

*Estratto*

# ARCHIVIO GIURIDICO

*Filippo Serafini*

*dal 1868*

*già diretto da*

GIUSEPPE DALLA TORRE

*Direzione*

GERALDINA BONI

Ord. Università di Bologna

*Comitato Direttivo*

FRANCESCO BONINI  
 Rettore Università  
 "Lumsa"

MARIO CARAVALE  
 Prof. Em. Università  
 di Roma "La Sapienza"

FRANCESCO P. CASAVOLA  
 Pres. Em.  
 Corte Costituzionale

FRANCESCO D'AGOSTINO  
 Prof. Em. Università  
 di Roma "TorVergata"

GIUSEPPE DE VERGOTTINI  
 Prof. Em. Università  
 di Bologna

JAVIER FRANCISCO  
 FERRER ORTIZ  
 Cat. Universidad de Zaragoza

VITTORIO GASPARINI CASARI  
 Ord. Università di  
 Modena e Reggio Emilia

LUIGI LABRUNA  
 Prof. Em. Università  
 di Napoli "Federico II"

PASQUALE LILLO  
 Ord. Università della  
 "Tuscia" di Viterbo

GIOVANNI LUCHETTI  
 Ord. Università  
 di Bologna

FERRANDO MANTOVANI  
 Prof. Em. Università  
 di Firenze

PAOLO MENGOSZI  
 Prof. Em. Università  
 di Bologna

FRANCISCA PÉREZ MADRID  
 Cat. Universitat  
 de Barcelona

CARLOS PETIT CALVO  
 Cat. Universidad  
 de Huelva

ALBERTO ROMANO  
 Prof. Em. Università  
 di Roma "La Sapienza"



STEM Mucchi Editore

# ARCHIVIO GIURIDICO

*Filippo Serafini*

*dal 1868*

*già diretto da*  
GIUSEPPE DALLA TORRE

*Direzione*  
GERALDINA BONI  
Ord. Università di Bologna

*Comitato Direttivo*

FRANCESCO BONINI  
 Rettore Università  
 “Lumsa”

MARIO CARVALE  
 Prof. Em. Università  
 di Roma “La Sapienza”

FRANCESCO P. CASAVOLA  
 Pres. Em.  
 Corte Costituzionale

FRANCESCO D'AGOSTINO  
 Prof. Em. Università  
 di Roma “TorVergata”

GIUSEPPE DE VERGOTTINI  
 Prof. Em. Università  
 di Bologna

JAVIER FRANCISCO  
 FERRER ORTIZ  
 Cat. Universidad de Zaragoza

VITTORIO GASPARINI CASARI  
 Ord. Università di  
 Modena e Reggio Emilia

LUIGI LABRUNA  
 Prof. Em. Università  
 di Napoli “Federico II”

PASQUALE LILLO  
 Ord. Università della  
 “Tuscia” di Viterbo

GIOVANNI LUCHETTI  
 Ord. Università  
 di Bologna

FERRANDO MANTOVANI  
 Prof. Em. Università  
 di Firenze

PAOLO MENGOZZI  
 Prof. Em. Università  
 di Bologna

FRANCISCA PÉREZ MADRID  
 Cat. Universitat  
 de Barcelona

CARLOS PETIT CALVO  
 Cat. Universidad  
 de Huelva

ALBERTO ROMANO  
 Prof. Em. Università  
 di Roma “La Sapienza”

Anno CLIII - Fascicolo 3 2021



STEM Mucchi editore

*Archivio giuridico Filippo Serafini* - ISSN 0391 5646

Amministrazione: Stem Mucchi editore S.r.l.

Direzione, Redazione:

Via della Traspontina, 21 - 00193 Roma

Via Zamboni, 27/29 - 40126 Bologna

Autorizzazione: del Tribunale di Modena, n. 328 dell'11-05-1957

Direttore responsabile: Marco Mucchi

Periodico trimestrale, prezzi abbonamento

Formato cartaceo Italia..... € 114,00

Formato cartaceo estero ..... 164,00

Formato digitale (con login)..... 98,00

Formato digitale (con ip) ..... 107,00

Formato cartaceo Italia + digitale (con login)..... 136,00

Formato cartaceo estero + digitale (con login) ..... 185,00

Formato cartaceo Italia + digitale (con ip) ..... 145,00

Formato cartaceo estero + digitale (con ip)..... 194,00

Fascicolo singolo cartaceo\* ..... 30,00

Fascicolo singolo digitale ..... 25,00

Tutti i prezzi si intendono iva e costi di spedizione inclusi. \*Escluse spese di spedizione.

L'abbonamento decorre dal 1° gennaio di ogni anno e dà diritto a tutti i numeri dell'annata, compresi quelli già pubblicati. Al fine di assicurare la continuità nell'invio dei fascicoli gli abbonamenti si intendono rinnovati per l'annata successiva se non annullati (tramite comunicazione scritta a [info@mucchieditore.it](mailto:info@mucchieditore.it)) entro il 31 dicembre del corrente anno. I fascicoli non pervenuti all'abbonato devono essere reclamati entro 10 giorni dal ricevimento del fascicolo successivo. Decorso tale termine si spediscono, se disponibili, contro rimessa dell'importo (più spese di spedizione). Per ogni effetto l'abbonato elegge domicilio presso l'amministrazione della Rivista. Le annate arretrate sono in vendita al prezzo della quota di abbonamento dell'anno in corso. Si accordano speciali agevolazioni per l'acquisto di più annate arretrate, anche non consecutive, della Rivista.

Il cliente ha la facoltà di revocare gli ordini unicamente mediante l'invio di una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno alla sede della Casa editrice, o scrivendo a [info@pec.mucchieditore.it](mailto:info@pec.mucchieditore.it) entro le successive 48 ore (identificazione del cliente e dell'ordine revocato). Nel caso in cui la merce sia già stata spedita il reso è a carico del cliente e il rimborso avverrà solo a merce ricevuta. Per gli abbonamenti eventuale revoca deve essere comunicata entro e non oltre il 7° giorno successivo alla data di sottoscrizione.

© Stem Mucchi Editore S.r.l. - 2021

Via Jugoslavia, 14 - 41122 Modena - Tel. 059.37.40.94

e-mail: [info@mucchieditore.it](mailto:info@mucchieditore.it) - [info@pec.mucchieditore.it](mailto:info@pec.mucchieditore.it)

indirizzi web: [www.mucchieditore.it](http://www.mucchieditore.it)

facebook - twitter - instagram

Tipografia, impaginazione, web: Stem Mucchi Editore (MO). Stampa: Geca (MI).

Finito di stampare nel mese di ottobre del 2021.

### ***Direzione***

Geraldina Boni – Ord. Università di Bologna

### ***Comitato Direttivo***

Francesco Bonini – Rettore Università “Lumsa”; Mario Caravale – Prof. Em. Università di Roma “La Sapienza”; Francesco P. Casavola – Pres. Em. Corte Costituzionale; Francesco D’Agostino – Prof. Em. Università di Roma “Tor Vergata”; Giuseppe De Vergottini – Prof. Em. Università di Bologna; Javier Francisco Ferrer Ortiz – Cat. Universidad de Zaragoza; Vittorio Gasparini Casari – Ord. Università di Modena e Reggio Emilia; Luigi Labruna – Prof. Em. Università di Napoli “Federico II”; Pasquale Lillo – Ord. Università della “Tuscia” di Viterbo; Giovanni Luchetti – Ord. Università di Bologna; Ferrando Mantovani – Prof. Em. Università di Firenze; Paolo Mengozzi – Prof. Em. Università di Bologna; Francisca Pérez Madrid – Cat. Universitat de Barcelona; Carlos Petit Calvo – Cat. Universidad de Huelva; Alberto Romano – Prof. Em. Università di Roma “La Sapienza”

