

Bioetica

La tutela della salute nell'emergenza pandemica: tra diritti e criticità

Giuseppe Battimelli

Vice Presidente Nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI)
Vice Presidente Nazionale della Società Italiana per la Bioetica e i Comitati Etici (SIBCE)

Parole chiave: Diritto tutela della salute, Emergenza pandemica, Deontologia, Etica, Personalismo.

Ricevuto in Redazione il 15 novembre 2020

Key Words: Health protection law, Pandemic emergency, Deontology, Ethics, Personalism.

RIASSUNTO

In questa riflessione l'A. riflette sul diritto alla tutela della salute e come questo possa essere assicurato e garantito nei momenti di grave emergenza sanitaria, quando il sistema assistenziale, riguardanti risorse umane e strumentali e le misure di protezione della popolazione, manifestano gravi difficoltà. In particolare, viene fatto riferimento agli artt. 32, 2 e 3 della Costituzione Italiana, in cui viene sancita la pari dignità ed eguaglianza tra i cittadini, senza discriminazione alcuna, da cui discendono gli obblighi del sistema sanitario alle prestazioni sanitarie (oltre che nella libertà di cura) nell'interesse collettivo e individuale.

L'A. esamina il recente, importante documento congiunto e condiviso della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) e della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia intensiva (SIA-ARTI) in cui si afferma che è data precedenza, per l'accesso ai trattamenti intensivi in caso di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, "a chi potrà ottenere grazie ad essi un concreto, accettabile e duraturo beneficio".

Peraltro l'A. mette in rilievo come ciò debba avvenire avendo presente i doveri deontologici ed etici verso l'ammalato che non possono essere violati in considerazione degli aspetti dell'emergenza, perché diversamente se si tiene conto aprioristicamente e acriticamente soltanto delle conseguenze si potrebbero giustificare in qualche misura deroghe, tra l'altro arbitrarie, al principio e al diritto alla tutela della salute personale, con ricadute di tipo utilitaristico.

SUMMARY

In this reflection the A. reflects on the right to health protection and how this can be insured and guaranteed in moments of serious health emergency, when the health care system, concerning human and instrumental resources and measures to protect the population manifests severe difficulties. In particular, reference is made to articles 32, 2 and 3 of the Italian Constitution, in which equal dignity and equality among citizens is sanctioned, without any discrimination, by which derive the obligations of the health system to health services (as well as in the freedom of care) in the collective and individual interest.

The Author examines the recent, important joint and shared document of the Federation National Orders of Surgeons and Dentists (FNOMCeO) and the Italian Society of Anesthesia Analgesia Resuscitation and Intensive Care (SIA-ARTI) in which it is stated that it is given priority for access to intensive treatments in the event of an imbalance between needs and resources available "to those who can obtain a concrete, acceptable and lasting benefit thanks to them". Moreover, the A. emphasizes how this should happen bearing in mind the deontological and ethical duties towards the sick that cannot be violated in consideration of the emergency aspects, because otherwise if only the consequences are taken into account a priori and uncritically it could be justified to some extent exceptions, among other things arbitrary, to the principle and the right to protection of personal health, with utilitarian effects.

INTRODUZIONE

La situazione di emergenza pandemica, dovuta al coronavirus SARS-CoV-2 che oramai stiamo vivendo da molti mesi, impone molte e problematiche domande che riguardano la politica, l'organizzazione sanitaria, il diritto, la legislazione, l'etica medica e la deontologia, la bioetica ecc.

In particolare, soprattutto nei paesi del mondo occidentale più evoluti e con sistemi sanitari moderni e all'avanguardia, vengono poste certamente questioni, tra le altre di estrema importanza, inerenti il fondamentale diritto alla salute e come questo possa essere assicurato e garantito nei momenti di grave emergenza sanitaria quando il sistema assistenziale, riguardanti le risorse umane e strumentali e le misure di protezione della popolazione, manifestano gravi difficoltà per eccesso di richieste di prestazione/utilizzo e/o contemporaneità di accesso alle stesse.

