

CoViD-19: criteri etici

Lorenzo D'Avack*

COVID-19: ETHICAL CRITERIA

ABSTRACT: The article focuses on the ethical question of the macro-allocation of healthcare resources and the problems of public health, strictly related to the micro-allocation problem and the patients' access to care. The author criticizes the utilitarian criteria and argue in favour of the clinical criteria, in the framework of the ethical values of responsibility and solidarity.

KEYWORDS: CoViD-19; pandemic emergency; allocation of resources; responsibility; solidarity

SOMMARIO: 1. Premessa – 2. I valori fondamentali – 3. Il diritto di cura e la distribuzione delle risorse – 4. La solidarietà collettiva – 5. La responsabilità dei medici – 6. Conclusioni.

1. Premessa

In queste settimane di emergenza CoViD-19 molto si è documentato e scritto di ospedali e strutture sanitarie vicine al collasso, specialmente al Nord dell'Italia, e della difficoltà di trovare operatori sanitari e posti letto in terapia intensiva e subintensiva.

Forse è necessario evidenziare innanzitutto che la crisi non è solo legata al rapido sviluppo del virus, ma anche alle precedenti carenze politiche sanitarie. Nel nostro paese questa vicenda pandemica evidenzia una questione generale di macro responsabilità legata a una lunga catena di scelte fatte in passato e di cui oggi si vedono le conseguenze. La sanità messa alla prova da una improvvisa emergenza ha dovuto constatare di non avere un servizio sanitario in grado di reggere alle necessità, quando queste diventano necessità multiple e non facili da contenere. Il CoViD-19 ha fatto toccare con mano il fatto che, a fronte di una pandemia, i nostri ospedali mancano delle attrezzature necessarie e nella quantità necessaria e questo vuol dire anche che non siamo in realtà di fronte ad una vicenda definibile come crisi meramente clinica, bensì anche prevalentemente sanitaria. D'altronde per decenni invece di occuparci, anche a costi contenuti ma mirati, a migliorare le condizioni dell'assistenza e degli ospedali, e di assicurare ai pazienti cure in tempi adeguati, le classi di governo di diverse Regioni hanno fatto uso delle risorse in altro modo.

Oggi a fronte della carenza di mezzi per la prevenzione e il trattamento della vicenda pandemica, viene fatto il possibile per mettere a disposizione strutture supplementari e predisporre strategie di azione nell'ambito della sanità pubblica. E se necessario si dovranno drenare investimenti da altri settori prioritari per la vita. Forse andava fatto prima e con minore danno per i cittadini, anche sotto il profilo economico.

* *Professore emerito di Filosofia del diritto nell'Università di Roma3 e Presidente del Comitato Nazionale per la Bioetica. Mail: lorenzo.davack@tin.it. Il presente lavoro è aggiornato al 23 marzo 2020.*

2. I valori fondamentali

Il CoViD-19 è una malattia potenzialmente mortale, che può colpire ampie fasce della popolazione. E poiché la vita umana è il bene primario da cui dipendono tutti gli altri beni, la sua protezione ha il massimo della priorità che un paese ha il dovere etico, sociale e giuridico di garantire. In questo senso è necessario adottare tutte le disposizioni opportune per poterla tutelare anche nella pratica. Strettamente collegati alla protezione della vita, entrano in gioco, quando si verifica una pandemia sul genere di quella attuale, valori etici fondamentali: la libertà, l'equità, la responsabilità, la proporzionalità, l'informazione e la solidarietà. La libertà di decisione dell'individuo va considerata come un diritto fondamentale che può essere limitato unicamente a condizioni molto specifiche: ad esempio quando non vi siano alternative per raggiungere degli obiettivi importanti di prevenzione e limitazione di una vicenda pandemica; non dobbiamo mentalmente e culturalmente abituarci alla fine della libertà, tanto più che in epoche ordinarie con la tracciabilità dei dati stiamo già rinunciando a un valore fondamentale: la libertà della vita privata; l'equità implica le modalità con cui si intendono distribuiti mezzi destinati alla prevenzione e alla cura dei pazienti e ciò significa tra l'altro che i privilegi e gli svantaggi sociali non devono influenzare la distribuzione delle risorse; la responsabilità si traduce nella necessità di agire in modo affidabile, coscienzioso nei confronti degli altri e di sé stessi; la proporzionalità che implica che l'incidenza dei provvedimenti adottati debba essere direttamente proporzionale al rischio e ai benefici attesi; l'informazione che compete agli operatori del sistema, necessaria per rendere consapevole la popolazione in maniera esauriente circa i provvedimenti che possono limitare, impedire in particolare il pericolo di contagio e la diffusione della malattia; la solidarietà, infine, sottintende coesione a sostegno delle persone bisognose di aiuto. Su alcuni di questi valori sentiamo l'opportunità di avanzare delle riflessioni¹.