### ***Comitato Scientifico***

Enrico Al Mureden – Università di Bologna  
Salvatore Amato – Università di Catania  
Maria Pia Baccari – “Lumsa” di Roma  
Christian Baldus – Università di Heidelberg  
Michele Belletti – Università di Bologna  
Michele Caianiello – Università di Bologna  
Marco Cavina – Università di Bologna  
Olivier Echappé – Université de Lyon 3  
Luciano Eusebi – Università Cattolica del S. Cuore  
Libero Gerosa – Facoltà di Teologia di Lugano  
Herbert Kronke – Università di Heidelberg  
Francesco Morandi – Università di Sassari  
Andrés Ollero – Università “Rey Juan Carlos” di Madrid  
Paolo Papanti Pelletier – Università di Roma “Tor Vergata”  
Otto Pfersmann – Université Paris 1 Panthéon - Sorbonne  
Angelo Rinella – “Lumsa” di Roma  
Giuseppe Rivetti – Università di Macerata  
Gianni Santucci – Università di Trento  
Nicoletta Sarti – Università di Bologna  
Carmelo Elio Tavilla – Università di Modena e Reggio Emilia

### ***Redazione***

Dott.ssa Daniela Bianchini Jesurum – Avvocato del Foro di Roma  
Dott.ssa Maria Teresa Capozza – “Lumsa” di Roma  
Dott. Matteo Carnì – “Lumsa” di Roma  
Dott. Francesco Galluzzo – Univ. Cattolica di Milano  
Dott. Manuel Ganarin – Università di Bologna  
Prof.ssa Alessia Legnani Annichini – Università di Bologna  
Dott. Alessandro Perego – Università di Padova

## *Norme e criteri redazionali*

- L'Autore di un'opera o di un articolo citato in nota va riportato con l'iniziale del nome precedente il cognome in maiuscoletto (es.: A. GELLIO); l'iniziale del nome e il cognome di più Autori di un'opera o di un articolo vanno separati da una virgola (es.: A. GELLIO, M. BIANCHI).
- Il titolo di un'opera o di un articolo va riportato in corsivo; la particella "in" che precede il titolo di un'opera collettanea, di un dizionario, di una rivista, anch'esso in corsivo, va invece riportata in tondo (es.: A. GELLIO, *La simulazione nel matrimonio*, in *Rivista giuridica*, ...). L'abbreviazione del titolo di una rivista è facoltativa, purché sempre coerente all'interno del testo. Il titolo di un contributo o di un'opera va citato per esteso la prima volta; per le successive citazioni l'abbreviazione è facoltativa, purché sempre coerente all'interno del testo.
- L'indicazione del luogo e dell'anno di pubblicazione vanno in tondo, separati da una virgola (es. Modena, 2004).
- L'indicazione del numero e delle parti di una rivista vanno inserite in tondo dopo l'anno di edizione. È obbligatoria se ogni numero o parte ha una numerazione di pagina autonoma (es.: *Foro it.*, 2011, I, c. 2962 ss.); se invece i numeri o le parti di una rivista seguono una stessa numerazione progressiva l'indicazione del numero o della parte in tondo dopo l'anno di edizione è facoltativa (es.: *Archivio giuridico*, 2012, 2, p. 58 ss.).
- L'indicazione del numero della o delle pagine/colonne citate nella nota deve essere preceduta da "p." (pagina) o "pp." (pagine) oppure da "c." (colonna) o "cc." (colonne); mentre, se le pagine proseguono oltre quella citata, si fa seguire "ss." (es.: A. GELLIO, *La simulazione nel matrimonio*, in *Rivista giuridica*, 2011, I, p. 81 ss.).
- Le abbreviazioni "cit." e "loc. cit.", indicative di opere già citate, vanno in tondo dopo il titolo o una parte del titolo in corsivo; mentre va in corsivo l'abbreviazione "*op. cit.*", indicativa di un titolo di volume o di un articolo già citato (così come la particella "*ivi*"); "*op. cit.*" si può usare se di un Autore è citata una sola opera.

- Il numero di edizione dell'opera va indicato in apice dopo l'anno di pubblicazione (es. 2010<sup>4</sup>).
- L'Editore non va citato per le opere italiane; può essere citato per quelle antiche o straniere.
- Uso delle virgolette: per riportare in tondo brani di autori o il testo di disposizioni normative: «.....» (caporali); per riportare citazioni interne ad altre citazioni: “.....” (doppi apici); l'uso degli apici singoli ‘.....’ è possibile soltanto per evidenziare con enfasi concetti o espressioni particolari.
- Le parole straniere vanno in corsivo, eccetto quelle entrate nel linguaggio corrente. Le citazioni tra virgolette a caporale in lingua straniera vanno in tondo.
- Capoversi a rientrare all'inizio di ogni nuovo paragrafo.
- L'indicazione dell'abbreviazione “vol.” (seguito da numero romano) e del vocabolo “tomo” (seguito da numero arabo) sono facoltative, purché sempre coerenti all'interno del testo (es. T. TIZIS, voce *Potestà dei genitori*, in *Dizionario giuridico*, vol. XIV, Roma, 2000, p. 113 ss.).
- L'abbreviazione di nota va in tondo: “n.” o “nt.”.
- Per opere di più autori: titolo dell'opera in corsivo seguito, dopo la virgola, dal nome o dai nomi dei curatori in maiuscoletto separati da una virgola, laddove vi siano (es.: *Le società*, a cura di T. TIZIS, A. GELLIO, Roma, 2011).



Laura Palazzani

## **LA CONDIZIONE ANZIANA E LA QUESTIONE DELLA SELEZIONE PER L'ACCESSO ALLE CURE NELL'AMBITO DELLA PANDEMIA COVID-19: ASPETTI BIOETICI E BIOGIURIDICI\***

SOMMARIO: 1. Età anagrafica come criterio di selezione per l'accesso alle cure: l'esclusione a priori degli anziani. – 2. La dignità umana come principio bioetico fondamentale inclusivo a prescindere dall'età. – 3. Quale tutela biogiuridica per le persone anziane e la loro salute?

1. *Età anagrafica come criterio di selezione per l'accesso alle cure: l'esclusione a priori degli anziani*

Nell'ambito della pandemia Covid-19, nella fase acuta della iniziale manifestazione, da un lato la crescita rapida ed esponenziale dell'infezione (l'alta percentuale di pazienti che necessitavano di ricoveri, l'accesso e permanenza anche prolungata nei reparti di terapie intensive con uso di ventilazione assistita), dall'altro il limite delle risorse disponibili (numero di posti letto e ventilatori, trattamenti sperimentali, personale medico ed infermieristico), hanno fatto emergere la drammatica necessità di scelte di selezione dei pazienti per l'accesso alle cure.

Una scelta, quella selettiva per le cure, che nessuno vorrebbe mai fare: si sono fatti tutti gli sforzi possibili per ampliare le risorse distribuibili per evitare di trovarsi di fronte alla tragica decisione di chi curare e non curare, di chi vive e di chi muore. Ma se e quando ci si trova di fronte alla scelta di chi includere e di chi escludere dal ricovero, dall'accesso alla terapia intensiva o alla ventilazione (nell'ambito della pandemia, come di al-

---

\* Contributo sottoposto a valutazione.



tre eccezionali circostanze quali la medicina delle catastrofi o la medicina della guerra), su che basi si sceglie? Molte e differenti le visioni bioetiche che si sono confrontate per una risposta alla domanda. Una risposta che si ritrova nella discussione teorica pluralista in bioetica (il tema della macro – e micro-distribuzione delle risorse sanitarie scarse), e che si è improvvisamente trovata al centro delle questioni urgenti concretamente emerse nella pandemia Covid-19.

Una pandemia che fa emergere in modo evidente la ‘fragilità’ delle persone anziane, che hanno rivelato la debolezza della loro condizione: gli anziani sono stati coloro che si sono maggiormente ammalati, in modo particolarmente grave anche per le patologie pregresse, e dunque necessitavano di maggiore cura e assistenza, ma non sempre hanno visto riconosciuta la loro dignità e i loro diritti all’accesso alle cure. Spesso sono stati considerati gli ‘ultimi’ nell’ordine delle gerarchie di accesso (in ordine di tempo e di importanza): con la conseguenza di essere esclusi dalle cure, essendo le risorse disponibili per pochi e non per tutti.