Una prima opportuna chiarificazione da fare è che "il diritto alla salute" che l'autorità statale deve assicurare è nella significazione della "tutela della salute" così come previsto dall'art.32 della Costituzione¹, da cui discendono gli obblighi

¹ Costituzione Repubblica Italiana Art. 32: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

dello Stato alle prestazioni sanitarie (oltre che nella libertà di cura) nell'interesse collettivo e individuale.

Già osservammo su questa rivista⁽²⁾ che nella emergenza pandemica la salute viene declinata come interesse della collettività nelle problematiche della salute pubblica e quale diritto fondamentale dell'individuo e, quindi, la necessità di un equilibrio tra aspetti diversi ma non contrapposti come la tutela della salute individuale e quella collettiva e il dovere di fornire assistenza sanitaria.

Tra l'altro per le argomentazioni della presente riflessione sembra opportuno che il citato art. 32 della Costituzione debba essere rapportato anche agli Artt. 2 e 3 che riguardano rispettivamente i diritti inviolabili della persona², tra cui certamente rientra quello alla salute e la pari dignità ed eguaglianza tra i cittadini senza discriminazione alcuna³; come anche risulta fondamentale il riferimento al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e alla sua legge istitutiva (L. 23 dicembre 1978, n. 833) che si caratterizza e si fonda sui principi di universalità, uguaglianza ed equità; ed infine parimenti importante è richiamare il Codice Deontologico dei medici che vieta qualsiasi discriminazione (Artt. 3 e 6 "Doveri generali e competenze del medico"⁴).

La tutela della salute nell'emergenza pandemica

La tutela della salute si realizza con l'accesso della persona alle prestazioni, che in tempi ordinari è richiesto e soddisfatto dal sistema sanitario nazionale, nella misura dei livelli essenziali di assistenza⁵, ma è da chiedersi, ed è ogget-

to di questa analisi, come, quando e in che modo, (assoluto, relativo, parziale, inattuabile, ecc.) questo diritto sia esigibile (accessibilità di fatto e non di diritto) in tempi di emergenza pandemica che vede un incremento rapido di contagiati.

Questa evenienza infettiva ampiamente diffusa si assomiglia sovente, per le decisioni della prassi medica e delle conseguenti valutazioni degli aspetti etico-deontologici, alla "medicina delle catastrofi", ma, come è stato opportunamente osservato⁶, la pandemia, persistendo ormai da molti mesi, sottopone le strutture e l'organizzazione sanitaria a eccessivo e continuo sovraccarico per lunghi periodi, rispetto invece a eventi gravissimi, improvvisi e pure devastanti ma che si svolgono in pochi minuti, ore o giorni come un'alluvione, un terremoto, un attacco terroristico, un'azione militare di guerra, ecc.

Inoltre, possiamo dire che la tutela della salute riguarda aspetti diversi e differenti difficoltà se consideriamo la medicina territoriale e i servizi di sanità pubblica rispetto alla rete dell'emergenza-urgenza ospedaliera, che certamente presenta le maggiori criticità sia operative che etiche; entrambe però sono messe a dura prova.

Nel primo caso il diritto alla "tutela della salute" si attua essenzialmente con il diritto di ogni persona a che la propria salute non venga messa in pericolo da altre persone e deve essere salvaguardato dalle strutture territoriali e dai Dipartimenti di Prevenzione Collettiva delle ASL, che provvedono a contenere i rischi posti dalle malattie infettive, attraverso indagini epidemiologiche e tramite attività di accertamento diagnostico, isolamento, contact tracing, quarantena, ecc.

Un particolare esame (ma che non possiamo in questa notazione argomentare per lo spazio concessoci) certamente merita la protezione e la sicurezza che deve essere rivolto al personale sanitario, oltre a quello dei servizi pubblici essenziali, che più di altri è esposto al rischio di contagio.