3. Il diritto di cura e la distribuzione delle risorse

Fra le diverse problematiche etiche sollevate al CoViD-19, a fronte di denunciate carenze sanitarie, viviamo con maggiore drammaticità quella della distribuzione delle risorse, sapendo che viene messa

¹ Di recente sulle problematiche etiche del coronavirus cfr. in Belgio: Belgian Society of Intensive Care Medicine, *Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice* (2020); in Francia: Comité Consultatif National d'Éthique, *Covid-19 Contribution du Comité Consultatif National d'Éthique: Enjeux éthiques face à une pandémie*, 2020; in Irlanda: Department of Health, *Covid-19 (Corona virus.). Health advice*, 2020; in Inghilterra: Nuffield Council on Bioethics, *Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic*, 2020; cfr. anche European Group on Ethics in Science and New Technologies, *Statement on European Solidarity and the Protection of Fundamental Rights in the Covid-19*, 2020; Consiglio d'Europa, *Respecting democracy, rule of law and human rights in the framework of the Covid-19 sanitary crisis*, 7 aprile 2020; Unesco International Bioethics Committee, Unesco World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology, *Statement on Covid-19: Ethical Considerations from a Global Perspective*, 2020. Recentemente hanno suscitato ampia attenzione le *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili* (6.03.2020), proposte dalla Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva (Siaarti). Il Comitato Sammarinese di Bioetica, richiamandosi ad un suo precedente parere, *Bioetica delle catastrofi*, 2017, ha criticato le raccomandazioni della Siaarti in *Bioetica nell'emergenza*, 19 mar 2020; cfr. anche *Parere Covid-19 e disabilità*, 16 marzo 2020.

in discussione la possibilità di curare tutti e sapendo che queste difficoltà portano di frequente a delle disuguaglianze (tra chi accede alle cure e chi non accede, tra chi ha possibilità di vivere e chi non ne ha) e a dei criteri di selezione da parte dei medici sia giustificati da necessità pratiche, sia prospettati come scelte etiche.

La Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva (Siaarti) è la prima associazione di medici ad esplicitare pubblicamente nelle proprie *Raccomandazioni di etica clinica*² modi e tempi del ragionamento etico, clinico e organizzativo, per arrivare a delle scelte che potessero prescindere dal criterio ordinario “first come, first served” per l’ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili.

Il documento Siaarti muove da uno scenario incontestabile in cui si stimano un aumento dei casi di insufficienza respiratoria acuta di tale entità da determinare un enorme squilibrio tra le esigenze cliniche reali della popolazione e la disponibilità effettiva di cure intensive. Ne consegue, secondo la Siaarti, la necessità di applicare scelte nella estensione del principio di proporzionalità delle cure e si osserva che «l’allocazione in un contesto di grave carenza (*shortage*) delle risorse sanitarie deve puntare a garantire i trattamenti di carattere intensivo ai pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico». Per la società si tratta, dunque, di privilegiare «la maggior speranza di vita», tenendo in considerazione elementi di «idoneità clinica» alle cure intensive quali: «il tipo e la gravità della malattia, la presenza di altre patologie, la compromissione di altri organi e l’età». E ancora: privilegiare la speranza di vita significa anche che: «può rendersi necessario porre un limite di età all’ingresso in terapia intensiva. Non si tratta di compiere scelte meramente di valore, ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha *in primis* più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un’ottica di massimizzazione di benefici per il maggiore numero di persone». Per la Siaarti, dunque, «i criteri di accesso alla terapia andrebbero discussi e definiti per ogni paziente in modo possibile e anticipato, creando idealmente per tempo una lista di pazienti che saranno ritenuti meritevoli di terapia intensiva nel momento in cui avvenisse il deterioramento clinico, sempre che le disponibilità in quel momento lo consentano». Ad ogni modo, «per i pazienti per cui viene giudicato “non appropriato” l’accesso a un percorso intensivo, la decisione di porre una limitazione alle cure (*ceiling of care*) dovrebbe essere comunque motivata, comunicata e documentata».