La linea del libertarismo individualistico<sup>1</sup>, privilegiando l’astensione dello Stato minimo da ogni intervento che interferisca con la libertà soggettiva nel libero mercato sanitario<sup>2</sup>, non riconosce alcuna responsabilità sociale di riparare disuguaglianze derivanti dalla ‘lotteria naturale’ e dalla ‘lotteria sociale’ ritenute semmai eventi ‘sfortunati’, ma non iniqui o ingiusti. Semmai rimane possibile avere un atteggiamento filantropico, meramente volontario, verso chi è più bisognoso: ma resta fermo il principio di autonomia, per il quale il bisogno degli altri non deve vincolare o condizionare la libertà individuale.

In questa visione, a livello micro-allocativo, nelle scelte di selezione dei pazienti per l’accesso alle cure si tende a preferire il giovane rispetto all’anziano, il ricco rispetto al povero,

---

<sup>1</sup> M. CHARLESWORTH, *L’etica della vita. I dilemmi della bioetica in una società liberale*, Roma, 1996, p. 92; H.T. ENGELHARDT jr., *Manuale di bioetica*, Milano, 1999, p. 391 ss.

<sup>2</sup> È la teoria che si ispira al pensiero di R. NOZICK, *Anarchia, Stato e utopia. I fondamenti dello Stato minimo*, Firenze, 2000.

colui che ha una posizione sociale rispetto a chi è emarginato nella società, chi ha la capacità di pagare rispetto all'indigente, chi è più autonomo rispetto a chi è in condizione di dipendenza da altri. Si tratta di un approccio economicistico, che si basa sull'idea di non imporre restrizioni ma lasciare la spontaneità dei comportamenti individuali responsabili, nella convinzione che la pandemia si fermi nel momento in cui si sarà raggiunto un sufficiente numero di persone sopravvissute alla infezione. Un approccio che si ispira alla strategia del *'laissez-faire'* tende a non intervenire, lasciando l'esposizione ai rischi delle persone più vulnerabili, tra cui gli anziani, con l'obiettivo di immunizzare la comunità (i 'più forti'), con benefici complessivi e costi in termini economici più contenuti nelle politiche sanitarie ispirate alla *'herd immunity'* (o immunità di gregge).

Questa teoria presente sul piano del dibattito teorico, e che ha ispirato alcune politiche sanitarie in alcuni Stati<sup>3</sup>, è scarsamente menzionata nell'ambito della discussione sulla pandemia Covid-19. Anche i sistemi sanitari dei Paesi ispirati a tale modello hanno cercato e stanno cercando soluzioni non individualistiche comprendendo la priorità della tutela della salute pubblica. Si tratta di un approccio non generalmente condiviso dagli scienziati nell'applicazione alle pandemie in generale e alla pandemia Covid-19 in modo specifico, data la virulenza e la rapidità della diffusione del virus, l'assenza di terapie e le incertezze rispetto alle immunizzazioni. A ciò vanno aggiunte le prevedibili conseguenze negative per gli individui e la società al livello delle singole nazioni ma anche al livello internazionale (il non contenimento in un Paese diviene pericoloso per gli altri), con l'inevitabile aumento delle disuguaglianze, senza la garanzia del risultato. Un approccio che porta inevitabilmente al sovraccarico del sistema sanitario nazionale, mettendo a repentaglio la vita e la salute di tantissimi individui. È questa una prospettiva che difende la salute di chi è forte e sano, lasciando gli anziani come 'ultimi', maggiormente esposti a rischi, senza garanzie di trattamenti.

---

<sup>3</sup> Si pensi, almeno in alcune fasi, a USA, Brasile, UK, Svezia.

Il Comitato Nazionale di Bioetica della Germania (*Deutscher Ethikrat*), nel parere *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise* (27 marzo 2020)<sup>4</sup>, affronta esplicitamente la questione prendendo le distanze dal modello libertario, nel contesto specifico di Covid-19: «Date le caratteristiche del nuovo virus, la distribuzione dei rischi, e le aspettative delle ricadute sul sistema sanitario, in modo particolare sul sistema ospedaliero, la strategia del “laissez-faire” sembra irresponsabile». In questa direzione si è pronunciato anche il Comitato Internazionale di Bioetica dell’Unesco (IBC), che insieme alla Commissione Mondiale per l’Etica della Conoscenza Scientifica e delle Tecnologie (COMEST) con il documento *Statement on Covid-19: Ethical Considerations from a Global Perspective* (26 marzo 2020)<sup>5</sup>, ha espresso una posizione contro la nozione di ‘*herd immunity*’, ritenendo che «necessita di una cauta revisione etica, considerando l’impatto sul numero di vite esposte a minacce e condizioni mediche di insostenibilità data la mancanza di disponibilità di strutture per cure intensive anche in Paesi sviluppati. In un contesto di incertezza con possibili conseguenze negative devastanti per la salute e la vita di individui e comunità rende le politiche basate su questa nozione “pratiche non etiche” perché agiscono nella direzione individualistica, contro lo sforzo di costruire una risposta comune globale alla pandemia». Il modello libertario è dunque oggetto di critica per le implicazioni umane e sociali che ne conseguono, in particolare nei confronti dei più deboli, tra questi le persone anziane. Tale modello non tiene in adeguata considerazione gli effetti sociali delle azioni individuali, nella falsa speranza che una ‘mano invisibile’ risolva i problemi, accentuando l’egoismo soggettivo, la logica fredda del calcolo e l’indifferenza ai bisogni, negando la dimensione costitutiva della responsabilità sociale.

Una particolare sfida alla condizione anziana è emersa nell’ambito della visione utilitarista, sostenuta da bioeticisti

---

<sup>4</sup> In <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/englisch/recommendation-coronavirus-crisis.pdf>.

<sup>5</sup> In <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115>.

sul piano teorico di principio ma anche adottata in alcuni documenti in particolare di società scientifiche di anestesisti, intensivisti e rianimatori (e dunque applicata anche di fatto nella prassi). La visione utilitarista è basata sull'etica consequenzialista nella versione collettivista della ricerca del miglior saldo di qualità di vita o benessere, inteso come il risultato del calcolo pragmatico benefici e costi, con la massimizzazione degli interessi/preferenze e la minimizzazione del dolore e sofferenza per il maggior numero di individui nell'ottica distributiva che intende privilegiare la convenienza e l'efficienza<sup>6</sup>. Ogni obbligazione sociale è giustificata in vista del raggiungimento del vantaggio collettivo: se i trattamenti sono inutili o futili, ossia il potenziale beneficio è poco probabile o comunque molto limitato a fronte di elevati costi (in termini di sofferenza e di costi economici), essi non sono dovuti, anzi è obbligatorio non attivarli o sospenderli per il vantaggio sociale. In questa prospettiva, nell'ambito della selezione date le risorse scarse, si privilegia il paziente con migliore prospettiva in termini di recupero, misurato sulla quantità e qualità di vita, e sui costi. È la strategia espressa dalla formula '*quality adjusted life years*' (QALY), ossia numero di anni di vita tenuto conto della qualità e dei costi, per il maggior numero di individui. Tale scelta porta inevitabilmente alla esclusione ed emarginazione dei soggetti più deboli, quali gli anziani, e alle persone con disabilità<sup>7</sup>. È in questo contesto che è ritornato con forza il dibattito sul c.d. 'ageismo' (*ageism*)<sup>8</sup>, ossia la discri-

---

<sup>6</sup> P. SINGER, *Etica pratica*, Napoli, 1991; J. HARRIS, *Qualifying the Value of Life*, in *Journal of Medical Ethics*, 1987, 13, pp. 117-123; J. HARRIS, *The Value of Life*, London, 1985. Secondo l'Autore la qualità della vita (in termini di aumento del benessere e riduzione della sofferenza) è l'unità di misura della salute e del valore della vita (ossia della vita degna di essere vissuta).

