

Presidenza del Consiglio dei Ministri



**COVID-19: SALUTE PUBBLICA, LIBERTÀ INDIVIDUALE,
SOLIDARIETÀ SOCIALE**

28 maggio 2020

INDICE

Presentazione	3
1. Il quadro di riferimento bioetico	5
2. Le lezioni apprese: preparazione all'evento straordinario, squilibri nel sistema sanitario "ordinario"	8
3. Le sfide più importanti che ci stanno di fronte	10
4. Le politiche pubbliche di contenimento dell'epidemia	10
5. Sul rapporto fra scienza, politica, informazione	12
6. Gli effetti indesiderati delle politiche di contenimento del contagio	12
7. I gruppi più vulnerabili	14
8. Una disuguaglianza iniqua particolare e trasversale	18
9. Riflessioni conclusive	19
a) Fra responsabilità individuale e responsabilità collettiva	19
b) Fra comportamenti definiti per legge e <i>empowerment</i>	20

Presentazione

Con il presente parere, il CNB intende offrire una cornice di riferimento bioetico alle molte questioni che sia la pandemia da COVID-19 che le misure di contrasto sollevano. Il CNB prende atto della eccezionalità della minaccia alla salute dell'individuo e della collettività rappresentata dal COVID-19, che richiama a una rinnovata riflessione: a) sulla salute, nelle sue molteplici dimensioni (fisica, psichica, sociale); b) sul rapporto fra salute individuale e salute pubblica; c) sul rapporto fra il principio di libertà e autonomia dell'individuo nella gestione della propria salute e il principio di solidarietà.

Nel considerare la dialettica fra questi principi, il CNB ritiene fondamentale distinguere fra interventi "straordinari" (*lockdown* e limitazione di libertà dei cittadini), adottati nella fase più acuta della pandemia e giustificati dalla gravità della minaccia alla salute pubblica, e interventi "ordinari", in linea con le politiche correnti di sanità (che di regola non contrastano con l'autonomia individuale, poiché fanno leva sulla consapevolezza dei cittadini/e). La riflessione del CNB è particolarmente utile oggi, quando gli sforzi sono rivolti alla ripresa della "normalità" di vita del Paese, senza però escludere un nuovo ricorso a misure eccezionali in corrispondenza di un possibile riacutizzarsi della curva pandemica. Occorre notare come tutta la riflessione si svolga in un clima di generale incertezza, per le ancora scarse conoscenze scientifiche sul virus e le ancora limitate esperienze di interventi di contrasto a una pandemia di tale gravità. Per governare l'incertezza, abbiamo bisogno di un dialogo fra i diversi saperi e l'esperienza sociale

Il parere tiene presente l'esperienza accumulata nei primi mesi della pandemia, nella duplice direzione di: 1) un bilancio degli *insegnamenti appresi* (con riferimento alla preparazione e agli squilibri del SSN); 2) una *ricognizione delle sfide* che ancora ci stanno di fronte (valutazione dell'impatto delle misure pubbliche di contenimento sui diritti fondamentali, sulle disuguaglianze fra cittadini/e, per verificare che non si accentuino quelle già esistenti, o non se ne creino di nuove, oppure che le differenze non si traducano in disuguaglianze). In questo ambito, un'attenzione particolare è riservata ai gruppi particolarmente vulnerabili (dai bambini, alle persone con disabilità, agli anziani, ai detenuti e altri). Le strategie pubbliche di contenimento del contagio spaziano da azioni che rientrano nell'ambito delle ordinarie politiche di sanità pubblica fino alla limitazione di alcune libertà fondamentali (in ragione della loro eccezionalità, secondo i criteri di proporzionalità, di efficacia, di limitazione temporale).

Il CNB auspica: a) che vi sia un ripensamento complessivo del nostro sistema di welfare ed un suo potenziamento dopo anni di tagli; b) che si tenga conto del fatto, risalente, che l'alterazione degli ecosistemi ha favorito e favorisce il diffondersi di patogeni prima sconosciuti; c) che, nel pianificare le misure di prevenzione per le fasi successive al *lockdown*, ritornino in primo piano le politiche "ordinarie" di salute pubblica, le quali si basano sulla consapevolezza dei cittadini e delle cittadine come elemento fondamentale per la tutela della salute.

Il parere è stato predisposto dalle coordinatrici, Proff.: Tamar Pitch, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa e dal gruppo di lavoro costituito dai Proff: Luisella Battaglia, Stefano Canestrari, Marianna Gensabella, Assunta Morresi, Luca Savarino.

Nella seduta del 28 maggio 2020 il parere è stato approvato a maggioranza dei presenti, i Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Stefano Canestrari,

Carlo Casonato, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Mario De Curtis, Riccardo Di Segni, Gian Paolo Donzelli, Silvio Garattini, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Tamar Pitch, Luca Savarino, Lucetta Scaraffia, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa.

Ha espresso voto contrario il Prof. Francesco D'Agostino.

Assenti alla seduta, hanno successivamente manifestato la propria adesione al parere i Proff.: Carlo Caltagirone, Maurizio Mori, Lucio Romano, Massimo Sargiacomo.

Pur non avendo diritto di voto hanno aderito: per il Presidente della FNOMCeO il delegato, Dott. Maurizio Benato; per il Presidente del CNR il delegato, Dott. Amedeo Cesta; per il Presidente del CSS la delegata, Prof.ssa Paola Di Giulio.

Assente alla seduta, ha successivamente aderito: per il Presidente della FNOVI la delegata, Dott.ssa Carla Bernasconi.

Assente al momento della votazione, ha successivamente aderito: per il Presidente dell'ISS il delegato, Prof. Carlo Petrini.

Il quadro di riferimento bioetico

Il CNB interviene per la seconda volta sulle questioni bioetiche sollevate dall'attuale pandemia COVID-19, dopo il recente documento che ha sviluppato il tema specifico dell'accesso dei pazienti alle cure in condizioni di risorse sanitarie limitate¹.

Da alcuni mesi il nostro Paese, insieme a quasi tutto il mondo, si è trovato a fronteggiare una minaccia pandemica senza precedenti per via della diffusione di un coronavirus sconosciuto fino a dicembre 2019. Questo virus può diffondersi anche a partire da soggetti asintomatici e, in alcuni casi, incide gravemente sulla salute, fino a risultare mortale, con percentuali variabili da Paese a Paese, e a seconda dell'età dei soggetti e della severità di patologie preesistenti associate. In Europa, la fase di impennata della curva dei contagi sembra essere terminata. Tuttavia, come ricorda l'OMS, ciò non significa la fine dell'emergenza sanitaria, la quale presumibilmente durerà fino alla scoperta e alla reperibilità su larga scala di un vaccino e/o alla messa a punto di cure efficaci.

Pressoché tutti i Paesi hanno messo in campo contromisure di salute pubblica fino a questo momento mai adottate, nel tentativo di "appiattare" la curva del contagio e di contenere e dilazionare la diffusione del virus, sì da permettere ai sistemi sanitari di far fronte all'urto dell'esplosione epidemica. La scelta delle contromisure è stata, ed è, particolarmente difficile per i governi, poiché poche sono al momento le certezze scientifiche intorno al virus.

La comune esposizione al rischio di contagio è, quindi, resa più drammatica dalla consapevolezza crescente della limitatezza delle nostre conoscenze. Covid-19 mette emblematicamente in luce come i rischi siano non solo globali nella loro portata, ma anche imprevedibili per la loro complessità, pervasività e novità. Non abbiamo ancora certezze, fra l'altro, su quale sia la diffusione reale del virus nella popolazione, il ruolo e l'entità dei casi asintomatici, il comportamento stagionale della malattia, il grado di immunità degli esseri umani, il tempo necessario per avere a disposizione un vaccino utile in quantità sufficienti alla copertura dei vari gruppi di popolazione.

Il presente parere prende atto dell'eccezionalità della minaccia, che giustifica la natura eccezionale delle misure adottate dalle autorità pubbliche. In particolare, lo stato di profonda incertezza sul versante delle conoscenze scientifiche ha fatto sì che le misure di *lockdown* siano state adottate in molti Paesi, tra cui l'Italia, come il rimedio più sicuro per il contenimento del contagio nella fase iniziale di maggiore espansione dell'epidemia. A mesi di distanza constatiamo che hanno di fatto portato ad una drastica riduzione dell'indice dei contagi². Si tratta di misure giustificate, come si diceva, dall'emergenza, ma con gravi ricadute sul versante economico e sociale, oltre che su quello psicologico-relazionale, e che dunque non possono essere che temporanee. Sappiamo però, ed è un processo già in corso, che saranno sostituite all'allentarsi del tasso di diffusione del contagio da altre, meno restrittive, che - presumibilmente - ci accompagneranno per molti mesi, se non per anni. Si avanza anche l'ipotesi di un alternarsi di misure più o meno stringenti in corrispondenza dell'andamento della curva dei contagi. Si collocano in questo ambito le nuove tecnologie digitali

¹ Parere del CNB, *COVID-19: La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del triage in emergenza pandemica*, 8 aprile 2020.