Fra i modelli etici di riferimento nell’ambito dell’allocazione delle risorse sanitarie è dunque evidente che la Siaarti si richiami a quello “utilitarista”, fatto proprio dai paesi anglosassoni (*quality adjusted life years c.d. Qaly*) e di recente, in considerazione della pandemia CoViD-19, dal gruppo di lavoro di bioetica della Società spagnola di medicina Intensiva, Critica e Unità Coronarie (Semicyuc). Secondo questo modello chi prende una decisione di politica sanitaria, quando deve stabilire come distribuire un bene sanitario scarso per curare un certo numero di persone, dovrà stabilire un ordine di priorità, tra queste, sulla base di un indice che tiene conto da una parte dell’età della persona (criterio oggettivo), del numero di anni di vita attesa e della presumibile qualità di vita futura dell’individuo (criterio statistico) e dall’altra la presenza di comorbidità e dello stato di salute complessivo che si aggiunge all’età anagrafica. In pratica, il bene sanitario in questione verrà distribuito a coloro che maggiormen-

² Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva (Siaarti), *Raccomandazioni*, cit.

te se ne potranno avvantaggiare, nel senso di conseguire, sulla base di questo intervento, un maggior numero di anni di vita in condizioni di salute migliore.

Questo modello non è in linea con la nostra Costituzione³, con diverse leggi dell'ordinamento⁴, con il Codice deontologico dei medici (2014), artt. 2, 6, 8, 32, 39⁵, con normative internazionali⁶ che portano a ritenere che, anche in situazioni straordinarie, quando sono in gioco la vita o la salute, tutti gli individui sono di pari valore e tutti possono vantare un diritto incontestabile alla salute. La vita di ciascuno, che sia giovane o vecchio, uomo o donna, ricco o povero, stimato o marginalizzato, ha la stessa dignità e lo stesso valore. Selezioni di tal genere sono eticamente discutibili, in quanto introducono una gerarchia tra vite degne e non degne e una violazione dei diritti umani fondamentali.

Se mancano le risorse per curare adeguatamente tutti i malati, per proteggere preventivamente le persone non ancora malate, l'obbligo dello Stato è mettere in sicurezza il servizio sanitario con provvedimenti eccezionali (come avviene in questi giorni), aumentando i posti nelle terapie intensive, acquisendo le apparecchiature necessarie, assumendo personale. Certo può risultare difficile decidere una distribuzione delle risorse del tutto equa. Ma si deve pur muovere dalla piena consapevolezza che circostanze straordinarie non possono travolgere valori etici fondamentali che regolano abitualmente la nostra vita sociale. Le esigenze sanitarie, qualora anche carenti, non possono assumere un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute, elemento irrinunciabile della dignità umana.

Ed è in queste situazioni, in cui risulta difficile trattare o proteggere tutte le persone colpite, secondo i loro bisogni, che occorre cercare soluzioni e criteri che siano il più equi possibile, orientandosi verso alcuni obiettivi.

- 1) Arginare l'infezione, vale a dire fare in modo che venga colpito il minor numero possibile di persone, ciò anche a costo di limitare la libertà individuale.
- 2) Le persone contagiate dalla pandemia e le altre persone bisognose di cure intensive devono essere messe sullo stesso piano e valutate secondo gli stessi criteri, vale a dire che i pazienti affetti da CoViD-19 non devono ricevere un trattamento privilegiato rispetto a chi soffre di malattie acute, ma nemmeno un trattamento peggiore.
- 3) Nella distribuzione delle risorse si deve cercare di realizzare il massimo dell'uguaglianza, che non si valuti mai quanto vale la vita delle persone, ma piuttosto che tutti debbano essere curati allo stesso modo e abbiano pari opportunità di accesso alle strutture sanitarie, così da garantire ad ogni singola persona il rispetto dei medesimi diritti.