<sup>7</sup> Anche la discussione sulla discriminazione delle persone con disabilità, sia fisiche sia psichiche, è emerso in modo forte in questo contesto, con esplicite politiche o pronunciamenti di esclusione dall'accesso di persone con un certo livello di disabilità, anche con esplicito riferimento all'assenza o riduzione di capacità cognitive. Cfr. OFFICE FOR CIVIL RIGHTS AT THE U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Bullettin: Civil Rights, HIPAA, and the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, 28 March 2020.

<sup>8</sup> Robert Butler intendeva con questo termine: «un processo di stereotizzazione sistematica e di discriminazione ai danni delle persone in ragione

minazione in base all'età: l'approccio utilitarista, inevitabilmente, in modo esplicito o implicito, correla il massimo beneficio ottenibile in contesti di risorse limitate con il privilegio delle persone più giovani rispetto alle persone più anziane, che hanno meno aspettativa di vita in termini di numero di anni da vivere oltre che di livello presumibile di qualità, e hanno già vissuto anni di vita; (le persone giovani, invece, hanno diritto vivere, come secondo il *'fair innings argument'*<sup>9</sup>. È stato introdotto anche il parametro dell'*experience adjusted life years* (EALY), di matrice utilitarista, per assegnare le risorse in considerazione della quantità di «servizio alla società»<sup>10</sup>.

Su questa linea la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias e la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, *Plan de Contingencia para los Servicios de Medicina Intensiva frente a la pandemia COVID-19* (marzo 2020)<sup>11</sup>, con esplicito riferimento al limite dei trattamenti per persone anziane (con indicazione anche dell'età) e persone con disabilità cognitive. Ambigua la posizione dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche e la Società

---

della loro età, così come accade con razzismo e sessismo in riferimento al colore della pelle e al genere» (cit. da WHO, *Developing an Ethical Framework for Healthy Ageing*, Geneva, 2017, p. 4, in <https://www.who.int/ethics/publications/ethical-framework-for-health-ageing/en/>). Cfr. L. AYALON, C. TESCH-RÖMER, *Introduction to the Section: Ageism-Concept and Origins*, in L. AYALON, C. TESCH-RÖMER (eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism*, Springer, Cham, 2018, pp. 1-10.

<sup>9</sup> D. ARCHARD, A. CAPLAN, *Is it Wrong to Prioritise Younger Patients with Covid-19?*, in *British Medical Journal*, 369, 2020, n. 8242, m1509.

<sup>10</sup> M. PRUSKI, *Experience Adjusted Life Years and Critical Medical Allocations within the British Context: which Patient should Live?*, in *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21, 2018, 4, p. 565.

<sup>11</sup> In <https://semicyuc.org/2020/03/la-semicyuc-presenta-el-plan-de-contingencia-para-los-servicios-de-medicina-intensiva-frente-a-la-pandemia-de-covid-19/>. L'orientamento utilitarista è presente, seppur con toni mitigati, nel documento della Organizzazione Mondiale della Sanità, prima di Covid-19, con riferimento in generale alle pandemie *Guidance for Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks* (2016) ove si fa riferimento al «numero totale di vite salvate, numero totale di anni di vita salvati, o numero totale di 'quality-adjusted life years saved'», anche se bilanciato con il riferimento alla equità e al dovere di non abbandonare i pazienti vulnerabili (cfr. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250580>).

Svizzera di Medicina Intensiva, *Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse* (2020)<sup>12</sup>, che nei principi sottolinea l'equità necessaria e riconosce come inaccettabile la disparità di trattamento legate a età, sesso, luogo di residenza, nazionalità, confessione religiosa, posizione sociale, situazione assicurativa o invalidità cronica, affermando che «l'età in sé e per sé non è un criterio decisionale applicabile, in quanto attribuisce agli anziani un valore inferiore rispetto ai giovani e viola in tal modo il principio costituzionale del divieto di discriminazione», ma nell'ambito dell'«inasprimento dei criteri» e del razionamento delle cure, nel caso di indisponibilità di letti in terapia intensiva, ammette decisioni per interruzione di trattamenti a pazienti di 85 anni.

Tale discussione è emersa in Italia con riferimento al documento della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio* (13 marzo 2020)<sup>13</sup>, in particolare in due passaggi. Il primo passaggio: «può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in terapia intensiva», al fine di consentire l'accesso «a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone». Va riconosciuto che primario rimane il principio della 'probabilità di sopravvivenza', ma a parità di condizioni il criterio anagrafico viene introdotto come numero di anni di vita salvata<sup>14</sup>.

---

<sup>12</sup> In <https://www.sicp.it/aggiornamentolinee-guida-bp-procedures/2020/04/pandemia-covid-19-indicazioni-samw-e-fgpgl>.

<sup>13</sup> In <https://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>. Il gruppo di lavoro è composto da: Marco Vergano, Guido Bertolini, Alberto Giannini, Giuseppe Gristina, Sergio Livigni, Giovanni Mistraretti, Flavia Petrini.

Nell'articolo di L. ROSENBAUM, *Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line*, in *New England Journal of Medicine*, 2020, si fa riferimento all'uso in Italia del criterio dei 65 anni.

<sup>14</sup> L. D'AVACK, *Covid-19: criteri etici*, in *Rivista di Biodiritto. Journal of Biolaw*, 2020, 1.

In un altro punto il documento afferma: «la presenza di comorbidità e lo status funzionale devono essere attentamente valutati, in aggiunta all'età anagrafica»: il criterio anagrafico (peraltro senza definire una soglia precisa, lasciata pertanto alla discrezionalità delle singole strutture) viene posto esplicitamente come primario, a cui si aggiunge il criterio clinico e prognostico. La ragione che giustifica questa scelta nel documento è spiegata con riferimento al fatto che le stesse risorse potrebbero essere usate per un tempo più breve per un paziente meno grave risparmiando rispetto all'uso per pazienti anziani e già fragili. Il secondo passaggio riguarda il «non dover necessariamente seguire un criterio di accesso alle cure intensive di tipo *first come, first served*»: qui non si tratta solo di negare l'ordine di arrivo come criterio di distribuzione nelle risorse (definendo diverse priorità cliniche), ma anche di ammettere la possibilità di non fare accedere un paziente 'presente' al pronto soccorso o in reparto lasciando aperta la possibilità di cura per un successivo paziente 'futuro' che potrebbe avere migliore prognosi, in termini di quantità e qualità di vita (dunque non dando il posto alla persona anziana, nella possibilità che arrivi una persona più giovane che esige le cure)<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Va considerata anche la rilevanza e l'efficacia giuridica di queste Raccomandazioni di etica clinica, con riferimento alla responsabilità professionale. Il rispetto della Legge n. 24 del 2017 può integrare una causa di esclusione della punibilità del professionista in determinati casi, ma il riferimento alla negazione del diritto di accesso alle cure intensive dei pazienti più fragili si pone in contrasto con il principio costituzionale del diritto fondamentale alla salute. La visione utilitarista che traspare dal testo è generalmente presente in quei sistemi giuridici dove non è possibile enunciare costituzionalmente un diritto fondamentale alla salute (nel contesto, ad esempio, della Costituzione non scritta inglese, ove l'allocazione delle risorse viene effettuata attraverso l'impiego, nelle linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence*, dell'indice del *Quality adjusted life years*, al fine di determinare i trattamenti erogabili dal servizio sanitario nazionale). Peraltro le raccomandazioni si pongono in contrasto anche con l'art. 6, comma 2 del Codice di deontologia medica (2014), che stabilisce l'obbligo di curare l'uso ottimale delle risorse con la garanzia dell'efficacia, della sicurezza e dell'umanizzazione dei servizi sanitari, evitando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure. Per una analisi etica del documento cfr. A. DA RE, *Il dilemma del triage. La deliberazione medica tra apriorismo e giudizio clinico*, in *Senza Corona. A più voci sulla pandemia*, a cura di L. NAPOLITANO, C. CHIURCO, Verona-Bolzano,

2. *La dignità umana come principio bioetico fondamentale inclusivo a prescindere dall'età*

Il criterio utilitarista dei QALY è suscettibile di obiezioni sul piano medico, filosofico e giuridico.