² Cfr. Imperial College, COVID-19 Responsive Team, *Report 20: Uso della mobilità per stimare l'intensità di trasmissione di COVID-19 in Italia: Analisi a livello regionale e scenari futuri*.

per il tracciamento dei contagi, nelle diverse modalità di applicazione. Per la sua complessità, il problema di come utilizzarle a beneficio della salute pubblica nel rispetto della protezione dei dati personali non sarà affrontato in questo parere, ma rinviato ad approfondimento successivo³.

Il CNB considera ora opportuna una riflessione sulla pandemia e sulle misure adottate per contrastarla, alla luce del delicato rapporto tra salute individuale e salute pubblica, tenendo presenti al tempo stesso le diverse dimensioni (fisica, psichica, sociale) della salute degli esseri umani.

In tale riflessione il CNB prende avvio dall'unanime convincimento che la salute sia un bene primario. Per la nostra Costituzione la tutela della salute è fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività: da qui discende in primo luogo l'impegno pubblico per la tutela della salute secondo i principi di universalità e uguaglianza.

Il nostro servizio sanitario pubblico si ispira a principi che, sia a livello etico che giuridico, ruotano intorno alla centralità della persona e alla tutela del suo diritto alla salute, nel rispetto della libertà (libertà di scelta del luogo di cura, autonomia del paziente nel diritto a essere informato delle cure e al rifiuto o rinuncia a quelle già iniziate, diritto alla riservatezza etc.)⁴. L'emergenza epidemica ha messo però in particolare rilievo il principio di solidarietà, con cui l'autonomia e il diritto dell'individuo devono coniugarsi. Tale principio muove dalla consapevolezza dell'interdipendenza fra gli esseri umani e quindi delle possibili ricadute della tutela della salute di ognuno sulla salute di altri. La solidarietà si declina in primo luogo come responsabilità individuale, divenuta cogente con l'emergere dell'epidemia, nel seguire comportamenti corretti di protezione dal contagio non solo per sé, ma anche per altri. Perciò anche i soggetti a minor rischio hanno il dovere di proteggersi dall'infezione, nell'interesse dei soggetti più vulnerabili. Nella discussione sulle strategie di contrasto all'epidemia, è possibile registrare una tensione tra salute individuale e salute pubblica e tra i principi bioetici posti a salvaguardia dell'una e dell'altra. Da un lato, in ambito internazionale, il ruolo della salute pubblica è venuto acquisendo sempre maggior rilievo, fino ad essere considerato una dimensione fondante della sicurezza

³ Il tema della *privacy* in relazione all'uso dei dati personali è già stato trattato dal CNB in due pareri: *'Mobile-health' e applicazioni per la salute: aspetti bioetici*, 28 maggio 2015; *Tecnologie dell'informazione e della comunicazione e big data: profili bioetici*, 25 novembre 2016. La protezione dei dati personali non è solo un problema di diritto individuale alla *privacy*. Come detto nel documento *Tracciamento dei contatti e democrazia: lettera aperta ai decisori*, promossa dal Nexa Center for Internet and Society, "Il potere generato dall'accesso e dal trattamento di grandi moli di dati personali è in grado di modificare profondamente i rapporti e le relazioni tra le persone e soprattutto tra i diversi attori sociali, tra consumatori e imprese e inevitabilmente tra i cittadini e lo Stato. Il diritto alla protezione dei dati personali, diventato per la prima volta diritto fondamentale proprio qui in Europa, tenta di governare questo potere ed ha un perimetro molto più ampio della semplice tutela della riservatezza e della *privacy*, diritto a cui molti in questo periodo sono astrattamente disposti a rinunciare in cambio di sicurezza sulla propria salute", <https://nexa.polito.it>. Sul tema della protezione dei dati personali durante l'epidemia COVID-19, cfr. Comitato europeo per la protezione dei dati-EDPB, *Dichiarazione sul trattamento dei dati personali nel contesto dell'epidemia di COVID-19*, 19 marzo 2020, <https://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9295504>; il parere del Comitato di bioetica spagnolo, *Informe del Comité de Bioética de España sobre los requisitos ético-legales en la investigación con datos de salud y muestras biológicas en el marco de la pandemia de COVID-19*, 28 de abril de 2020.

⁴ Recentemente la centralità del principio di autonomia è stata ribadita con la Legge n. 219 del 2017.

umana⁵. Dall'altro, come accennato, il diritto alla salute e l'autonomia dell'individuo devono accordarsi col principio di solidarietà, riconoscendo l'interdipendenza fra gli esseri umani. A doversi raccordare con la solidarietà non è, però, solo la responsabilità dell'individuo, ma anche la responsabilità collettiva (dello Stato e delle sue istituzioni) in modo che sia il peso della pandemia, che quello delle misure restrittive, non creino nuove disuguaglianze o accentuino quelle esistenti. Rientrano ad esempio in questo ambito gli interventi per alleviare il peso di provvedimenti di chiusura di attività economiche, che incidono su categorie di cittadini più svantaggiate di altre.

Infine, rispetto al raccordo fra dimensione pubblica e dimensione individuale della salute, va ricordato che le politiche correnti di salute pubblica non contrastano con l'autonomia individuale, poiché di solito fanno leva sulla consapevolezza dei cittadini e delle cittadine. Il che non esclude la possibilità di ricorso, là dove questa venga meno e lo si ritenga necessario, a interventi obbligatori, che tuttavia sono trattati come eccezioni⁶.

Nel quadro di riferimento delineato, di equilibrio fra salute e diritti individuali e salute pubblica, il presente parere si propone di riflettere sulle misure di contenimento dell'epidemia, cercando di individuare, pur nello stato di incertezza di cui si diceva, i criteri etici cui attenersi, come la proporzionalità, l'efficacia degli interventi, la valutazione degli effetti indesiderati.

Lo sguardo va rivolto all'orizzonte "ordinario" degli interventi di sanità pubblica⁷, che necessitano di essere rafforzati per "prepararsi" a reggere nei tempi lunghi lo sforzo collettivo - dei singoli cittadini, delle comunità, delle istituzioni - di contrastare il virus. Si richiede anche un'attenzione particolare a quei gruppi che possiamo considerare particolarmente vulnerabili, perché più esposti al pericolo del contagio e al tempo stesso più toccati dalla gravosità delle misure necessarie per contrastarlo.

Infine, occorre notare come tutta la riflessione non possa non ritagliarsi in un clima di generale incertezza, in cui la consapevolezza delle ancora scarse conoscenze scientifiche sulla natura del virus ricade a diversi livelli sulle nostre vite: non siamo in grado di prevedere se potremo ripristinare i livelli economici e sociali esistenti prima della pandemia.

Per questo motivo i processi di elaborazione scientifica, in cui pure riponiamo speranze, vanno ripensati alla luce di una sistematica e continua collaborazione globale e interdisciplinare. Per governare l'incertezza in cui siamo immersi abbiamo bisogno di fiducia: ma più che affidarci solo a specialisti, dobbiamo affidarci al dialogo fra i diversi saperi e l'esperienza sociale. Di riflesso anche la politica non può trascurare la dipendenza di un Paese dall'altro e la necessità di un rapporto di reciproco supporto in un'azione comune per la sopravvivenza e il mantenimento di adeguati livelli di benessere. Accogliendo l'esortazione dello *European Group on Ethics in Science and New Technologies* si auspica pertanto

⁵ Report of the Secretary-General Human Security, A/64/701, 8 March 2010; Report of the Secretary-General, Follow-up to General Assembly Resolution 64/291 on Human Security, A/66/763, 5 April 2012

⁶ Si può citare il caso dei vaccini, affrontato dal CNB nella mozione *L'importanza delle vaccinazioni*, 24 aprile 2015, approvata all'unanimità. In conclusione, il CNB raccomanda di fare tutti gli sforzi per mantenere la copertura adeguata attraverso l'educazione sanitaria, non escludendo l'obbligatorietà in caso di emergenza.

⁷ Cfr. il parere del CNB, *In difesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)*, 26 gennaio 2017.

che l'emergenza pandemica venga rielaborata come una chiamata all'impegno collettivo per la promozione della solidarietà, sia a livello europeo che mondiale⁸.