Le maggiori difficoltà come detto però si verificano nella struttura ospedaliera (vedi le cure e le terapie intensive) e su quest'ultimo punto di grande importanza è stato il documento della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) pubblicato il 6 marzo del 2020, dal titolo "*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*" e l'altrettanto importante parere del Comitato Nazionale di Bioetica dell'8 aprile 2020, dal titolo "*Covid 19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del 'triage in emergenza pandemica'*",

con la L. Cost. 3/2001, dando piena attuazione all'art. 5 della Cost.9) ha stabilito la competenza per l'assistenza socio-sanitaria in via esclusiva alle Regioni per quanto riguarda la legislazione e programmazione, e allo Stato la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» (articolo 117, comma 2, lettera m della Costituzione).

6 Repubblica di San Marino. Comitato Sammarinese di Bioetica. Bioetica delle catastrofi. Legge 29 gennaio 2010 n. 34

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

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

3 Costituzione Repubblica Italiana Art. 3: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese".

4 Codice Deontologico dei Medici (2004) Art. 3 "Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera" - Art. 6 "Il medico, in ogni ambito operativo, persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure".

5 La modifica del Titolo V della Costituzione (è stato riformato

testi che commentammo su questa rivista già a suo tempo e a cui si rimanda³⁾.

A tal fine, come è noto, ciò che nel documento della SIAARTI ha sollevato perplessità in alcuni e contrarietà in altri è l'affermazione che «*può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in TI...*», e in merito abbiamo osservato che quello dell'età non è, né può essere l'unico criterio aprioristicamente e acriticamente accolto o che possa determinare pregiudizio alla terapia e ancor più se da ciò ne deriva un giudizio di valore sul paziente anziano, ma può rientrare in una valutazione clinica complessiva.

Su questa importante tematica è ancora da dire che proprio di recente è stato pubblicato un importante documento condiviso e congiunto¹⁰⁾, elaborato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) e dalla Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), scaturito da un tavolo di lavoro paritetico durato alcuni mesi, durante i quali è stato approfondita la riflessione in merito.

A nostro giudizio il documento riveste notevole significato e valore innanzitutto perché è stato molto opportuno il confronto tra una branca (peraltro altamente specialistica ed in prima linea, decisiva e meritoria in questa evenienza) quale quella degli anestesisti-rianimatori e la FNOMCeO, cioè l'intera classe medica, a significare che la categoria e la medicina è una e una soltanto, a fronte talvolta di davvero improprie settorializzazioni e divisioni, del resto sovente strumentalizzate dal mondo non medico; e soprattutto che i principi deontologici valgono per tutti i medici, giacché «*i comportamenti dell'anestesista-rianimatore, così come di ogni altro medico coinvolto in decisioni cliniche in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, devono essere coerenti con i principi etici e le regole deontologiche della professione medica*»⁷⁾.

Se già in precedenza, sia le raccomandazioni della SIAARTI del 6 marzo 2020 che il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) dell'8 aprile 2020 ritenevano che i principi da tenere presente nella scarsità di risorse sono l'appropriatezza clinica, la proporzionalità delle cure, la giustizia distributiva e l'equa allocazione delle risorse, vengono in quest'ultimo condiviso documento opportunamente specificati i «criteri» di valutazione che devono essere «*rigorosi, espliciti, concorrenti e integrati, valutati sempre caso per caso*» e che sono: «*la gravità del quadro clinico, le comorbilità, lo stato funzionale pregresso, l'impatto sulla persona dei potenziali effetti collaterali delle cure intensive, la conoscenza di espressioni di volontà precedenti nonché la stessa età biologica, la quale non può mai assumere carattere prevalente*»⁸⁾.

A chi dunque assegnare una risorsa improvvisamente divenuta limitata in caso di straordinaria criticità e quindi garantire il diritto alla tutela della salute, in questa straordinaria contingenza? A chi dare la precedenza ai trattamenti intensivi?

Il documento congiunto della FNOMCeO e SIAARTI (e quindi possiamo dire dell'intera classe medica italiana) afferma: «*a chi potrà ottenere grazie ad essi un concreto, accettabile e duraturo beneficio*».