Sul piano medico, è dovere deontologico del medico quello di valutare il bisogno del singolo paziente, sulla base delle condizioni cliniche nelle circostanze specifiche, valutate sempre a posteriori. Ogni criterio a priori introduce automatismi arbitrari e selettivi, a prescindere dalla relazione terapeutica paziente-medico, ritenuta centrale per la cura e l'assistenza. È in questa direzione peraltro che si delinea anche il presente e il futuro della 'medicina di precisione', che stratifica i pazienti in base alle condizioni specifiche. Va rilevato che la SIAARTI ha rivisto la sua posizione in un documento approvato congiuntamente dalla Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici, dei Cirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) e pubblicato nella 'seconda ondata' dell'emergenza pandemica *Scelte terapeutiche in condizioni straordinarie - Supporterà il medico di fronte a decisioni drammatiche* (30 ottobre 2020)<sup>16</sup>. Nel documento si afferma, in base anche alla deontologia medica, che «la stessa età biologica, non può mai assumere carattere prevalente», riconoscendo «il principio non negoziabile dell'uguaglianza di valore di ogni essere umano», di giustizia ed equità e la esigenza di valutare clinicamente caso per caso. Rimane solo una timida apertura ad un «ricorso selettivo a criteri che valgano a legittimare differenziate modalità di cura» solo ed esclusivamente «in stato di assoluta necessità (emergenza/urgenza indifferibile in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili)». Il documento riconosce che «il rispetto, la tutela della dignità e della salute della persona, la proporzionalità e l'adeguatezza delle cure, l'equità d'accesso, il criterio di beneficiabilità, l'età e/o le altre si-

---

2020, p. 69 ss. Sul piano giuridico cfr. G. RAZZANO, *Riflessioni a margine delle Raccomandazioni SIAARTI per l'emergenza Covid-19, fra triage, possibili discriminazioni e vecchie DAT: verso una rinnovata sensibilità per il diritto alla vita?*, in *Associazione Italiana dei Costituzionalisti*, 2020, 3.

<sup>16</sup> In [www.portale.fnomceo.it](http://www.portale.fnomceo.it).



tuazioni di vulnerabilità» devono essere i criteri di riferimento e che tali criteri di scelta «non possono essere utilizzati separatamente», dunque nemmeno il criterio dell'età.

Va anche sottolineato che il criterio anagrafico come criterio di inclusione/esclusione non tiene conto della variabilità individuale rispetto alla 'media' generalizzata riferita a gruppi di individui, quale il gruppo delle persone anziane. Ma non esiste la 'condizione anziana' come dato fisso, categoria definita e immutabile, esistono, invece, gli anziani, in una variegata serie di posizioni che manifestano di volta in volta differenti bisogni, aspirazioni, necessità, inclinazioni. L'età, invece, è elemento perennemente in movimento, dinamico.

Sul piano filosofico molte sono le teorie in bioetica in contrapposizione alla distinzione estrinseca tra vite con dignità o senza dignità, tra vite con più o meno dignità, in base a condizioni di vita di qualità, numero di anni da vivere, recuperabilità. Molte le teorie filosofiche in bioetica che riconoscono la centralità della dignità umana in ogni singolo paziente, non ammettendo esclusioni, anche esigendo una particolare attenzione a chi è in condizione di particolare fragilità e debolezza.

La teoria bioetica ispirata a J. Rawls che, immaginando l'ipotesi fittizia di una 'posizione originaria' dietro un 'velo di ignoranza', ritiene necessario che la società si faccia carico delle disuguaglianze derivanti dalla 'lotteria naturale' e dalla 'lotteria sociale'<sup>17</sup>: le disuguaglianze naturali e sociali vanno corrette e riparate in quanto ritenute ingiuste, nel continuo sforzo di compensazione delle differenze. Cura ed assistenza sanitaria sono considerati bisogni fondamentali che vanno garantiti al cittadino, 'massimizzando il minimo', ossia aumentando la possibilità e l'opportunità di accesso alle cure e all'assistenza per i meno avvantaggiati, considerando tali condizioni 'immeritate limitazioni di opportunità' che vanno ristabilite<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> J. RAWLS, *Una teoria della giustizia*, Milano, 1982.

<sup>18</sup> N. DANIELS, *Health Care Needs and Distributive Justice*, in *Philosophy and Public Affairs*, 1981, 10, pp. 146-179; R. GREEN, *Health Care and Justice in Contract Theory Perspective*, in R. VEATCH, R. BRANSON (eds.), *Ethics and Health Policy*, Cambridge, 1976, pp. 111-126.

Tale prospettiva è condivisa dalla teoria del 'principialismo', che ammette la possibilità di trovare un consenso, pur nella differenza delle teorie etiche, sul diritto ad un 'minimo decente di cure' e di assistenza sanitaria come un aspetto della tutela sociale contro minacce esterne dalle quali l'individuo non può proteggersi da solo, considerando la malattia in generale – in questo caso specifico della pandemia – una condizione analoga alla guerra, alla criminalità e alle calamità naturali<sup>19</sup>. L'equa opportunità prevede che le possibilità di accesso ai benefici sanitari e sociali siano aperte a tutte le persone, a prescindere dagli svantaggi immeritati da cui possono essere afflitte.

La teoria comunitaria, nella convinzione che l'etica si incarni nelle pratiche o azioni sociali delle comunità, che definiscono i valori collettivi condivisi di 'vita buona', è una prospettiva che rivaluta cooperazione e responsabilità del gruppo per l'individuo e dell'individuo per il gruppo, affermando la giustizia come bene comune nella solidarietà. È l'approccio che si interseca con la teoria della virtù, che riconosce la doverosità del trattamento in funzione dei valori buoni condivisi nell'ambito della comunità e della virtù intrinseca dell'agire medico, come responsabilità a curare e prendersi cura del malato. In questo senso l'etica biomedica, basata su valori comunitari, porta a ritenere che nella distribuzione di risorse scarse non si debba tenere conto solo della durata della vita di qualità e l'efficacia tecnologica, ma anche del dovere di 'umanizzazione' della cura con una medicina equa e sostenibile che sappia combinare il mercato con le cure necessarie a tutti<sup>20</sup>. In particolare la teoria della virtù, che pone al centro la responsabilità deontologica del medico nei confronti di chi è più bisognoso, si basa sulla priorità del principio di beneficenza nella relazione me-

---

<sup>19</sup> J.F. CHILDRESS, *Priorities in Biomedical Ethics*, Philadelphia, 1981.

<sup>20</sup> La visione comunitaria è esemplificata in un documento della PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL RESEARCH, *Securing Access to Health Care*, ove si scrive: «la profondità della sollecitudine di una società per l'assistenza sanitaria può essere vista come misura del senso di solidarietà di fronte alla sofferenza e alla morte» (Washington D.C., 1983).

dico-paziente, sull'affidamento fiducioso del paziente al medico e sull'obbligo etico (oltre che deontologico) del medico di curare la malattia di ogni paziente, senza alcuna distinzione<sup>21</sup>.

Sulla stessa linea, la teoria personalista che pone al centro il riconoscimento della dignità intrinseca dell'essere umano<sup>22</sup>, intende la giustizia nel significato di 'dare a ciascuno il suo', ossia riconoscere ad ogni essere umano ciò che gli 'spetta' ontologicamente, in forza della stessa natura umana. Secondo questo modo di intendere la giustizia, ogni essere umano ha sostanzialmente gli stessi diritti di qualsiasi altro essere umano pur nella diversità di condizioni, tra queste anche quelle anagrafiche. In questo ambito si riconosce il dovere diretto della società di salvaguardare il bene comune, come l'insieme delle condizioni che promuovono e difendono la dignità umana: in tal senso le disuguaglianze naturali e sociali sono considerate inique, e alla società spetta il compito di ristabilire, per quanto possibile, un equilibrio sociale, operando attraverso il bene delle singole persone<sup>23</sup>.