L'esperienza dei mesi passati e il dibattito che ne è scaturito permettono oggi una riflessione più approfondita circa le questioni di etica pubblica e sociale che l'epidemia solleva o che mette in maggiore, drammatica, evidenza. Una riflessione che guardi in avanti, alle scelte che si dovranno affrontare nei mesi a venire.

2. Le lezioni apprese: preparazione all'evento straordinario, squilibri nel sistema sanitario "ordinario"

Pur nella consapevolezza dei margini di imprevedibilità rispetto alle problematiche che nuovi agenti patogeni possono sollevare, è tuttavia opportuno chiedersi se la pandemia avrebbe potuto essere prevista e attenuata da una preparazione adeguata.

Già nel 2005 l'OMS aveva stilato delle raccomandazioni per gli stati membri delle Nazioni Unite in previsione della possibilità di una pandemia influenzale dovuta a un virus persistente, come quello dell'influenza aviaria comparso nel 2003, invitandoli a preparare dei piani nazionali per mitigarne l'impatto⁹. Nell'ultimo decennio, autorevoli organismi internazionali, forti del lavoro di scienziati di diverse discipline, hanno lanciato l'allarme sul rischio di epidemie da virus, sulla base della sempre più frequente ricorrenza di epidemie come SARS, MERS ecc. Oltre al Rapporto del settembre 2019 del *Global Preparedness Monitoring Board*¹⁰, sul piano internazionale va ricordato il lavoro del *Global Health Security Index*, promosso dalla *John Hopkins Bloomberg School of Public Health*, da cui risulta una generale scarsa preparazione anche dei Paesi con i sistemi sanitari e sociali più sviluppati¹¹; a livello nazionale, il *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale* (predisposto nel 2006 dopo l'influenza aviaria del 2003 dal Ministero della Salute) non è più stato aggiornato dopo il 2010.

Rimane da capire - ma non è oggetto di questo parere - perché la maggioranza degli stati si sia trovata ad affrontare l'attuale pandemia senza un'adeguata preparazione¹².

⁸ European Group on Ethics in Science and New Technologies, *Statement on European Solidarity and the Protection of Fundamental Rights in the COVID-19 Pandemic* (March 2020): "Trust and transparency: This pandemic should be seized, not as an opportunity but as a call, to foster solidarity at the European and global level".

⁹ Si veda lo *WHO Global Influenza Preparedness Plan* del 2005, https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf.

¹⁰ Il rapporto 2019 del *Global Preparedness Monitoring Board*, organismo indipendente per la prevenzione delle emergenze di salute facente capo alla OMS e alla Banca Mondiale, è significativamente intitolato *A World at Risk*, https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf.

¹¹ <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>.

¹² Un'eccezione significativa è rappresentata dalla Corea del Sud, che ha affrontato l'attuale pandemia forte della dura prova affrontata con la *Severe Acute Respiratory Syndrome* - Mers del 2003. La Corea del Sud è riuscita a contenere il virus con migliori risultati dei Paesi europei facendo largo ricorso ai test, a regole rigide di quarantena per i positivi, al tracciamento dei contatti sociali dei positivi. Cfr. K. HILLE, E. WHITE, *Asian lessons in virus control*, "Financial Times", March 17, 2020. Tuttavia, nonostante queste misure siano state adottate tempestivamente, anche la Corea ha dovuto riaffrontare, solo dopo un breve periodo di tregua, un ritorno del contagio nella sua capitale Seul.

In ogni caso, l'enorme diffusione del contagio, con le sue numerosissime vittime, fa sì che venga oggi in nuovo, drammatico, rilievo il tema dell'essere preparati (*preparedness*) alle emergenze sanitarie¹³. Notiamo per inciso che si tratta di un tema che rientra nel più ampio ambito della prevenzione come strumento prioritario di tutela della salute pubblica, e che è presente, come preoccupazione per la salute di tutti gli abitanti del pianeta, come tema fondamentale della bioetica, sin dai suoi inizi negli anni '70¹⁴. La *preparedness* è quindi solo in apparenza un elemento nuovo: l'emergenza pandemica mette in realtà in luce un dovere a cui da tempo eravamo richiamati, il farci carico in modo preventivo della salute, tenendo presente la stretta interdipendenza non solo degli esseri umani tra di loro, ma anche tra tutti i viventi. Il tema sarà ripreso più avanti.

Oltre alla scarsa preparazione rispetto all'emergenza, la fase acuta dell'epidemia ha mostrato anche carenze "ordinarie" nel nostro sistema sanitario. Fermo restando il riconoscimento dell'enorme e generoso sforzo del personale sanitario degli ospedali e dei medici di famiglia, e dell'ingente impegno di riorganizzazione a livello sociosanitario portato avanti per far fronte all'emergenza, sono venute alla luce le carenze della *medicina di base e dei servizi territoriali*, negli anni fortemente penalizzati. In particolare, è venuta in evidenza l'insufficienza del sistema di prevenzione. Ciò è rilevante anche nella fase di superamento del confinamento nelle abitazioni: per evitare che la ripresa delle attività e degli scambi sociali porti a nuovi picchi di contagi, è necessario avere piani definiti di screening epidemiologico, laboratori in grado di analizzare celermente i campioni biologici, dispositivi di protezione facilmente accessibili a tutti. Già ci si sta muovendo in questa direzione, ma molto ancora rimane da fare. C'è bisogno di una medicina di comunità efficiente e ramificata, proprio il settore in cui si è registrato il deficit più preoccupante. Solo in parte queste carenze sono addebitabili ai tagli degli ultimi anni al Servizio Sanitario pubblico. Più alla radice, andrebbe ripensato l'equilibrio generale del sistema per come si è sviluppato in maniera sbilanciata nel corso di decenni, fra prevenzione e cura, fra medicina di base e alta specializzazione, fra territorio e ospedale. Una questione rilevante è in particolare la mancata integrazione fra componente sociale e sanitaria. In altri termini, appare necessario e urgente implementare il rapporto di continuità-integrazione, di sinergia di obiettivi (pur nella differenza di funzioni) fra ospedale e territorio, la cui importanza è stata sottovalutata negli ultimi anni, giacché si è privilegiato un modello di sanità pubblica incentrato su grandi centri ospedalieri.

A questo si devono aggiungere i forti squilibri regionali nella possibilità di accesso alle cure di qualità, anche domiciliari. Un tale squilibrio ha comportato un accentuarsi di "disuguaglianze inique"¹⁵ in vari settori, su cui più volte il CNB

¹³ Sul tema della *preparedness*, cfr. anche il precedente citato parere del CNB sull'emergenza COVID-19, p. 5. Si può inoltre ricordare come, a livello sovranazionale, in occasione di altre epidemie, ad esempio nel caso dell'encefalopatia spongiforme bovina (la cosiddetta "mucca pazza"), si sia fatto riferimento al "principio di precauzione" per impostare l'azione dei singoli Stati in modo da poter raggiungere livelli di protezione comuni. Il principio di precauzione è stato introdotto nell'UE proprio per gestire l'incertezza scientifica relativa al rischio ambientale e per la salute. Si veda il parere CNB, *Principio di precauzione: profili bioetici, filosofici e giuridici*, 18 giugno 2004.

¹⁴ V. R. POTTER, *Bioetica. Ponte verso il futuro*, tr. it., Sicania, Messina 1971.

¹⁵ Come spiegato nella Premessa del documento CNB, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, 25 maggio 2001, si identificano come inique, ossia ingiuste, le disuguaglianze nei destini di popolazioni e di individui imputabili a responsabilità umane. Dal punto di vista della giustizia

ha richiamato l'attenzione¹⁶. Per quanto riguarda l'attuale emergenza, basti pensare, solo per fare un esempio, al fatto che in alcuni territori molte persone, che ne avrebbero avuto bisogno, non hanno avuto accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore; mentre in altri la Rete di Cure Palliative ha saputo tempestivamente riorganizzarsi per dare il proprio essenziale aiuto ai pazienti affetti dal coronavirus¹⁷.

Ripensare l'equilibrio generale del sistema è un compito che accomuna diversi Paesi europei con servizio sanitario pubblico sviluppato. E che deve essere affrontato urgentemente per rafforzare un sistema che, nonostante dette carenze, si è rilevato quello maggiormente in grado di reggere l'urto della pandemia e - per il suo carattere di universalità¹⁸ - di riequilibrare, almeno in parte, le disuguaglianze che la pandemia tende a esasperare.

3. Le sfide più importanti che ci stanno di fronte

Come si è detto, siamo nel pieno della battaglia contro il coronavirus, con conoscenze limitate non solo sulle caratteristiche del virus, ma anche sull'efficacia relativa delle differenti politiche pubbliche messe in campo nei diversi Paesi per contenere l'epidemia e sugli effetti collaterali indesiderati di ciascuna di esse, specie sull'economia e sulla tenuta del corpo sociale.