Inoltre, in esso sono evidenziate altre fondamentali questioni da tenere presente in tempo di emergenza: a) il principio di eguaglianza tra le persone e l'equità di accesso ai trattamenti rimane imprescindibile; b) il principio «*non negoziabile dell'uguaglianza di valori di ogni essere umano*» rimane intangibile; c) la legittimità anzi il dovere dei medici di rivendicare presso il gestore politico e l'organizzazione sanitaria ulteriori risorse aggiuntive; d) i criteri di ammissione/esclusione alle terapie intensive hanno validità esclusivamente «*in stato di assoluta necessità (emergenza/urgenza indifferibile in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili)*».

Ciò invece che a nostro parere deve essere considerato attentamente e correttamente interpretato nel testo FNOMCeO-SIAARTI è il riferimento alla «*opportunità di prevedere eventuali modifiche del Codice di Deontologia Medica*».

In che senso e in quale direzione possono essere determinate queste modifiche? Si deve prevedere nel codice un nuovo articolo sull'emergenze sanitarie dove viene esplicitato quanto enunciato?

Quello che a noi sembra importante evidenziare maggiormente è, in ogni caso, l'uguaglianza e la dignità della persona e il divieto a qualsiasi forma di discriminazione nell'accesso alle cure, come del resto già prevedono l'Art. 3 e 6 del Codice Deontologico.

Le decisioni e le scelte che si presentano soprattutto alla coscienza del medico, per quanto problematiche e delicate in caso di emergenza sanitaria, rientrano nella giustizia distributiva e di appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate e sono eticamente lecite quando la valutazione (sempre flessibile e adattabile) è su situazioni oggettivamente diverse e su casi clinici differenti, mentre diventano ingiuste se si prescinde da ciò.

Cosicché chi ammettere alle cure, a chi dare l'unica possibilità di cura, secondo il criterio astrattamente considerato «*first come, first served*» o addirittura il sorteggio o meno che mai quello legato al ruolo sociale o alle possibilità economiche del paziente, appare inevitabilmente ingiusto perché si prescinde aprioristicamente dall'analisi del caso concreto.

A questo riguardo di particolare rilievo nel citato documento del CNB dell'8.4.2020, di cui s'è detto, a nostro parere, è il criterio indicato, tra gli altri, dell'*attualità* non da tutti opportunamente valutato.

Quest'ultimo aspetto è fondamentale e di cui bisogna tenere conto perché «*...ad aver bisogno di trattamenti sanitari salvavita non sono solo i pazienti fisicamente presenti nei locali del pronto soccorso ma anche quelli ricoverati e non ancora sottoposti al sostegno vitale della ventilazione assistita – dai supporti meno invasivi al trasferimento in terapia intensiva – così come i pazienti, già valutati clinicamente a domicilio, che si sono aggravati improvvisamente. Nel triage in emergenza pandemica la periodicità di revisione delle liste*

7 Ibidem...

8 Ibidem...

di attesa segue, per quanto possibile, i tempi della patologia... Rispetto al triage in tempi normali, il triage in emergenza pandemica inserisce la valutazione individuale del paziente nella prospettiva più ampia della 'comunità dei pazienti'».

CONCLUSIONI

Diversi sono i piani di valutazione della tematica oggetto della presente riflessione: giuridico, legislativo, di politica sanitaria, etico, deontologico e, in particolare, bioetico sul quale ci siamo soffermati ed abbiamo, in particolare, riflettuto sulla delicata problematica in corso di pandemia, nella prospettiva di salvaguardare la tutela della salute individuale e collettiva, garantito dalla nostra Costituzione "personalista"⁹ (Artt. 32, 2 e 3) e dalle leggi ordinarie, oltre che dai diritti umani internazionalmente riconosciuti, a fronte della scarsità di risorse e mezzi.

La tutela della salute, che può essere declinata come diritto all'integrità fisica, diritto alla dignità e all'uguaglianza ed infine come diritto universale, in generale si configura come un diritto soggettivo perfetto, esigibile dalla persona fondandosi sulle norme legislative, ma questa esigibilità diventa problematica o a causa di esigenze di bilancio (si parla di un diritto "finanziariamente condizionato") o da difficoltà organizzative⁹ o dall'emergenza sanitaria.