Pur nella diversità argomentativa, tali teorie, applicate alla selezione dei pazienti per l'accesso alle cure, riconoscono come unico criterio quello della valutazione medica oggettiva, caso per caso, della condizione clinica del paziente, dell'urgenza e della gravità della condizione (considerando la condizione della malattia, la eventuale presenza di altre malattie pre-

---

<sup>21</sup> E.D. PELLEGRINO, *Rationing Health Care: Inherent Conflicts within the Concept of Justice*, in W.D. BONDESON, J.W. JONES (eds.), *The Ethics of Managed Care: Professional Integrity and Patient Rights*, Dordrecht, 2002, pp. 1-18.

<sup>22</sup> Cfr. E. SGRECCIA, *Economia e salute: considerazioni etiche*, in *Medicina e Morale*, 1, 1986, pp. 31-46; A. BOMPIANI, *Economia ed etica nello sviluppo del sistema sanitario italiano*, in *Medicina e Morale*, 1996, 5, pp. 923-932; *Etica e giustizia in sanità: questioni generali, aspetti metodologici e organizzativi*, A.G. SPAGNOLO, D. SACCHINI, A. PESSINA, M. LENOCI (a cura di), Milano, 2004; L. PALAZZANI, *Teorie della giustizia e allocazione delle risorse sanitarie*, in *Medicina e Morale*, 1996, 5, pp. 901-921; Id., *Teorie della giustizia e allocazione delle risorse sanitarie*, in *Valori giuridici fondamentali*, a cura di F. D'AGOSTINO, Roma, 2012, pp. 111-131; C. PETRINI, S. GAINOTTI, P. REQUENA, *Personalism for Public Health Ethics*, in *Ann. Ist. Super. Sanità*, 46, 2010, 2, pp. 204-209.

<sup>23</sup> A. DA RE, *Il dilemma del triage. La deliberazione medica tra apriorismo e giudizio clinico*, cit., p. 82.

gresse o comorbidità) e della presumibile efficacia prognostica del trattamento, secondo i criteri di proporzionalità ed appropriatezza. Qualsiasi deviazione dalla logica della uguaglianza e della equità (come giustizia del caso singolo), introduce elementi arbitrari di discriminazione. Il criterio dell'età o della preferenza della vita meno vissuta e aperta al futuro rispetto alla vita più vissuta, della qualità di vita probabile rispetto a condizioni di bassa qualità, così come della disponibilità finanziaria, del ruolo sociale, dell'autonomia, della capacità o efficienza produttiva, del costo sociale, della responsabilità rispetto alla patologia contratta, della nazionalità, dell'etnia, sono criteri inaccettabili in quanto extra-medici ed extra-clinici, che stabiliscono arbitrariamente ed estrinsecamente disuguaglianze tra gli esseri umani.

Il punto di partenza è il riconoscimento 'di principio' che tutti devono essere curati. Se 'di fatto' le circostanze (quali la scarsità di risorse) costringono inevitabilmente a non potere curare tutti, ma a curare alcuni e non altri, il criterio non può essere definito su basi soggettive o sociali, ma dovrebbe essere definito solo su basi oggettive (mediche), ossia sulla base delle condizioni cliniche del paziente. Al centro vanno posti i bisogni di ogni persona malata. Nel caso della pandemia, va anche ricordato che tale criterio va applicato per tutti i pazienti: la selezione non deve portare ad un trattamento differenziato tra malati di infezione e malati di altre patologie, essendo eticamente dovuta la vigilanza sulla continuità della presa in cura degli altri pazienti. Proprio coloro che sono più vulnerabili, come le persone anziane, non devono essere emarginate da logiche selettive ispirate all'individualismo o alla convenienza sociale<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Posizione condivisa anche da S. SEMPLICI nell'articolo *Se non ci sono ventilatori per tutti. Covid-19 e il criterio dell'età*, in *Dialegesthai. Rivista telematica di filosofia*, 21, 2020, in <https://mondodomani.org/dialegesthai>, ma che ammette una eccezione: «Può non esserci il tempo per una valutazione accurata delle singole situazioni e ciò facilita l'adozione di un criterio che sia immediatamente verificabile e applicabile e comunque significativo – almeno in gran parte dei casi – anche dal punto di vista prognostico. Ipotesi estreme come l'indicazione di una vera e propria soglia per l'ingresso in una terapia intensiva si espongono inevitabilmente all'obiezione di una esclusione a pri-

Scrivono Francesco D'Agostino: «Non c'è alcun dubbio che il principio di eguaglianza sia costitutivo della modernità, sia a livello etico e religioso sia politico e che esso non possa conoscere eccezioni di sorta, soprattutto per quel che concerne la dimensione anagrafica»<sup>25</sup>. Non è dunque l'anzianità che può guidare le scelte di selezioni tra i pazienti, e nemmeno il numero di anni di vita probabili e la qualità di vita futura, ma la presenza di più patologie che condiziona negativamente la gravità della patologia e la prognosi. È possibile che i pazienti con prognosi peggiori siano i più anziani: ma non è l'età il fattore che definisce a priori la selezione.

Questo non significa comunque trattare 'ad ogni costo' o attuare pratiche di accanimento clinico o 'accanimento geriatrico', che devono essere sempre doverosamente sospese quando sproporzionate, inefficaci e gravose, ossia incapaci di guarire o migliorare la qualità di vita, ma solo produttive di sofferenze, così come va rispettata l'autonomia del paziente di rifiuto o rinuncia a trattamenti, con la verifica della consapevolezza e della piena informazione delle conseguenze, in specie nel caso di trattamenti salva-vita (come secondo la Legge 219/2017). Nei momenti più tragici della pandemia, vi sono stati anche atti di generosità degli anziani pronti a rinunciare a un ventilatore per metterlo a disposizione dei più giovani. Ma si trattava appunto della loro scelta, che può anche essere di accettazione dell'esclusione<sup>26</sup>, e non di quella di un medico assunta a volte a loro insaputa nell'applicazione di un protocollo.

Bisogna, in questo contesto, porre una attenzione specifica alle disposizioni anticipate di trattamento per evitare dispo-

---

ori e dunque di discriminazione, ma la decisione a vantaggio dei più giovani, *in queste condizioni*, potrebbe essere difesa anche come un tentativo di minimizzare il rischio di una decisione *clinica* sbagliata».

<sup>25</sup> F. D'AGOSTINO, *La pandemia da nuovo coronavirus e la quarta età: problemi di giustizia*, in *Pandemia e resilienza. Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la Covid-19*, a cura di C. CAPORALE, A. PIRNI, Consulta scientifica del Cortile dei Gentili, Edizioni CNR, 2020, p. 71 ss.

<sup>26</sup> F.G. MILLER, *Why I Support Age-Related Rationing of Ventilators for Covid-19 Patients*, in *Hastings Bioethics Forum*, 9 aprile 2020. Miller è consapevole che in questo modo potrebbe essere escluso. Ma accetta questa eventualità, perché ritiene di «aver vissuto una vita completa».

zioni anticipate con limitazione rispetto alla ventilazione redatte prima della pandemia (imprevedibile al momento della redazione del documento e dunque decontestualizzate e inapplicabili) e disposizioni anticipate di 'non trattamento', indotte e sollecitate (dallo Stato o dai responsabili della struttura, dai medici o dagli stessi familiari) nei soggetti di una certa fascia d'età che fanno ingresso in strutture ospedaliere, con l'obiettivo di ridurre la pressione sanitaria o far nascere 'sensi di colpa' perché l'essere curati sottrae cure al altri, con maggiori chance di vita e di recupero. Ciò che è avvenuto in Olanda ove gli stessi 'anziani' hanno riconosciuto 'spontaneamente' (in verità sollecitati dallo Stato) che il progredire dell'età comporti un'obiettivo diminuzione del valore della loro vita, almeno da un punto di vista strettamente sanitario. Meglio sarebbero la pianificazione condivisa delle cure, nell'alleanza costruita nel tempo, nel rapporto dialogico medico-paziente che accerti i limiti di accettazione o non accettazione di certe tecnologie, in particolare di quelle invasive nel proprio corpo come la ventilazione meccanica: una pianificazione che possa tradursi in un accompagnamento nella umanizzazione 'nel' morire (ma non 'a' morire).

