trattato solo del depotenziamento dei servizi rivolti ad essa rivolti, ma della erosione dell'idea stessa di "salute pubblica", col progressivo abbandono di un patrimonio di idee e di impegno, che anche in Italia aveva dato frutti rigogliosi. Una delle conseguenze è stata la tendenza ad utilizzare sempre più il paradigma individuocentrico, proprio del contesto clinico, anche nell'ambito degli interventi di salute pubblica, cioè di quelle misure tese alla tutela della salute come interesse della collettività. Si è trattato di un mutamento culturale che probabilmente ha avuto tra le sue molte cause anche il cambiamento dei fattori di morbilità, tra cui la riduzione dell'impatto delle patologie infettive. Ma in questo passaggio si è via via indebolita la consapevolezza che, se è vero che una collettività non esiste indipendentemente dagli individui che la compongono, è anche vero che la tutela della salute della collettività non può essere completamente riportata entro la cornice concettuale del diritto individuale, né fattualmente né eticamente. Ed è in questa dimensione culturale che affonda una delle radici delle difficoltà che l'emergenza attuale pone alle istituzioni (per esempio ad arrivare a un "governo" coerente dei test sierologici e dei tamponi, o di definire le misure necessarie a una "ripartenza in sicurezza"), ma anche della difficoltà di una parte almeno della popolazione a capire che il rispetto delle misure di distanziamento non è solo volto alla tutela del singolo (per cui sembra quasi che rispettarle rigorosamente sia un eccesso di paura) o dei propri cari e dei propri prossimi, ma anche e soprattutto degli indistinti e ignoti soggetti che costituiscono la collettività di cui facciamo parte.

La crisi che stiamo attraversando illumina una scomoda verità: la tutela della salute pubblica può comportare limitazioni di alcune attività, attività che magari danno ricchezza ad alcuni, sostentamento a molti, o che sono fonte di piacere e di socialità. Sembra difficile che si possa arrivare a queste limitazioni senza anche (anche, non solo) limitazioni di alcune libertà, e questa è la parte più scomoda della scomoda verità. Una franca discussione su quali siano le limitazioni necessarie e accettabili: ecco il compito che questa scomoda verità ci impone, partendo dalla consapevolezza che nella gestione di un'epidemia come quella che ci troviamo ad affrontare non conta solo cosa "faccio io" ma anche - e soprattutto - cosa "facciamo noi", cosa "noi decidiamo di fare".

La formazione, la manifestazione e la realizzazione della volontà collettiva avvengono nella dimensione politica, nel senso più alto del termine, e vanno al di là della dimensione della morale individuale. Il rapporto tra volontà collettiva e volontà individuale mette in gioco anche la questione dei limiti; in che misura, in quali campi, con quali ragioni, con quali modalità, il potere politico può limitare la libertà dei soggetti che rientrano nella sua sfera d'azione. È questione drammaticamente complessa su cui si stanno misurando le nostre democrazie liberali, ma che certo non si può eludere rimandando tutto alla morale individuale. Distinguere tra morale e politica non vuol dire sostenere che si tratti di due sfere totalmente indipendenti e irrelate, e definire quale sia, o quale debba essere, il rapporto tra l'io (i singoli "io") e il "noi" è appunto uno dei compiti fondamentali dell'etica pubblica.

5. Il servizio sanitario

La pandemia Covid-19 ha sconvolto le nostre vite e lascerà un segno permanente nella storia. È difficile prevedere quali saranno le soluzioni proposte per risolvere i tanti problemi sollevati, e il compito va certamente al di là di questo documento³². Ma la riflessione etica deve poter essere rivolta anche al modello sanitario che si andrà costruendo come conseguenza di questa emergenza. L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) il 23 dicembre del 1978 ha segnato una crescita di civiltà per il nostro Paese. L'essere riusciti a dare attuazione ai principi di universalità, uguaglianza ed equità in ambito sanitario non solo ha risposto a un mandato costituzionale, ma ha consentito anche una maggiore integrazione nazionale e una più piena realizzazione di chi vive nel nostro paese nell'esercizio del diritto alla salute dando la possibilità di accedere a cure efficaci, in grande parte gratuite (o meglio, già pagate attraverso la fiscalità generale...le cure sono davvero "gratuite" soltanto per gli evasori fiscali).