³ Artt. 2,3,13 e 32. V. il contributo di C. COSTANZO, V. ZAGREBELSKY, *L'accesso alle cure intensive fra emergenza virale e legittimità delle decisioni allocative*, in questo fascicolo.

⁴ L. n. 833/1978; L. n. 24/2017 e L. 219/2017.

⁵ Il presidente della federazione nazionale degli ordini dei medici (Fnomceo), Filippo Anelli, replicando al documento Siaarti, ha dichiarato che «la nostra guida, prima di qualunque documento che subordini l'etica a principi di razionamento, e che dovrebbe in ogni caso essere discusso collegialmente dalla professione, resta il codice di deontologia medica. E il codice parla chiaro: per noi tutti i pazienti sono uguali e vanno curati senza discriminazioni», dichiarato in TGCOM24, 8/03/20, 12:21.

⁶ ONU, *Dichiarazione universale dei diritti umani*, 1948, art. 25; *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, 2000, art. 35.

Non va, tuttavia, trascurato che in situazioni ordinarie e, a maggior ragione, in situazioni di grave emergenza, è comunque doveroso utilizzare il criterio decisionale di appropriatezza clinica e scientifica per valutare l'efficacia, la proporzionalità del trattamento (che non deve essere sprecato). Vi deve essere la valutazione in scienza e coscienza da parte dei medici delle condizioni cliniche effettive del malato (urgenza e gravità del manifestarsi della malattia e presenza di altre patologie). Ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età, il sesso, l'appartenenza sociale o etnica, la disabilità, la condizione e il ruolo sociale, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, è eticamente inaccettabile, in quanto introduce una gerarchia tra vite degne e non degne e una inaccettabile violazione dei diritti umani fondamentali.

È questa una linea etica per garantire equità nelle cure, valutate caso per caso e basate sul consenso informato del soggetto, sul rifiuto o interruzione del trattamento sanitario, sul divieto dell'accanimento clinico date le reali condizioni di salute del paziente, sulla pianificazione delle cure, su eventuali dichiarazioni anticipate di trattamento⁷. Anche in questa situazione di emergenza il consenso del paziente è fondamentale, ma va valutato e considerato dai medici con particolare attenzione, trattandosi di interventi sanitari urgenti su soggetti obbligati a fare scelte in merito ad un virus dalle conseguenze ignote e ad affidarsi a trattamenti medici prevalentemente sperimentali.

Il razionamento deve, dunque, rispondere a criteri ragionevoli in grado di garantire la dignità di vita del paziente e nel contempo soddisfare i requisiti medico-sanitari. I criteri decisionali devono essere sempre spiegati e ben motivati dal punto di vista dell'adeguatezza e per tradursi in benefici per la salute devono poggiare su conoscenze scientifiche. L'efficienza e l'applicabilità, che implicano provvedimenti che devono consentire di raggiungere il maggior numero possibile di persone, devono poter essere riviste, adattate in funzione delle nuove esperienze e conoscenze e questo si traduce nell'adattabilità e nell'adeguamento della situazione. A tal fine andrebbe prevista una discussione bioetica collegiale interna alle professioni sanitarie e l'istituzione di organi specifici, multidisciplinari, dotati delle necessarie conoscenze, competenze e capacità.

4. La solidarietà collettiva

Non si deve trascurare il fatto che nel caso di una crisi sanitaria e clinica potenzialmente pericolosa per la vita umana, è tangibile il rischio che la paura, il trauma o l'istinto di sopravvivenza intacchino il senso di 'solidarietà'. Occorre, dunque, prestare continuamente attenzione all'equilibrio tra il principio di rafforzamento della solidarietà e l'obbligo di rispettare l'autonomia.

Per evitare di ridurre le motivazioni del cittadino a mostrare solidarietà è necessaria una informazione che deve sempre essere concepita nell'ottica di mantenere o di creare un clima di fiducia tra pazienti e medici, il che presuppone che le decisioni prese siano trasparenti e capaci di creare un consenso sociale. Il timore che una determinata informazione possa inquietare la popolazione è un problema reale⁸. Il CoViD-19, come qualsiasi altra epidemia, rende la popolazione fortemente impaurita

⁷ Legge 219/2017.