Va anche sottolineato che la considerazione di urgenza di un paziente in assenza di posti letto, tecnologie e/o personale, non giustifica mai la sospensione di un trattamento considerato proporzionato, di un altro paziente. Non si può sottrarre la cura ad un paziente, avendo un altro paziente che ha bisogno di cure, anche in assenza di alternative a causa della scarsità delle risorse. La sospensione di trattamenti di cura già attivati sui pazienti devono essere sempre motivate e documentate in modo trasparente, per evitare ogni possibile abuso e discriminazione.

Su questa linea si orientano, seppur con alcune differenze, alcune linee guida di società scientifiche. La Belgian Society of Intensive Care Medicine, *Ethical Principles concerning Proportionality of Critical Care during the 2020 Covid-19 Pandemic in Belgium: Advice* (2020)<sup>27</sup>, afferma: «nonostante l'età

---

<sup>27</sup> In [https://www.eugms.org/fileadmin/user\\_upload/News\\_Documents/News\\_2020/COVID-19-ethical\\_final\\_c.pdf](https://www.eugms.org/fileadmin/user_upload/News_Documents/News_2020/COVID-19-ethical_final_c.pdf).

avanzata sia associata a peggiori esiti in Covid-19, l'età isolatamente non può essere usata per decisioni di triage, ma dovrebbe essere integrata con altri parametri»; «molti pazienti di Covid-19 sono anziani, ma l'età in sé non è un buon criterio per decidere sulla sproporzionalità delle cure». Il Department of Health Ireland, *Ethical Considerations Relating to Critical Care in the Context of Covid-19* (2020)<sup>28</sup> afferma, nell'ottica della minimizzazione della perdita di vite e massimizzazione del beneficio, l'accesso per pazienti sulla base dell'urgenza, gravità e con prognosi favorevole. Netta la posizione di Malta, *Managing the Covid-19 Pandemic, Prudential Clinical Judgments in the Allocation of Healthcare Resources* (2020), che riconosce l'uguaglianza morale di tutti i pazienti senza discriminazione riconoscendo le priorità sulla base della urgenza medica. Su questa linea anche il documento *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to Covid-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice* dell'Hastings Center (17 marzo 2020)<sup>29</sup>, che richiama il principio di uguaglianza ed equità nella distribuzione di risorse scarse e il Pellegrino Center for Clinical Bioethics, *Ethical Principles of Resource Allocation In the Event of an Overwhelming Surge of COVID-19 Patients*, che riconosce come il «razionamento non dovrebbe essere basato esclusivamente sulla età o disabilità»<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> In <https://www.gov.ie/en/publication/13ead5-ethical-considerations-relating-to-critical-care-in-the-context-of-cl>. Si afferma che un'esclusione categorica basata sull'età dovrebbe essere evitata, perché può implicare l'idea che alcuni gruppi di popolazione sono in quanto tali meno degni di attenzione di altri.

<sup>29</sup> In <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>.

<sup>30</sup> «Rationing decisions should not be based solely upon age or disability. Rationing decisions should not be based on judgments of social worth or on a principle of maximizing total life-years or total qualityadjusted life-years saved. Age and disabling pre-morbid conditions might count among a number of factors in assessing prognosis or prospects of success, but there should be no arbitrary age cut-offs nor any arbitrary exclusions from care based on specific cognitive or motor disabilities. Rationing decisions should be based upon whether the treatment is worthwhile, not on whether the patient is worth

Anche Comitati di Bioetica, nazionali ed internazionali, si sono espressi in questa direzione in modo convergente. In particolare si ricorda il Comité Consultatif National d'Étique pour le Sciences de la Vie e de la Santé in Francia, che nel documento *Enjeux éthiques face à une pandémie* (13 marzo 2020)<sup>31</sup> ritiene nel quadro dei principi etici del rispetto della dignità e giustizia l'esigenza che l'epidemia non aggravi una situazione di ingiustizia che già esiste; la giustizia va declinata in senso egualitario e di equità, considerando i bisogni del singolo nella circostanza, prendendo le distanze dall'utilitarismo. Il Nuffield Council on Bioethics in Inghilterra, nel documento *Ethical Considerations in Responding to the Covid-19 Pandemic* (2020)<sup>32</sup>, ribadisce la necessità di un criterio 'imparziale' per la micro-distribuzione che riconosca un uguale valore morale ad ognuno (*equal moral worth*). Il Deutscher Ethikrat in Germania nel documento *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise* (27 marzo 2020), ritiene il criterio della dignità umana l'unico garante dell'uguaglianza contro ogni forma di discriminazione (di genere, origine etnica, età, ruolo sociale, disabilità), affermando che ogni differenziazione, diretta o indiretta, con riferimento alla protezione della vita sia inaccettabile. In particolare si distingue tra 'trriage ex ante', che può anche 'lasciare morire' alcuni pazienti data la scarsità di risorse e l'impossibilità fattuale di salvarli (ammettendo che nessuno può essere obbligato a fare l'impossibile); e 'trriage ex post', affermando che non è mai legittima la discontinuità del trattamento, ossia la sospensione di un trattamento proporzionato, per salvare un altro paziente mediante ri-assegnazione delle risorse<sup>33</sup>.

---

treating». Cfr. <https://kennedyinstitute.georgetown.edu/wordpress/wp-content/uploads/2020/04/CovidEthicsPrinciples-Georgetown.pdf>.

<sup>31</sup> In [https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse\\_ccne\\_-\\_covid-19\\_def.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf). Il documento riprende principi enunciati nel documento precedente *Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale* (2009).

<sup>32</sup> In <https://www.nuffieldbioethics.org/news/responding-to-the-covid-19-pandemic-ethical-considerations>.

<sup>33</sup> La Pontificia Accademia per la Vita ritiene che l'età non possa essere considerata un «criterio unico e automatico di scelta» (PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Pandemia e fraternità universale*, 30 marzo 2020, in <http://>



Su una posizione analoga il Comité de Bioética della Spagna, *Informe sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus* (25 marzo 2020)<sup>34</sup>, che introduce un modello misto<sup>35</sup>, tenendo presente i principi di uguaglianza e vulnerabilità come prioritari e sottolineando come «si tratta in primo luogo di ricordare che lo scopo è quello di proteggere *tutta* la popolazione, quale che sia la posizione dei suoi membri nella scala sociale e la loro età». La Bioethikkommission dell’Austria, nel parere *Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie* (marzo 2020)<sup>36</sup>, definisce il criterio del triage con riferimento al criterio clinico e prognostico. Il Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida in Portogallo nel documento *Situação de emergência de saúde pública pela pandemia Covid-19* (April 2020) sottolinea necessità, efficacia e proporzionalità come i criteri della selezione delle priorità di cura. Il documento della Commission Nationale d’Éthique del Lussemburgo, *Repères éthiques essentiels lors de l’orientation des patients dans un contexte de limitation des ressources thérapeutiques disponibles due à la crise pandémique du COVID-19* (31 marzo 2020)<sup>37</sup>, parte dal principio della dignità umana intangibile, per dedurre i principi di equità e giustizia. Il Comitato sammarinese di Bioetica ha ribadito per Covid-19 un principio, espresso nel documento *Bioetica delle catastrofi* (2017), della «priorità dei trattamenti calcolata sulla base di una corretta applicazione del triage, nel rispetto di ogni vita umana, indipendentemente dall’e-

---

[www.academyforlife.va/content/dam/pav/documenti%20pdf/2020/Nota%20Covid19/Nota%20su%20emergenza%20Covid-19\\_ITA\\_.pdf](http://www.academyforlife.va/content/dam/pav/documenti%20pdf/2020/Nota%20Covid19/Nota%20su%20emergenza%20Covid-19_ITA_.pdf).