Fra le molte questioni, in questo parere il CNB sceglie di concentrarsi su alcune che appaiono prioritarie in questo momento: la ricognizione dell'impatto delle misure pubbliche di contenimento a) sui diritti fondamentali dei cittadini e delle cittadine¹⁹; b) sull'accentuarsi di pregresse disuguaglianze fra cittadini/e e sul sorgere di nuove, con particolare riferimento ad alcuni gruppi particolarmente vulnerabili, come i bambini, le persone disabili, gli anziani, i detenuti e altri.

4. Le politiche pubbliche di contenimento dell'epidemia

In attesa del vaccino, i Paesi hanno messo in campo misure di contenimento dell'epidemia. Esse sono di vario segno e spaziano da azioni di informazione capillare sulle misure igieniche, sui presidi sanitari utili (come le mascherine), sui comportamenti opportuni di distanziamento fisico; fino all'introduzione di divieti di determinati comportamenti e di determinate attività.

distributiva, le misure pratiche per attenuare gli effetti di queste disparità di fatto possono richiedere trattamenti differenziati a favore dei più svantaggiati.

¹⁶ Cfr. tra gli altri documenti la mozione del CNB, *Diseguaglianze nell'assistenza alla nascita: un'emergenza nazionale*, 29 maggio 2015.

¹⁷ Senza peraltro modificare, in senso restrittivo, i percorsi di attivazione e presa in carico, a livello di base e specialistico, della normale assistenza garantita dalla Rete. Nel campo delle cure palliative, rimane il problema fondamentale della loro mancata o carente integrazione con le terapie dirette alla cura della malattia. È questa una carenza pregressa che nelle scorse settimane ha avuto conseguenze drammatiche, non solo in termini di vite perdute, ma anche di estreme sofferenze che avrebbero potuto essere evitate. Sull'importanza di implementare le reti di cure palliative sul territorio nazionale cfr. i pareri del CNB, *Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte*, 29 gennaio 2016; e *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, 18 luglio 2019.

¹⁸ Cfr. il parere del CNB, *In difesa del SSN*, 26 gennaio 2017.

¹⁹ Nella stessa direzione muove anche il citato documento dell'EGE che esorta i Paesi europei a compiere questa valutazione, con un richiamo alla vigilanza "about the necessity, evidence, proportionality of any policy that, even temporarily, suspends fundamental rights".

Quanto alle prime, dette azioni rientrano nell'ambito delle ordinarie politiche di sanità pubblica, seguendo il consolidato percorso democratico di appello alla consapevolezza civile dei cittadini/e, cui lo stato è tenuto ad offrire sostegno adeguato (tramite informazione, servizi dedicati, ecc.).

Quanto alle seconde, nei Paesi dove vige lo stato di diritto, i divieti necessitano di attenta riflessione da parte delle istituzioni, ma anche dei cittadini/e cui sono rivolti, quando comportino la limitazione di alcune libertà fondamentali²⁰. La questione è stata oggetto di dibattito, anche in Italia. Sul piano giuridico, limitazioni come quelle della libertà di circolazione, di riunione, di iniziativa economica, di religione sono da ritenersi non in contrasto con la Costituzione, quando si tratti di fronteggiare una minaccia grave alla salute pubblica. Sul piano etico, queste misure rispondono a un principio di solidarietà, in considerazione della interdipendenza tra salute individuale e collettiva, particolarmente stretta in tempo di pandemia. E tuttavia, per il loro carattere di *eccezionalità*, dette misure dovrebbero rispondere a criteri di *proporzionalità*, di *efficacia*, di *limitazione* nel tempo, di possibilità di ricorso giurisdizionale. La proporzionalità richiama le autorità alla massima attenzione nella scelta delle misure, valutando i diversi livelli di invasività e controllandone le conseguenze, in specie *gli effetti indesiderati*. Anche la sopportabilità sociale delle misure deve essere tenuta in considerazione, poiché, come vedremo in seguito, impattano in maniera differente su differenti gruppi sociali, accentuando le disuguaglianze. Soprattutto nel caso in cui si ritenga necessario adottare le misure più restrittive, queste dovrebbero essere giustificate da evidenze di efficacia. Rispetto a questo ultimo requisito, in questa fase ne vanno sottolineati però i limiti, in considerazione delle ancora insufficienti conoscenze sul virus e sulle sue modalità di diffusione. Quanto al criterio di limitazione nel tempo, questo è tanto più stringente, quanto più invasive sono le misure. Ciò richiama i governi a un particolare impegno di sostegno alla ricerca e al dialogo con la scienza (il tema sarà affrontato più in dettaglio in seguito).

Un ulteriore elemento deve essere considerato con attenzione nell'implementazione di misure eccezionali: il rischio che possano essere considerate un precedente anche nel futuro richiede che il loro carattere di eccezionalità debba sempre essere presente nel dibattito e nella comunicazione pubblica. Inoltre, le norme dovrebbero essere il più possibile chiare e univoche, cercando di evitarne la moltiplicazione, in modo da non indebolire la fiducia dell'opinione pubblica nell'operato delle istituzioni nel momento di crisi.

Questi criteri sono validi anche e soprattutto nella fase *post-lockdown*. Superato il periodo di confinamento domiciliare e di divieto di circolazione se non per ragioni di necessità, mirante all'esclusione e/o limitazione estrema dei contatti sociali, i Paesi si muovono verso strategie di contenimento del rischio compatibili col funzionamento sociale. Nella prima fase di contrasto al coronavirus, le strategie seguite dai Paesi, anche quelli di comune tradizione democratica, non

²⁰ Si veda il documento del Consiglio d'Europa, che offre agli stati una guida a fronteggiare la crisi sanitaria in corso senza precedenti nel rispetto delle regole e dei valori democratici (*Respecting Democracy, Rule of Law and Human Rights in the Framework of the COVID-19 Sanitary Crisis*, 7 aprile 2020). Il documento richiama l'attenzione degli Stati membri sulla necessità di affrontare efficacemente la crisi, garantendo al tempo stesso che le misure adottate non minino i valori europei fondamentali della democrazia, del principio di legalità e dei diritti fondamentali. Il Consiglio d'Europa deve quindi portare avanti il suo mandato assicurando che le misure prese siano proporzionate alla minaccia del virus e limitate nel tempo.

sono state identiche²¹. Va di nuovo ricordato il ruolo essenziale della ricerca, insieme alla cooperazione internazionale, non solo per accelerare la preparazione di un vaccino, ma anche per valutare le politiche di contenimento da mettere in campo, in termini di benefici e di costi, tenendo conto delle molte variabili in gioco nel dettare ciascuna specifica strategia. Si richiede un tipo di ricerca interdisciplinare che tenga insieme scienze naturali e scienze sociali.

5. Sul rapporto fra scienza, politica, informazione

Come già sottolineato dall'UNESCO²², è necessario uno sforzo di collaborazione internazionale (tanto più auspicabile considerate le difficoltà che si registrano a questo livello) e, insieme, “un dialogo interdisciplinare fra gli attori scientifici, etici, politici”; così come un rapporto stretto di dialogo e collaborazione fra la ricerca e il decisore politico, nella chiarezza dei rispettivi ruoli. Le scelte politiche non possono essere legittimate solo dalla scienza: la politica ha il compito particolare e insostituibile di mediare fra diverse esigenze della società e di comporle in un disegno complessivo nell'interesse pubblico. Ciò è evidente se pensiamo agli effetti indesiderati di alcune misure di contenimento del virus, come il blocco di larga parte delle attività produttive: valide da un punto di vista epidemiologico, ma con contraccolpi pesanti sul piano economico-sociale. L'onere della scelta, nella delicata valutazione dei costi/benefici, è il terreno precipuo della politica.

Anche in questo campo, il ruolo dell'informazione, da parte delle istituzioni, dei comitati tecnico-scientifici, dei media, è cruciale. La completezza e la trasparenza dell'informazione istituzionale rafforzano la fiducia dei cittadini: fiducia tanto più preziosa in un momento di scelte difficili. I media, i giornalisti professionisti, le emittenti pubbliche hanno un ruolo chiave nel fare da tramite tra le notizie che provengono dagli organismi governativi e dai comitati tecnico-scientifici e il pubblico. Spetta alla loro competenza e alla loro etica professionale dare informazioni corrette, aderenti alla verità dei fatti, evitando sensazionalismi, cercando di prevenire il panico e di suscitare sentimenti di cooperazione²³. Il diritto-dovere di informazione dei professionisti della comunicazione, diritto fondamentale in ogni democrazia, può, se correttamente realizzato, essere un prezioso veicolo per la valutazione libera e responsabile da parte dei cittadini delle norme restrittive stabilite dalle autorità preposte, e ciò sia in merito alla loro proporzionalità che alla loro durata ed efficacia.