⁸ A seguito delle notizie che circolano sul CoViD-19 negli Stati membri del Consiglio d'Europa è prevista l'adozione di misure restrittive per evitare di alimentare le preoccupazioni dell'opinione pubblica. Tuttavia, il Comitato di esperti del Consiglio d'Europa sull'ambiente dei media e la riforma dei media (MSI-REF) ha ricordato in

da tutto ciò che sta accadendo e i nostri cittadini sono anche composti da persone di età avanzata, persone vulnerabili (sieropositivi per HIV, immunodepressi per chemioterapie o tumori, persone con polimorbilità, asmatici, ecc) e allora non pare che sia tranquillizzante far conoscere loro che in caso di infezione virale o di altre malattie acute questi potrebbero non ricevere alcuna assistenza sanitaria e si presupponga una assenza di protezione e di cura sul criterio della massima utilità⁹.

Per altro una particolare attenzione va rivolta proprio alle persone più vulnerabili che, rispetto al resto dei cittadini, possono sentirsi a rischio di isolamento dai propri familiari in caso di ricovero ospedaliero e a rischio di abbandono. E una particolare attenzione, assolutamente carente in questi giorni, deve essere data alle Residenze sanitarie assistenziali (RSA), alle Residenze sociosanitarie assistenziali per anziani (Rssa) e alle strutture che ospitano persone non autosufficienti che hanno bisogno di cure specifiche da parte dei medici specialisti e di una assistenza sanitaria. In situazioni di epidemia va evitata ogni forma di disuguaglianza di trattamenti a fronte del rischio legato allo sviluppo del virus e pertanto queste strutture ed altre dedicate agli anziani devono ottenere dispositivi di protezione appropriati per il CoViD-19 (mascherine, guanti, camici, ecc.), con indagini tempestive (tamponi) per isolare i pazienti affetti dal virus dagli altri degenti, evitare le trasmigrazioni dagli ospedali alle residenze con la conseguenza che le residenze per anziani si trasformino in “cluster chiusi”, focolai che fanno vittime, con un evidente ad oggi disinteresse collettivo.

Sembra quasi inutile ricordare che ai pazienti CoViD-19 terminali, come a qualsiasi paziente terminale, debbono essere garantiti l'accesso alle cure palliative, attivando le reti regionali e locali, affinché non muoiano nell'affanno, nell'agitazione, nella sofferenza e nella solitudine, senza un volto amato che possa accompagnarli, in quanto isolati da un necessario protocollo sanitario.

Si aggiunga che si deve una particolare attenzione alle popolazioni precarie. L'epidemia porta con frequenza ineguaglianze sociali. Le condizioni di vita e di lavoro, le condizioni sanitarie, la fragilità delle persone povere, che spesso vivono e dormono nelle strade, i detenuti nelle carceri, tutte categorie che vedono aumentati i rischi del contagio in un contesto dove le misure di precauzione non possono essere materialmente applicate. Ed esiste ugualmente il pericolo di stigmatizzazione di certi gruppi sociali. Bisogna, dunque, che il potere pubblico tenga conto di queste situazioni di discriminazione nel momento in cui predispone strategie di azione che rischiano di aumentare le difficoltà che incontrano questi gruppi sociali.

In tale contesto, per promuovere la solidarietà nel suo complesso, occorre sempre pensare a un plurilinguismo allargato, qualora non sia possibile raggiungere in modo più affidabile tutti gli abitanti soggiornanti con una delle lingue nazionali.

Occorre infine attirare l'attenzione della popolazione in modo adeguato sul fatto che un comportamento non solidale pregiudica fortemente l'efficacia della lotta contro la pandemia. E la solidarietà

una dichiarazione del 21 marzo 2020 che «La situazione di crisi non dovrebbe essere usata come pretesto per limitare l'accesso del pubblico alle informazioni. Né gli Stati dovrebbero introdurre restrizioni alla libertà dei media, oltre i limiti consentiti dall'articolo 10 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo».