In realtà la nascita del SSN ha determinato qualcosa di più profondo, che investe la percezione stessa del concetto di salute e del diritto alla salute come declinato dall'art 32 della Costituzione. Si è sempre più affermata la consapevolezza che la salute non è solo cura delle malattie, che per stare bene non bastano le medicine e gli ospedali ma servono anche la prevenzione, la riabilitazione, la sicurezza alimentare, la tutela dell'ambiente, acqua e aria pulite. Il SSN ha rovesciato l'approccio del sistema precedente governato con le "casce mutue" e ha collocato al centro della società e della politica il diritto alla salute, un diritto che la nostra Costituzione riconosce a tutti, senza discriminazioni legate a reddito, cittadinanza, status sociale e culturale, oltretutto un interesse della società intera.

Il D.lgs. n. 502/92, facendosi forte della necessità di soddisfare le esigenze di controllo della crescita esponenziale della spesa sanitaria, ha profondamente modificato obiettivi e alcuni principi ispiratori sottesi alla concezione iniziale del SSN. I diversi assetti organizzativi che ne sono derivati rimandano non solo a diverse (e anche opposte) visioni della sanità, ma anche a diversi modi di intendere la salute. Le misure tecniche richieste per ragioni di bilancio e di maggiore efficienza operativa nell'erogazione dei servizi hanno portato alla introduzione di forme di concorrenza nell'ambito sanitario, cioè hanno sottoposto la salute e la sanità alle regole del "mercato", introducendo forme di competizione, e distinguendo tra fornitori di servizi sanitari e pagatori degli stessi.

Su questa base si sono sviluppati principalmente due modelli sanitari: un modello che ha sommamente promosso il ruolo dei privati nella sanità e un altro, più in linea con la Riforma-ter (legge n.229/1999), che ha regolamentato l'apporto del privato accreditato all'interno di una più ampia programmazione regionale.

Il primo modello ha dato un significato diverso ai concetti di libera scelta e sussidiarietà, presenti nella Riforma-ter e nei piani sanitari nazionali, promuovendo una nozione di salute non più tanto come diritto della persona tutelato dal SSN, ma come bisogno individuale a cui ciascuno risponde scegliendo tra le tante possibilità offerte dalla competizione tra gli operatori sanitari, pubblici e privati. Questa interpretazione ha influito sulla programmazione dell'offerta dei servizi sanitari pubblici, integrati dai servizi delle strutture privati che non sono sottoposti ai vincoli organizzativi e gestionali che invece gravano sugli ospedali pubblici³³, e che possono scegliere i tipi di intervento da offrire. Mentre il servizio pubblico ha l'onere di dare risposta a qualsiasi tipo di richiesta, anche la

³² Si veda su questo argomento la Decisione n.9 dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (OTGC), del 12 maggio 2020, Allegato A - Approvazione del documento: *"Andrà tutto bene... se saremo capaci di cambiare. Verso il ritorno alla normalità" - Nuovi modelli di governance per l'appropriatezza delle cure*

³³ Bindi R., *La salute impaziente*, Jaka Book, Milano, 2005, p. 63-64.

più gravosa e meno remunerativa, come quella del Pronto Soccorso, della terapia intensiva o dell'igiene pubblica, -quello privato può scegliere i tipi di intervento da offrire e, peraltro, è ovunque dispensato dalle attività mirate alla salute collettiva che è tipicamente un bene pubblico.

Già prima dell'emergenza in atto era emersa la consapevolezza che il pubblico deve tornare ad avere un ruolo centrale nella sanità, ma oggi si è ulteriormente rafforzata sulla base dell'osservazione che la programmazione e le linee generali dettate dal governo della sanità devono rimanere saldamente nelle mani dello Stato affinché siano praticabili efficaci misure di prevenzione nei confronti di questa e di possibili altre epidemie. A questa si aggiunge un'altra consapevolezza derivata dall'osservazione di cosa è successo in questi giorni: la necessità del passaggio da un'assistenza basata in modo prioritario sull'ospedalizzazione ad una dove viene valorizzata e sviluppata la sanità territoriale che si fa carico compiutamente e in modo integrato della popolazione e, in particolar modo, di quella vulnerabile. È del tutto evidente come questo passaggio sia necessario per la gestione della cosiddetta fase 2 dell'epidemia, dove dovremo convivere con la circolazione del virus SARS-CoV-2. Dobbiamo preparare le condizioni, che vanno continuamente presidiate, nelle quali gli operatori sanitari non debbano trovarsi di fronte alle "scelte tragiche". Il triage deve ritornare ad essere il metodo per razionalizzare i tempi d'intervento in funzione delle necessità dei pazienti, utilizzando quale criterio di scelta le condizioni cliniche degli stessi e non vincoli, comunque e inevitabilmente controversi, di allocazione di risorse insufficienti.