6. Gli effetti indesiderati delle politiche di contenimento del contagio

²¹ Non esiste al momento un solo modello di contenimento dell'epidemia e molto si discute se un modello estremo come quello cinese possa essere applicabile in Paesi con tradizioni sociopolitiche e culturali differenti. Da qui, come nota il *Nuffield Council on Bioethics*, l'importanza della ricerca per valutare l'efficacia delle misure estreme di *lockdown* da un lato, e i costi sociali dall'altro, specie in termini di salute mentale e occupazione, in modo da avere indicazioni sulla proporzionalità di queste misure <https://www.nuffieldbioethics.org/assets/pdfs/Ethical-considerations-in-responding-to-the-COVID-19-pandemic.pdf>.

²² Cfr. UNESCO International Bioethics Committee and World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology, *Statement on COVID-19: Ethical Considerations from a Global Perspective*, 26 March 2020.

²³ *Respecting Democracy, Rule of Law and Human Rights in the Framework of the COVID-19 Sanitary Crisis*, cit., par.. 3.3.

Già si è detto in premessa che l'adozione iniziale di misure estreme di *lockdown* è riuscita nell'intento di bloccare la rapidità dell'estensione del contagio. Tuttavia, sono emersi anche effetti indesiderati, legati sia al blocco del funzionamento economico e sociale, sia alle disuguaglianze economiche, sociali, culturali, e a quelle relative al genere, all'età, alle condizioni di salute o di disabilità. Le forti disuguaglianze di risorse che già caratterizzano le nostre società rischiano di approfondirsi, sia a causa del contagio e della malattia sia a causa delle misure per affrontarle²⁴.

È vero che siamo tutti e tutte nella stessa barca, se intendiamo la barca come il nostro pianeta. Sono però diversi i livelli di salute di partenza, nonché le risorse economiche di cui si dispone. Le misure restrittive, a loro volta, non possono che impattare assai diversamente su chi viaggia in prima classe e chi in seconda o terza²⁵, con esiti evidentemente diversi sulla salute fisica e psichica dei naviganti. Se stiamo sulla stessa barca, è vero anche che è molto difficile, se non impossibile, salvarsi da soli. Gli esseri umani sono esseri sociali, e in quanto tali interdipendenti tra loro e con l'ambiente circostante. Prendersi cura gli uni degli altri non è, dunque, soltanto un obbligo morale, che nasce dal riconoscimento della componente "vulnerabile" che è in ognuno/a di noi: è l'unico modo di assicurare la salute e la sopravvivenza di tutti e tutte. E ci sono "altri" e "altre" con particolari vulnerabilità: di questi/e dovremmo prenderci cura in maniera particolare.

Il primo rischio da segnalare è di creare e/o accrescere le disuguaglianze. Ad esempio, in regime di *lockdown*, la distinzione - peraltro ragionevole e obbligata - fra attività necessarie e non necessarie, espone a maggior rischio i lavoratori delle prime, rispetto agli altri che rimangono a casa. D'altro lato, il confinamento a casa impatta diversamente sulla popolazione, a cominciare dalle condizioni abitative. Si pensi a chi vive in abitazioni molto piccole e fatiscenti, o in situazioni di sovraffollamento, o alle prese con partner violenti. Lo stesso diritto all'istruzione, oggi implementato attraverso strumenti digitali, è fortemente compromesso per chi, a casa, non dispone di questi strumenti o di una connessione adeguata. L'impatto è tanto più grave per i gruppi più svantaggiati, come sarà ripreso in dettaglio nel prossimo paragrafo: tra gli altri, i soggetti più fragili e vulnerabili come i bambini, gli anziani, le persone con disabilità, i malati affetti da patologie non-Covid, i senz'altro, gli/ le abitanti dei campi rom, i/le detenute.

Anche il diritto alla salute fisica e psichica è a rischio di gravi lesioni. Per quanto riguarda la salute psichica, da più parti si segnalano gli effetti traumatici di una lunga quarantena. Di nuovo, la salute psichica è più a rischio per i soggetti con precedenti problematiche. Nel dibattito attuale circa i tempi e le modalità delle fasi successive al *lockdown*, ricorre spesso l'appello al "prima la salute". Lo slogan è usato a volte in maniera semplificata per contrapporre la salute alla ripresa delle attività lavorative. C'è del vero, ovviamente, in una situazione in cui la salute è minacciata da un pericolo gravissimo e la sopravvivenza si presenta come l'obiettivo primo. Tuttavia, la salute intesa come "stare bene" è legata anche

²⁴ La considerazione degli effetti indesiderati delle politiche di contenimento del contagio è collegata al criterio di proporzionalità delle misure scelte. Essa merita particolare attenzione, tanto più perché al momento non si hanno ancora prove di efficacia che possano guidare con sicurezza nella scelta dei modelli di contenimento della pandemia.

²⁵ Sul concetto di disuguaglianza, cfr. A. SEN, *La disuguaglianza: Un riesame critico*, tr. it., Il Mulino, Bologna 1994.

alla fiducia nel futuro, alla sicurezza del lavoro, a condizioni economiche accettabili, alla possibilità di stare con i propri cari.

Neppure l'emergenza può farci dimenticare le tante dimensioni della salute e come la salute sia dipendente dalla possibilità di usufruire di una molteplicità di risorse dirette e indirette: tra le quali, oltre a quelle di natura economica, senz'altro importanti, e più volte da tutti ricordate, va annoverata anche la presenza di una rete di affetti e di relazioni sociali, la cui assenza può influire negativamente sullo stato di salute delle persone mediante gli stati psicologici che attiva (depressione, ansia, ecc.)²⁶. Le misure di contenimento hanno provocato nuove povertà e stati di profonda solitudine: pensiamo agli anziani/e, alle persone con disabilità, ai malati, ai tanti e tante che hanno vissuto le ultime fasi della vita separati dagli affetti più cari.

7. I gruppi più vulnerabili

La pandemia e le misure prese per contenerla rendono evidente la vulnerabilità di tutti, ma creano anche forme nuove di vulnerabilità economica e sociale, così come esacerbano condizioni di particolare vulnerabilità già esistenti.

Un impatto particolarmente rilevante si ha nei *bambini* e negli *adolescenti*. Le esperienze traumatiche nell'infanzia, che includono diverse forme di violenza, l'esposizione cumulativa ad eventi avversi, la deprivazione materiale e psicologica, possono condurre a patologie in età adulta e generare danni sociali rilevanti. Da qui la necessità di una particolare attenzione alle ricadute delle misure di contenimento del contagio sull'equilibrio psicologico dei bambini²⁷, così come una particolare cura nel rendere tali misure il più possibile tollerabili e comprensibili. Oltre l'aspetto psicologico, emerge anche l'aspetto medico: durante l'emergenza molti bambini con malattie croniche non sono stati adeguatamente seguiti, con gravi rischi di peggioramento delle loro condizioni di salute. Inoltre, molti bambini non hanno praticato le vaccinazioni raccomandate, a causa della chiusura impropria di diversi centri vaccinali, ed anche per la paura dei genitori di contrarre l'infezione recandosi in strutture sanitarie²⁸.

Anche la chiusura delle scuole e il blocco delle istituzioni educative e formative, seppur necessari, hanno aumentato a dismisura il livello di esclusione sociale per i soggetti già maggiormente a rischio di dispersione scolastica.

Nell'emergenza il prezzo più alto è pagato tuttavia dai *minori con disabilità*. Il timore è che senza scuole, senza terapie, senza assistenza domiciliare, bambini e adolescenti con diversi gradi di disabilità regrediscono, dal momento che non è stata prevista per loro alcuna didattica speciale a distanza. Da qui un'ulteriore discriminazione segnalata dalle famiglie, per cui i soggetti più fragili stanno pagando le debolezze del sistema scolastico italiano.

²⁶ Si veda la Premessa al documento del CNB, *Le condizioni di vita della donna nella terza e quarta età: aspetti bioetici nella assistenza socio-sanitaria*, 16 luglio 2010.

²⁷ Vedi l'iniziativa della SIPPED (Società Italiana di Psicologia Pediatrica), che ha messo a disposizione del Ministero della Salute un servizio gratuito di Consulenza e supporto telefonico e on line *Lègami/legàmi*.