A tal fine è opportuno ricordare come l'Art. 3 (vedi nota 2 di quest'articolo) della Costituzione italiana¹⁰ riprende quasi fedelmente quanto affermato nella Dichiarazione costitutiva (22 luglio 1946) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e cioè "il possesso del migliore stato di salute che è capace di raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, quali che siano la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale".

Anche nell'emergenza (pandemica) quindi, e nel caso specifico per l'ammissione/esclusione alle terapie intensive, il criterio clinico e l'appropriatezza delle cure, rispetto a qualsiasi altro, rimane ineludibile, soprattutto nelle scelte, quando le risorse non siano disponibili per tutti, nella considerazione preliminare, che è ad un tempo etica, giuridica e del diritto, altrettanto imprescindibile, della pari uguaglianza e dignità delle persone.

Già osservammo che un trattamento terapeutico "può essere dovuto e giusto per tutti, ma non è identico per tutti,

perché non tutti possono rispondere alla terapia allo stesso modo e quindi non si attua nessuna discriminazione sulle persone/pazienti. Le persone sono tutte uguali e i pazienti godono di pari uguaglianza nel diritto alle cure"¹¹.

Certamente in quella "scelta" non si ammette un orientamento di tipo utilitaristico, suffragato dal cosiddetto QALY (Quality Adjusted Life Years), per il quale sia considerata prioritaria oltre il numero di anni di vita attesa anche e soprattutto la qualità futura della vita, perché ciò può prefigurare l'abbandono terapeutico, in ogni caso da proscrivere, ponendo al centro dell'interesse la persona ammalata in quanto tale.

Pertanto ciò che desideriamo affermare in questa riflessione è che "scegliere", da parte del medico in certi contesti drammatici, è un atto altamente etico (l'etica è la scelta razionale e ragionevole che si basa su criteri oggettivi) che segue un'argomentazione deduttiva (clinica) e una valutazione anche delle conseguenze clinicamente previste (quale beneficio reale si ha dalla terapia? ecc.).

È certo che persistono doveri etici e deontologici verso l'ammalato che non possono essere violati in considerazione degli aspetti dell'emergenza; perché diversamente se si tiene conto aprioristicamente e acriticamente soltanto delle conseguenze, si potrebbero giustificare in qualche misura deroghe, tra l'altro arbitrarie, al principio e al diritto alla tutela della salute personale, con ricadute come detto di tipo utilitaristico.

Possiamo ancora aggiungere che quello che è fondamentale è che le scelte operate dal medico, in piena libertà, convincimento e coscienza, e di cui è tenuto sempre a darne giustificazione, siano trasparenti, condivise (dal team di assistenza, dai familiari, magari con il supporto del Comitato Etico, ecc.), verificabili e naturalmente documentate, soprattutto quando sono limitative o di esclusione terapeutica.

La scelta di cura da parte del medico, necessaria e talvolta problematica, ha la sua giustificazione se offre soluzioni concrete, operative, a sostegno della persona ammalata perché "la decisione non può basarsi su una differenza di valore della vita umana e della dignità di ogni persona, che sono sempre uguali e inestimabili. La decisione riguarda piuttosto l'impiego dei trattamenti nel modo migliore possibile sulla base delle necessità del paziente, cioè la gravità della sua malattia e il suo bisogno di cure, e la valutazione dei benefici clinici che il trattamento può ottenere, in termini di prognosi. L'età non può essere assunta come criterio unico e automatico di scelta, altrimenti si potrebbe cadere in un atteggiamento discriminatorio nei confronti degli anziani e dei più fragili"¹¹.

Riteniamo, infine, che i principi fondamentali della bioetica personalista, quali:

- il principio della difesa della vita, della sua integrità e della salute, attraverso l'indispensabile prevenzione della diffusione del contagio epidemico
- il principio terapeutico, con la proporzionalità e l'adeguatezza delle cure
- il principio della responsabilità, di socialità verso il bene comune e di sussidiarietà

9 Interessante al riguardo la Sentenza 2 gennaio 2020, n.1 del Consiglio di Stato sez. III, relativa a un disabile a cui era stato negato l'accesso a forme di assistenza, che ha condannato l'ASL perché "il nucleo essenziale del diritto alla salute deve essere salvaguardato...e l'Ente pubblico semmai dovrebbe dimostrare che non vi sono alternative organizzative e di essersi, comunque, adoperato in ogni modo per trovarle o reperire ulteriori risorse finanziarie".