⁹ Sul tema della giustizia, dell'integrità e della dignità nei confronti degli anziani cfr. Comitato Nazionale per la Bioetica, *Bioetica e diritti degli anziani*, 2006 e *Le condizioni di vita delle donne nella terza e quarta età: aspetti bioetici nella assistenza socio sanitaria*, 2010, dove tra l'altro si sottolinea la necessità di contrastare il pregiudizio etico dell'“ageismo”. Per il tema delle “risorse” e della “equità della salute” cfr. anche del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, 2001; *Etica, sistema sanitario e risorse*, 1998.

non si deve fermare davanti ai confini nazionali, ragione per cui con riguardo tra gli altri, alle frontaliere ai frontalieri, come pure sull'onda della crescente collaborazione internazionale occorre imperativamente pianificare assieme e coordinare specifici provvedimenti di prevenzione e se del caso di trattamento.

In questa solidarietà un ruolo lo gioca la responsabilità delle industrie farmaceutiche europee e del nostro Paese che devono partecipare allo sforzo di ricerca accademica, mettendo a disposizione eventuali medicinali o eventuali vaccini e le ricerche in corso. Le compagnie farmaceutiche, come ricorda il *Comité Consultative National d'Étique Pour Les Sciences De La Vie Et De La Santé* devono acquisire nelle loro pratiche una visione collettiva, che, tenendo conto del contesto della pandemia, superi le considerazioni strettamente economiche¹⁰.

5. La responsabilità dei medici

Va tenuto conto che comunque il documento degli anestesisti e palliativisti, condivisibile o meno, è un grido di dolore, una richiesta di non essere lasciati soli, che non gli venga loro attribuita una responsabilità collettiva o personale di fronte alle situazioni drammatiche che si trovano ad affrontare quotidianamente, rischiando la vita. A loro deve andare la nostra infinita riconoscenza. Se gli operatori sanitari hanno pur sempre il dovere deontologico di continuare il proprio lavoro durante la pandemia, dal canto suo la società non solo deve garantire loro una protezione ottimale e condizioni di lavoro sostenibili (cosa che fino ad oggi non è avvenuta), ma anche assumersi la responsabilità per le conseguenze che potrebbero derivare da tale obbligo deontologico (malattia, invalidità, decesso).

Si aggiunga che tra le preoccupazioni per il futuro a breve, vi è la proliferazione di contenziosi giudiziari nei confronti di medici, infermieri, operatori sanitari che hanno lavorato con modalità da medicina da guerra, con un peso fisico di turni e carico psicologico, senza linee guida, senza buone pratiche clinico-assistenziali riconosciute come tali dalla nostra comunità scientifica¹¹ contro un virus per lo più ignoto e che in “tempi di pace” potranno essere aggrediti con l'accusa di malsanità.

Sarebbe allora necessario da parte del legislatore adottare provvedimenti finalizzati a salvaguardare il lavoro svolto dagli operatori sanitari impegnati contro il CoViD-19 e che gli organi giudicanti, nell'interpretare le norme vigenti in merito alla responsabilità professionale, tengano conto del contesto emergenziale sopra denunciato.

6. Conclusioni

Non sappiamo come finirà questa tragedia sociale che ci tocca vivere. Se vogliamo fare un confronto con gli ‘eventi di guerra’ sappiamo che diversamente da allora il nemico non è fuori di noi, ma drammaticamente dentro di noi: il portatore del virus può essere un genitore, un figlio/a, un familiare, un amico/a e ognuno di noi nei loro confronti. Si auspica, tuttavia, che l'emergenza pandemica venga

¹⁰ Comité Consultatif National d'Éthique, *Enjeux éthiques*, cit.

¹¹ A tutt'oggi linee guida non risultano essere state date dagli organi istituzionali competenti quali il Consiglio Superiore della Sanità (CSS) e l'Istituto Superiore della Sanità (ISS), soprattutto nell'esplicitare pubblicamente, acquisendone la responsabilità, modi e tempi per arrivare in carenza sanitaria a dei criteri chiari in merito alle scelte operative da adottare.

rielaborata come un impegno collettivo per la promozione della sanità e di una reciproca solidarietà sia a livello nazionale che universale. Sappiamo anche che con il rispetto delle misure di contenimento, circoscritte ad un periodo limitato allo stato di necessità, con la garanzia del diritto alla salute fisica e psichica ad ogni persona, giovane o anziana che sia, sarà possibile conservare i nostri diritti costituzionali, accrescere la fiducia dei cittadini oggi disorientati, conservare la nostra dignità anche in epoche particolarmente tragiche.