²⁸ Va tenuto presente che un'interruzione delle vaccinazioni, anche solo per un breve periodo, può portare a un accumulo di soggetti suscettibili e, quindi, a un rischio maggiore di nuove epidemie come già è avvenuto negli anni scorsi per il morbillo (cfr. *Appello del Board del Calendario per la Vita: mantenere ed incrementare le coperture anche riorganizzando i servizi di vaccinazione e assicurando la popolazione*, <https://www.sip.it/2020/04/24/mantenere-ed-incrementare-le-coperture-vaccinali-nei-bambini-e-negli-anziani-evitiamo-di-aggiungere-epidemie-alla-pandemia/>).

Le *persone con disabilità*, siano minori o adulti, vivono, infatti, una condizione di particolare vulnerabilità che il forzato distanziamento fisico non può che esacerbare. Come ricorda la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, quest'ultima è data dall'interazione tra la minorazione e le barriere fraposte dalla società, e non c'è barriera peggiore dell'isolamento. L'inclusione sociale è infatti parte integrante del processo di riabilitazione che, come nota il CNB nel parere *Bioetica e riabilitazione* del 2006, deve sempre essere rivolto alla persona secondo un approccio non meramente medico, ma bio-psico-sociale²⁹.

L'attenzione, già presente nel nostro Paese, sulla condizione delle persone con disabilità nell'attuale emergenza³⁰ deve quindi essere di volta in volta mirata a calibrare le misure di supporto secondo le diverse disabilità, tenendo presente come anche misure apparentemente neutre, quali l'uso delle mascherine, possano, per alcune disabilità mentali, essere difficilmente accettabili, e come la difficoltà di accesso ai supporti telematici, là dove questi non siano dotati di adeguati facilitatori, rafforzi per molte persone con disabilità il rischio di emarginazione.

Altri gruppi particolarmente vulnerabili sono *le persone affette da patologie gravi non-Covid*, che rischiano di vedere aggravata la loro situazione dall'impatto del coronavirus sul sistema sanitario; *le anziane e gli anziani istituzionalizzati*, *le persone rinchiusi* nelle carceri. Per quanto riguarda questi due ultimi gruppi, il CNB continua la riflessione che ha intrapreso da tempo, per segnalare la particolare vulnerabilità di soggetti la cui salute è totalmente nelle mani delle istituzioni che, seppur a titolo diverso, li custodiscono. Richiamare di nuovo l'attenzione su di essi è tanto più importante oggi, nel momento di massima crisi sanitaria.

Le persone affette da patologie non-Covid costituiscono un gruppo variegato, in cui la vulnerabilità ha peso diverso a seconda della gravità della malattia, e che comprende, tra gli altri, pazienti affetti da malattie rare, da patologie cardiovascolari e neurologiche, pazienti oncologici e onco-ematologici³¹, immunodepressi³², malati definiti in generale "cronici". Per tutti, il diritto alla cura incontra nell'emergenza non poche difficoltà. Alcune appaiono oggettive, come la ristrutturazione dei reparti ospedalieri attuata per far spazio alle strutture dedicate al COVID, e la connessa necessità di concentrare in tali strutture il personale medico di altre unità specialistiche. Altre sono soggettive. Questi pazienti infatti si trovano di fronte a due paure: per un verso, quella causata dal maggior rischio di contagio, che li tiene lontani dagli ospedali, per altro verso quella connessa ad un possibile aggravarsi della patologia, per via dei mancati controlli. Spesso la prima, amplificata dall'emotività con cui l'emergenza è presentata dai media, prevale sull'altra, la paura di sempre. Da qui la diminuzione, da più parti segnalata, del ricorso all'assistenza ospedaliera sia da parte di malati cronici che da parte dei pazienti in crisi acuta, con ricadute gravi in termini di rischi per la salute e per la vita. In questo senso può essere di aiuto

²⁹ Parere del CNB, *Bioetica e riabilitazione*, 17 marzo 2006.

³⁰ Si vedano le notizie pubblicate sul sito dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, <http://disabilita.governo.it/it/notizie/oms-linee-guida-su-disabilita-ed-emergenza-sanitaria/> e, a livello internazionale, le linee guida pubblicate dall'OMS il 27 aprile 2020, *Disability Considerations During the COVID-19 Outbreak*, <http://disabilita.governo.it/media/1365/who-english-covid-19-disability.pdf>.

³¹ Ministero della Salute, *Raccomandazioni per la gestione dei pazienti oncologici e onco-ematologici in corso di emergenza da COVID-19*, 10 marzo 2020.

³² Ministero della Salute, *Raccomandazioni per la gestione dei pazienti immunodepressi residenti nel nostro Paese in corso di emergenza da COVID-19*, 27 marzo 2020

l'attivazione di servizi assistenziali di telemedicina,³³ che consente di contemperare i due obiettivi posti in antitesi dall'emergenza Covid, contribuendo a combattere quel senso di sfiducia e di abbandono, che può portare non solo a rinviare controlli o interventi necessari, ma anche a interrompere terapie già stabilite e praticabili.

Fra i gruppi con particolari vulnerabilità citati, una considerazione speciale va riservata agli *anziani e alle anziane*, in primo luogo perché hanno pagato, e stanno ancora pagando il prezzo più alto in vite umane. Ciò è vero soprattutto per quelli confinati nelle RSA, i più fragili³⁴: il fatto di essere ricoverati in istituzioni sociosanitarie, senza occasioni di uscita, da fattore di potenziale protezione si è trasformato in ulteriore pericolo. Hanno cioè pagato prima e più di altri il prezzo dell'impreparazione generale del sistema sanitario nell'individuare le filiere del contagio, nell'informare correttamente gli addetti all'assistenza sulle misure di prevenzione, infine nel fornire a questi ultimi gli strumenti di protezione individuale per impedire il contagio³⁵. L'incapacità di fronteggiare il coronavirus nelle RSA si è innestata sulle precedenti inefficienze e storture dell'assistenza agli anziani, ancora diffuse nonostante in Italia non manchino le buone esperienze. In particolare, è emersa una cultura dell'abbandono, coniugata a un'attitudine autoritaria nel gestire la vita delle persone fragili³⁶. Si auspica che questa dolorosa vicenda sia occasione per ripensare e ridisegnare il sistema di presa in carico degli anziani più fragili, con una scelta verso la domiciliarità, come luogo della cura e della protezione³⁷; nell'immediato, si assicuri l'adozione di misure di prevenzione adeguate su tutto il territorio nazionale³⁸, prevedendo linee guida di prevenzione specifiche per le residenze sociosanitarie per anziani.

³³ L'attivazione di servizi di telemedicina deve essere calibrata secondo le condizioni fisiche, ma anche psicologiche e sociali, del singolo destinatario, cercando il più possibile di far fronte al rischio che il *digital divide* crei ulteriori disuguaglianze tra i pazienti. Cfr. Rapporto ISS COVID-19, n.12/2020, *Interazione ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19.*, 13 aprile 2020, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-12-2020.pdf>.

³⁴ In Italia i presidi residenziali sociosanitari e socioassistenziali, che includono le Residenze Sanitarie Assistenziali, sono 12.828, stando ai dati ISTAT del 2015, e ospitano oltre 382.000 assistiti, di cui 288.000 anziani al di sopra dei 65 anni.

³⁵ Dati significativi provengono dalla Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie, dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione col Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale. Alla Survey hanno risposto 3.276 strutture, il 96% del totale. Si riportano alcuni dati dal Terzo Report, aggiornato al 14 aprile 2020 <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-3.pdf> : dal 1 febbraio sono deceduti 6.773 soggetti, o positivi al tampone (364), oppure con sintomi similinfluenzali (2.360). In totale, si tratta del 40,2% dei decessi attribuibili al COVID. Circa le difficoltà incontrate nel gestire l'emergenza, il personale cita al primo posto l'assenza di Dispositivi di Protezione, al secondo l'impossibilità di effettuare i tamponi di positività.

³⁶ Nella Survey dell'ISS succitata, si riportano ben 14.118 contenzioni effettuate. Pur considerando i limiti dell'indagine via telefono su un tema così delicato, tuttavia il dato richiede di insistere sulla questione della contenzione degli anziani, a suo tempo già segnalata e denunciata dal CNB (cfr. il parere CNB, *La contenzione: problemi bioetici*, 23 aprile 2015).

³⁷ Cfr. G. LIOTTA, L. PALOMBI, M. C. MARAZZI, *Ora basta RSA, si punti decisamente sull'assistenza domiciliare*, "Quotidianosanità.it", 30 aprile 2020. Ciò non significa che tutti gli anziani/e possano essere assistiti a casa, ma va inteso come raccomandazione affinché la istituzionalizzazione sia considerata come soluzione estrema.