10 La Costituzione della Repubblica Italiana fu approvata dall'Assemblea Costituente il 22 dicembre 1947 e promulgata dal capo provvisorio dello Stato Enrico De Nicola il 27 dicembre 1947, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 298, edizione straordinaria, del 27 dicembre 1947 ed entrò in vigore il 1° gennaio 1948.

11 Pontificia Accademia pro Vita (PAV), "Pandemia e fraternità universale", 30 marzo 2020,

possono certamente offrire un orientamento sia teorico che procedurale di fronte a decisioni gravose ma ineludibili, nella situazione eccezionale dell'emergenza pandemica.

BIBLIOGRAFIA

1. BATTIMELLI G.: Chi ammettere alle cure? Chi curare per primo? Il triage estremo in corso di disastro pandemico: una riflessione bioetica. *Civitas Hippocratica*, 2020; 1/2: 1
2. BATTIMELLI G.: Questioni bioetiche in tempo di pandemia da SARS-CoV-2. *Civitas Hippocratica*, 2020; 3/4: 19
3. BERLINGER N. et al.: Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). *Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19*, in *The Hastings Center*, 2020; March 16
4. BOSCIA F.M.: Ultimo letto, nodo insoluto. *Avvenire*, 5.11.2020
5. Comitato Nazionale per la Bioetica: *Etica, sistema sanitario e risorse*. 1998
6. Comitato Nazionale per la Bioetica: *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*. 2001
7. DE PANFILIS L., TANZI S., COSTANTINI M.: Il processo decisionale per le cure intensive in situazioni di emergenza: l'etica medica e le cure palliative ai tempi del Co- ViD-19. *Bio Law Journal – Rivista di BioDiritto*, Special Issue, 2020; 1
8. *Ethical and Legal Considerations in Mitigating Pandemic Disease. Workshop Summary (2007)* <https://www.nap.edu/catalog/11917/ethical-and-legal-considerations-in-mitigating-pandemic-disease-workshop-summary>. Accesso 10.11.2020
9. FERRARO F.: Alcuni fraintendimenti delle 'raccomandazioni' Siaarti ai tempi del Covid-19. *Utilitarismo e "medicina delle catastrofi"*. https://www.rivistailmulino.it/news/newsitem/index/Item/News:NEWS_ITEM:5211. accesso 10.11.2020
10. FNOMCeO-SIAARTI, Documento congiunto 30.10.2020. <https://portale.fnomceo.it/>, visitato il 8.11.2020
11. Ministero della Salute – Istituto Superiore di Sanità: *Elementi di preparazione e risposta a COVID19 nella stagione autunno-invernale*. 11 agosto 2020
12. Ministero della Salute: *La tutela del diritto fondamentale alla salute*. In *Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale*.
13. http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_2.jsp?lingua=italiano&menu=uffCentrali&label=uffCentrali&id=568. Accesso 7.11.2020
14. Ministero della Salute: *La responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute della persona e delle comunità locali: il servizio sanitario nazionale*. In *Libro bianco sui principi fondamentali del servizio sanitario nazionale*".
15. http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_2.jsp?lingua=italiano&menu=uffCentrali&label=uffCentrali&id=568. accesso 7.11.2020
16. Ministero della Salute – Istituto Superiore Sanità: *Rapporto COVID-19 n. 34/2020. Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici*. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. Versione del 25 maggio 2020
17. Pontificia Accademia per la Vita: *Pandemia e fraternità universale*. www.academyforlife.va. accesso 11.11.2020

Indirizzo per corrispondenza:
Dott. Giuseppe Battimelli
 e-mail: battimelligiuseppe@libero.it