Il dipartimento della prevenzione, una delle novità più lungimiranti della legge n. 833/1978, articolato tra l'altro nei servizi di igiene e sanità pubblica, dopo un avvio fulgido è stato quello più sacrificato dalle riforme che si sono succedute. Oggi deve riconquistare un ruolo centrale e disporre di personale e mezzi per potere svolgere al meglio i suoi compiti di individuazione dei casi sospetti e dei relativi contatti, di applicazione delle misure igienico-sanitarie, di controllo dell'andamento dell'infezione.

La legge di riforma Balduzzi del 2012 deve essere attuata per quanto riguarda la nuova organizzazione delle cure primarie e dell'assistenza sul territorio. I punti salienti di tale riorganizzazione sono:

- assicurare la continuità delle cure tra l'ospedale e il territorio;
- decongestionare i Pronto Soccorso e i dipartimenti dell'emergenza da interventi dovuti a richieste non appropriate, garantendo l'assistenza territoriale h/24;
- integrare i servizi sanitari con quelli sociali con la finalità di trasferire al territorio l'assistenza socio-sanitaria e la presa in carico della popolazione vulnerabile, affidando all'ospedale prevalentemente la gestione dei malati acuti.

Solo potenziando l'assistenza territoriale eviteremo i ricoveri di persone in fase troppo avanzata di malattia, che arrivano in numero esorbitante ai Pronto Soccorso e, successivamente, ai reparti di degenza ed alle terapie intensive, ponendo in essere le scelte tragiche alle quali abbiamo assistito nel periodo del picco pandemico e non solo. Scelte che quando sono rivolte alla popolazione vulnerabile possono implicare la deroga al principio generale fondante del nostro SSN che è quello di pari accesso alle cure. Le scelte in sanità fanno parte della complessità dei bisogni e delle risposte da dare, ma devono avvenire nella cornice generale disegnata dai principi di trasparenza, proporzionalità, appropriatezza e coerenza tra obiettivo perseguito e strumenti usati: principi che massimamente sono attuabili solo a condizione di politiche pubbliche di assistenza e prevenzione efficaci e durature. Il che non esclude ovviamente la possibilità della partecipazione dei privati, a patto che forme e contenuti siano governati da una regia pubblica.

È dunque improrogabile dare nuovo valore alla medicina del territorio e in questo contesto rafforzare le politiche di prevenzione, la sanità di iniziativa, ma anche valorizzare i sistemi di cura tradizionali e complementari, già inseriti dall'OMS nella propria programmazione strategica: in questo quadro è fondamentale lavorare in un'ottica interdisciplinare e multidisciplinare, come richiesto dalla complessità, dinamicità ed incertezza degli scenari attuali e futuri.

È necessario, inoltre, in una visione circolare di salute – *one health, one medicine* - curare l'integrità dell'ambiente, il rispetto degli equilibri naturali, ridurre inquinamento e sfruttamento intensivo del pianeta, affinché la crisi del coronavirus possa diventare l'occasione per fermare i processi che minano la salute nostra e del pianeta e per avviare un processo che le rigeneri entrambe.

Un'ultima riflessione etica connessa alle decisioni cliniche in relazione all'epidemia COVID-19 (ma ancora una volta con una valenza che va ben oltre il periodo emergenziale), riguarda gli attori di tali scelte. Purtroppo, in questi giorni i pazienti sono spesso rappresentati solo come numeri, indicativi dei contagi, dei ricoveri, dei deceduti, e non come persone. Non sempre queste persone hanno potuto scegliere, le cure palliative sono state relegate in una posizione marginale, scarsissimo è stato il riferimento alla pianificazione anticipata delle cure, uno degli strumenti più innovativi ed eticamente densi di significato della legge n. 219/2017.

E' stato ricordato in apertura che l'attuale emergenza sanitaria sta mettendo alla prova la tenuta del nostro Servizio Sanitario; questo riguarda anche i principi di universalità, uguaglianza ed equità su cui si fonda, principi che non devono essere sospesi nell'emergenza, ma semmai rafforzati da una programmazione di servizi adeguati ai fabbisogni, dal potenziamento del territorio, dal recupero della centralità del pubblico, da un allargamento dell'offerta nei confronti della cronicità e della presa in carico proattiva delle persone vulnerabili e fragili.