³⁸ Più in dettaglio, si chiede di fornire con la massima priorità dispositivi di protezione per gli ospiti e gli operatori, di garantire il coordinamento, il controllo e il monitoraggio costante delle strutture nell'adesione alle linee guida. Cfr. il documento dell'associazione HelpAge Italia onlus, che fa parte del HelpAge global network.

La situazione delle *persone private della libertà e rinchiusi in carcere* è particolarmente critica, anche perché critiche sono le condizioni di partenza, già difficilmente compatibili coi principi relativi alla pena, che, secondo l'art. 27 comma 3 della Costituzione, non può consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e deve tendere alla rieducazione del condannato. I detenuti e le detenute rappresentano un gruppo “*ad alta vulnerabilità bio-psico-sociale*”³⁹, cui va riconosciuto il diritto alle pari opportunità nella tutela della salute. Tuttavia, questo diritto “*entra in contraddizione con la condizione stessa di privazione della libertà*”⁴⁰. Tale contraddizione chiama a un impegno delle istituzioni, che va rafforzato in questa emergenza⁴¹.

Le persone rinchiusi nelle prigioni si trovano in ambienti di vita già sovraffollati in cui non è possibile seguire le indicazioni di prevenzione e distanziamento fisico così come avviene “fuori” le mura. Se le persone sono rinchiusi, tuttavia il carcere è un luogo aperto, purtroppo anche al contagio, dove ogni giorno entrano ed escono molti addetti. È dunque un luogo ad alto rischio sia per i detenuti, sia per gli agenti di polizia penitenziaria.

Sulla base del principio di pari opportunità nella tutela della salute, si auspicano dunque misure per ridurre i rischi di contagio, tramite l'alleggerimento delle presenze in carcere (tenendo anche conto che circa il 30% dei carcerati è in custodia cautelare)⁴². Va predisposto, a cura delle autorità sanitarie, un piano di screening periodici per tutto il personale e per i detenuti e va prevista una organizzazione di spazi di vita che garantisca il più possibile il distanziamento fra le persone. Si apprestino inoltre locali, dentro o fuori il carcere, per l'isolamento individuale dei detenuti positivi. Si auspica inoltre un sostegno particolare per fronteggiare lo stress psicologico legato alle restrizioni dei contatti coi familiari e col volontariato, insieme alla ricerca di soluzioni per riprendere in sicurezza le attività lavorative e educative⁴³.

Tra le persone private della libertà bisogna anche considerare chi ad oggi è trattenuto nei *centri di permanenza e rimpatrio* (CPR), anche essi spesso affollati e in cui è comunque difficile mantenere il distanziamento fisico. Anche qui, si deve considerare attentamente lo stress psicofisico cui queste persone sono soggette.

I e le *migranti senza permesso di soggiorno* rappresentano un'altra popolazione fortemente a rischio, sia per la situazione economica in cui si vengono a trovare (pensiamo ad esempio all'impossibilità di lavorare, soprattutto, ma non solo, come braccianti agricoli, colf, badanti, ecc.) sia per la difficoltà di accedere ai servizi sanitari⁴⁴. In alcuni Paesi si è deciso, per queste ragioni, di

³⁹ È quanto affermato nel parere del CNB, *La salute dentro le mura*, 27 settembre 2013.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ Ciò è anche raccomandato dal *Council of Europe* nel documento del 7 aprile 2020.

⁴² Si dovrebbe almeno arrivare alla capienza regolamentare di 47.000 persone, anche se, per assicurare l'isolamento dei positivi, si calcola che bisognerebbe scendere a meno di 40.000 presenze.

⁴³ Sono indicazioni in linea con quanto indicato da autorevoli organismi internazionali, quale l'OMS, con le linee guida contenute nel Report *Preparedness, Prevention and Control of Covid-19 in Prisons and other Places of Detention*, 15 marzo 2020, e i *Principi relativi al trattamento delle persone private della libertà personale nell'ambito della pandemia del coronavirus Covid-19*, pubblicati dal CPT il 20 marzo 2020.

⁴⁴ Cfr. il parere del CNB, *Migrazione e salute*, 23 giugno 2017. In quel documento il focus veniva individuato “nella tutela della ‘salute’, principio scolpito nell'identità costituzionale italiana come diritto sociale, ossia come bene della persona e della collettività, da garantire, nel suo contenuto essenziale e senza discriminazioni, a chiunque si trovi sul territorio nazionale, indipendentemente

procedere ad una loro regolarizzazione di massa, per rendere queste persone “visibili” e dunque più tutelate rispetto al rischio di contagio, per loro stessi e per coloro con cui vengono in contatto. In simile condizione, relativamente all’aspetto socioeconomico, si trovano i *lavoratori e le lavoratrici “in nero”*, privi di qualunque tutela.

Vi sono inoltre le *persone Rom e Sinti*, molte delle quali vivono in siti generalmente privi di servizi igienici adeguati (e talvolta senza alcun servizio igienico), in condizione di sovraffollamento e privi delle tradizionali forme di sostentamento (giostrai, raccoglitori di ferro e rame, mendicanti, ecc.). Per quelli e quelle che vivono rinchiusi nei cosiddetti campi è stato sospeso, durante il *lockdown*, qualsiasi tipo di aiuto dall’esterno (a parte quello proveniente dal volontariato). Le loro già precarie condizioni di salute, per via della bassissima qualità della vita, non possono che aggravarsi a causa delle misure restrittive in atto.⁴⁵

8. Una disuguaglianza iniqua particolare e trasversale

Le misure prese per contenere la pandemia hanno un impatto diverso a seconda del genere. Segnaliamo in primo luogo il grave problema della violenza familiare: il confinamento accentua il rischio corso dalle donne (e dai bambini) di essere oggetto di violenza da parte di partner abusivi. L’associazione DI.RE, che riunisce 80 centri antiviolenza, denuncia che le richieste di aiuto tra il 2 marzo e il 5 aprile sono state 2.857, il 74,5 per cento in più rispetto alla media mensile del 2018, l’ultima rilevata.

Tuttavia, l’impatto delle misure restrittive ha anche altri effetti: esse rischiano infatti di approfondire le disuguaglianze di risorse economiche e sociali tra uomini e donne, e, in prospettiva, di limitare la libertà e le opportunità di queste ultime più di quelle dei primi⁴⁶. La tradizionale divisione del lavoro, ancora persistente, affida alle donne la maggior parte del lavoro domestico e di cura. Ciò significa che, in una situazione in cui scuole e asili sono chiusi, e lo saranno almeno fino a settembre se non oltre, con le lezioni a distanza (e, spesso, abbiamo detto, la difficoltà ad accedere a dispositivi digitali e ad una connessione internet adeguata) molte donne si trovano nell’impossibilità di proseguire il proprio lavoro extradomestico con sufficiente agio, o almeno con la stessa continuità dei loro partner. Disoccupazione e gap salariale rischiano di permanere e peggiorare anche dopo la fine del confinamento. Globalmente, i settori lavorativi a prevalenza femminile, come i servizi e in genere il terziario, sono e saranno quelli più colpiti dalla crisi. Molte donne hanno, inoltre, lavori informali, privi di tutele assistenziali e previdenziali⁴⁷. Il Comitato auspica che si presti la dovuta attenzione e si impieghino le risorse necessarie per diminuire e mitigare una

dal fatto che le persone siano giunte nel nostro Paese in modo regolare o meno, che siano irregolari, profughi, richiedenti asilo o cosiddetti migranti economici”.

⁴⁵ Cfr. l’appello di Dijana Pavlovic in “L’Inkiesta”, 3 aprile 2020.

⁴⁶ Cfr. “La Repubblica”, 2 maggio 2020, dove si riportano le risultanze di uno studio apparso sul World Bank Blogs: “Esiste un rischio elevato che le disuguaglianze di genere si allarghino durante la pandemia e che si vaporizzino le conquiste culturali e sociali, nell’accumulazione di capitale umano, nell’emancipazione economica e nel peso specifico delle donne e delle ragazze nella società”.

⁴⁷ Vedi anche R. HUTT, *The Coronavirus Fallout may be Worse for Women than for Men*, “World Economic Forum”, 12 marzo 2020; A. RINALDI, *Donne e uomini: perché si rischia un passo indietro*, in “Econopoly”, 23 aprile 2020; A. CAMILLI, *Donne e lavoro: perché la pandemia rischia di spingerci indietro*, in “Internazionale”, 27 aprile 2020.

disuguaglianza tra i generi certo risalente, ma oggi particolarmente grave. Disuguaglianza che ha ricadute negative non solo sul benessere psicofisico delle donne, ma anche sui bambini e le bambine, e più in generale sull'intera comunità, essendo essa composta, appunto, da donne e uomini.

9. Riflessioni conclusive

L'attuale pandemia, dunque, e le misure prese per contenerla, aggravano le condizioni sociali e di salute di segmenti importanti della popolazione⁴⁸. In Italia, oltre alle misure prese dal governo, è in atto un grande e meritevole sforzo del volontariato organizzato, delle associazioni territoriali, ma anche di singoli cittadini, per attenuare almeno in parte le conseguenze dell'emergenza sulla popolazione più fragile. È tuttavia prevedibile che la situazione non migliorerà nei prossimi mesi e comunque non basta oggi e non basterà domani la mobilitazione del volontariato. Un ripensamento complessivo del nostro sistema di welfare, ed un suo potenziamento dopo molti anni di tagli, si renderà dunque necessario. Un buon sistema di welfare mette in luce e fa leva sull'interdipendenza degli esseri umani, cioè sulla solidarietà, senza la quale i due valori fondamentali della libertà e dell'uguaglianza non esistono, o esistono solo per pochi (e pochissime).

a) *Fra responsabilità individuale e responsabilità collettiva*

Di qui, un ragionamento sul rischio che si potrebbe correre in questa fase, ponendo l'enfasi, pressoché univoca, sulla *responsabilità individuale* in ordine al rispetto delle misure per evitare la diffusione del contagio. Se in questo momento è giustificato l'appello alla responsabilità individuale, l'accento esclusivo su di essa rischia di implementare risentimento e comportamenti aggressivi da parte dei cittadini verso altri cittadini imputati di non osservanza di queste misure. Questa enfasi va di pari passo con la sottovalutazione della responsabilità collettiva, che, in una società democratica, è in capo allo Stato e alle sue istituzioni. Tale sottovalutazione non è solo "discorsiva", ma ben reale: spetta allo Stato creare le condizioni per una vita più salubre (inquinamento, ecc.), provvedere a misure che tutelino singoli e salute pubblica rispetto al rischio di malattie, implementare politiche sociali tali da mettere in grado tutti e tutte di condurre "stili di vita salutari".

La crisi che stiamo attraversando è l'occasione per ridefinire le priorità e le gerarchie, dal momento che ci siamo resi conto che i più indispensabili erano spesso i più fragili, i più precari, i più sfruttati, cioè tutti coloro che svolgono lavori che non si possono fare che "di persona": i mestieri essenziali come la produzione di beni alimentari e di prima necessità, il mantenimento della rete dei servizi, il sistema sanitario, le cure alle persone dipendenti e tutto ciò che si chiama lavoro sociale.

Il passaggio da responsabilità individuale a responsabilità collettiva richiede che questa situazione venga affrontata e si arrivi ad una ridefinizione delle gerarchie dei lavori – e quindi delle condizioni di lavoro e dei salari - più aderente alla realtà.

L'assunzione di responsabilità da parte dei cittadini implica anche un altro aspetto: il prendersi cura degli altri (*care*). Pensare la responsabilità come

⁴⁸ L'impatto più duro sulle fasce più fragili e svantaggiate si riscontra in tutti i Paesi: negli Usa ad esempio, i più colpiti dalla malattia sono gli afrodiscendenti, i latinos, e in genere i più poveri.

correlata ai concetti di relazionalità e di limite consente il passaggio dalla dimensione individuale a quella sociale-collettiva: oggi più che mai, la responsabilità di ciascuno e ciascuna si esprime nel tener conto di come le proprie azioni influenzino non solo i prossimi, ma anche chi ci è lontano geograficamente e chi ancora deve nascere. E consente altresì di legarla ad un altro concetto basilare per la bioetica, quello di “cura”: non solo cura di sé ma anche cura dell’altro e degli altri abitanti del pianeta.

In altri termini, la responsabilità individuale può essere declinata sia come responsabilità *di* che come responsabilità *per*. Nel primo caso si intende che ci si renda responsabili soltanto delle conseguenze delle proprie azioni, nel secondo che ci si faccia carico degli altri (ci si prenda cura delle conseguenze sugli altri). Questo secondo significato è più strettamente collegato alla responsabilità collettiva. Entra qui in gioco la solidarietà, intesa come consapevolezza dell’*interdipendenza* ineludibile di tutti gli umani tra loro e tra gli umani e gli altri viventi⁴⁹, il che comporta l’adesione a un concetto di salute “circolare”: la salute di tutti e di ciascuno come dipendente anche dalla tutela dell’ambiente “naturale” e dal benessere degli animali non umani.

Non sappiamo ancora l’origine di questo specifico virus. Sappiamo però che virus che possono essere letali per l’uomo possono avere origini differenti, dal laboratorio, a comportamenti umani non rispettosi di basilari regole igieniche nel consumo e nella vendita di animali selvatici, al salto di specie. L’alterazione degli ecosistemi e la sottrazione di habitat naturali alle specie selvatiche ha spesso favorito il diffondersi di patogeni prima sconosciuti. Le origini animali di malattie e pandemie - come recentemente l’Aids, la Sars e oggi la Covid-19 - sono una realtà ben nota a chi si occupa da anni di salute pubblica; i mercati locali di animali selvatici possono costituire occasioni ideali per la loro trasmissione. Poiché, inoltre, si conducono ricerche sui virus, allo scopo di conoscerne il comportamento, studiarne l’eventuale impatto sugli umani, e trovare per ognuno cure e vaccini, si auspica una vigilanza e un continuo monitoraggio dei laboratori addetti, affinché sia il più possibile scongiurato il rischio di un incidente che ne comporti la fuoriuscita.

La pandemia del coronavirus prima o poi passerà ma le scelte che siamo chiamati a fare oggi potranno cambiare le nostre vite per molto tempo⁵⁰.

b) *Fra comportamenti disposti per legge e empowerment*

Già si è detto del carattere eccezionale delle misure prese nella fase più acuta dell’epidemia, giustificate dall’eccezionalità della minaccia del coronavirus. E già si è sottolineato come dette misure non possano essere protratte oltre

⁴⁹ Questa accezione della responsabilità individuale è opposta a quella oggi egemonica, che suppone l’assoluta indipendenza del “buon” cittadino rispetto a tutti gli altri e specialmente nei confronti delle risorse dello Stato. Oltre a Jonas e Lévinas, si può citare l’ampia letteratura femminista sulla cura.

⁵⁰ La crisi che stiamo vivendo transcende infatti i confini nazionali e richiede soluzioni globali, al punto che la sola critica seria rivolta oggi alle autorità in materia predittiva è di non aver sostenuto in modo deciso, dopo la SARS, la ricerca che avrebbe messo a disposizione del mondo medico dei veri mezzi d’azione efficace contro la nuova epidemia. Siamo elementi di un ecosistema in cui la salute di ogni elemento umano, animale, ambientale è strettamente interdipendente da quella degli altri. Per questo dovremmo pensare ad un approccio integrato e parlare di una “salute circolare” (One Health) la cui parola chiave è interdisciplinarietà e in cui è fondamentale la collaborazione tra il mondo della medicina umana e quello della medicina veterinaria.

l'emergenza⁵¹. Perciò, nel pianificare le misure di prevenzione per le fasi successive al *lockdown*, tornano in primo piano le “ordinarie” politiche di sanità pubblica, che ruotano intorno alla consapevolezza dei cittadini e delle cittadine come perno a difesa della salute pubblica e insieme di quella individuale. Quando le persone sono messe a conoscenza dei fatti e dei progressi scientifici e hanno fiducia che le autorità pubbliche agiscano nella massima trasparenza, sono generalmente ben disponibili ad adeguarsi ai comportamenti virtuosi per il loro bene e per quello altrui.

In altri termini, agire per accrescere la capacità delle persone di “padroneggiare” la propria salute è la via maestra delle politiche pubbliche in una società aperta, che sceglie di far leva sulla soggettività (pur non escludendosi eccezioni). È anche quella che nella storia è stata vincente per debellare molte malattie e salvare molte vite, grazie alla semplice adozione di norme di igiene da parte della grande maggioranza dei cittadini e delle cittadine⁵².

⁵¹ È quanto sottolinea anche il citato documento EGE: “Restrictions of rights and freedoms that are imposed to save lives in an emergency situation, however – included those implemented through technological surveillance through mobile devices through to drones and surveillance cameras – need to be removed, and data destroyed, as soon as the emergency is over or infringements are no longer proportionate”.

⁵² Scrive Yuval Noah Harari (The World After Coronavirus, *Financial Times*, March 20th, 2020): “to day billions of people wash their hands, not because they are afraid of soap police, but because they understand the facts”.