<sup>34</sup> Cfr. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>.

<sup>35</sup> E.J. EMANUEL ET AL., *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19*, in *New England Journal of Medicine*, 23 March 2020.

<sup>36</sup> In <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/pressemitteilungen-bioethik/stellungnahme-zum-umgang-mit-knappen-ressourcen-in-der-gesundheitsversorgung-im-kontext-der-covid-19-pandemie.html>.

<sup>37</sup> In <https://cne.public.lu/dam-assets/fr/publications/avis/Prise-de-position-COVID-19.pdf>.

tà, dal genere, dall'appartenenza sociale o etnica, dall'abilità»; nel documento *Risposta alla richiesta di parere urgente su aspetti etici legati all'uso della ventilazione assistita in pazienti di ogni età con gravi disabilità in relazione alla pandemia di Covid-19* (16 marzo 2020)<sup>38</sup>, il Comitato ribadisce che la disabilità non può mai essere un criterio di esclusione, sulla base del principio di uguaglianza tra ogni essere umano a prescindere dalle differenze. Il Swedish National Council on Medical Ethics, nel documento *Ethical choices in a pandemic*, sottolinea uguaglianza ed equità come criteri essenziali nel razionamento delle cure<sup>39</sup>.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica in Italia, nel parere *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "trriage in emergenza pandemica* (8 aprile 2020)<sup>40</sup>, partendo – nel quadro della Dichiarazione universale dei diritti umani – dai principi Costituzionali (in particolare l'art. 32 sulla tutela della salute, l'art. 2 sui doveri di solidarietà e l'art. 3 sull'uguaglianza) e dalla Legge 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ribadisce che «è doveroso fare sempre tutto il possibile per garantire a tutti, nessuno escluso», rispettando «i principi di giustizia, equità e solidarietà, per offrire a tutte le persone eguali opportunità di raggiungere il massimo potenziale di salute consentito». Il criterio clinico è considerato il più adeguato punto di riferimento per l'allocatione delle risorse, sottolineando che «ogni altro criterio di selezione definito aprioristicamente, quale ad esempio l'età anagrafica, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità<sup>41</sup>, la responsabilità rispetto a com-

---

<sup>38</sup> In <http://www.sanita.sm/on-line/home/bioetica/comitato-sammarinese-di-bioetica/pareri-csb.html>.

<sup>39</sup> In [https://smer.se/wp-content/uploads/2020/08/smer-2020\\_3-english-report\\_webb.pdf](https://smer.se/wp-content/uploads/2020/08/smer-2020_3-english-report_webb.pdf).

<sup>40</sup> Cfr. anche precedenti documenti del COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA: *Etica, sistema sanitario e risorse* (1998) e *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute* (2001), in <http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/>.

<sup>41</sup> Cfr. OFFICE FOR CIVIL RIGHTS (OCR) AT THE U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (HHS), *Bulletin: Civil Rights, HIPAA, and the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*, 28 March 2020.

portamenti che hanno indotto la patologia, i costi, è ritenuto dal Comitato eticamente inaccettabile». «L'età, a sua volta, è un parametro che viene preso in considerazione in ragione della correlazione con la valutazione clinica attuale e prognostica ma non è l'unico e nemmeno quello principale. La priorità andrebbe stabilita valutando, sulla base degli indicatori menzionati, i pazienti per cui ragionevolmente il trattamento può risultare maggiormente efficace, nel senso di garantire la maggiore possibilità di sopravvivenza. Non si deve cioè adottare un criterio, in base al quale la persona malata verrebbe esclusa perché appartenente a una categoria stabilita aprioristicamente». Con riferimento al triage in emergenza pandemica, il documento esplicita i criteri di 'appropriatezza clinica', intesa come valutazione medica dell'efficacia del trattamento rispetto al bisogno clinico di ogni singolo paziente, con riferimento all'urgenza e alla gravità del manifestarsi della patologia e alla possibilità prognostica di guarigione e il criterio di 'attualità', che include, oltre ai pazienti «fisicamente presenti», anche la «comunità dei pazienti» (non solo ammalati di Covid-19), ammettendo la revisione di liste di attesa includendo anche i pazienti che sono stati valutati e osservati da un punto di vista clinico, collocati temporaneamente in reparti subintensivi o a domicilio, ma che si aggravano improvvisamente. Una decisione e programmazione, quella del triage, che deve sempre «evitare la formazione di categorie di persone che poi risultino svantaggiate e discriminate». Il Comitato ritiene che «sia doveroso mettere in atto tutte le strategie possibili, anche di carattere economico organizzativo, per far sì che sia garantita l'universalità delle cure». «Si dovrà sempre comunque dare la possibilità, per chi non accederà alla struttura sanitaria o per il paziente che abbia rinunciato ai trattamenti salvavita invasivi, di essere curato con sistemi meno invasivi e di ricorrere alla terapia del dolore e alle cure palliative ove necessario. La continuità delle cure rispetto al singolo paziente va dunque sempre garantita». Solo una postilla firmata da un componente del Comitato difende la prospettiva utilitarista, giustificando in condizioni eccezionali l'uso del criterio extra-clinico ed etico-sociale dell'età: in condizioni di scarsità di

venta più stringente il dovere di evitare sprechi di sorta, per cui, a parità di giudizio clinico, la giustizia distributiva suggerisce di puntare a «privilegiare la “maggior speranza di vita”», accusando la maggioranza del Comitato di avere definito il criterio universalistico «per il timore che il riconoscimento di criteri extra-clinici possa aprire la strada a possibili discriminazioni».

Il tema è stato affrontato anche da comitati internazionali di bioetica, essendo l'argomento strettamente connesso ai diritti umani fondamentali, tra cui va riconosciuto il diritto alla tutela della salute<sup>42</sup>, espresso nelle normative internazionali.

Il Comitato di Bioetica del Consiglio d'Europa (DH-BIO) nello *Statement in the Context of the Covid-19 Crisis* (aprile 2020)<sup>43</sup> afferma, richiamando la base della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (1997), il principio di equità di accesso alle cure, senza discriminazione. L'European Group on Ethics in Science and New Technologies della Commissione europea, nello *Statement on European Solidarity and the Protection of Fundamental Rights in the Covid-19 Pandemic* (2020)<sup>44</sup>, afferma i principi di dignità, giustizia e solidarietà. Il Comitato internazionale di bioetica e il Comitato Mondiale dell'Etica della Conoscenza Scientifica e delle Nuove Tecnologie dell'Unesco, nella dichiarazione *Statement on Covid-19: Ethical Considerations from a Global Perspective*<sup>45</sup>, sottolinea che la fondazione etica della macro e microallocazione debba basarsi sui principi di giustizia, beneficenza, equità; «in caso di selezione di pazienti nell'ambito di scarsità di risorse, il bisogno clinico e l'efficacia del trattamento dovrebbero essere di prioritaria considerazione». Il richiamo è ai diritti umani e alla protezione della salute (art. 14 della *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* dell'Unesco del 2005, che af-

---

<sup>42</sup> Per una accurata ricostruzione del dibattito e una critica ai modelli libertari e utilitaristi cfr. C. PETRINI, *Triage in Public Health Emergencies: Ethical Issues*, in *Internal Emergencies Medicine*, 2010, 5, pp. 137-144.

<sup>43</sup> In <https://www.coe.int/en/web/bioethics/dh-bio>.

<sup>44</sup> In <https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/strategy/support-policy-making/scientific-support-eu-policies/en>.

<sup>45</sup> In <https://en.unesco.org/themes/ethics-science-and-technology/libc>.

ferma «the highest attainable standard of health» come diritto umano fondamentale). Le persone vulnerabili «diventano ancora più vulnerabili nel periodo della pandemia», in particolare a causa della età (oltre che della povertà, discriminazione, genere, malattia, perdita di autonomia, disabilità, etnia, carcere, migrazione) e pertanto devono essere adeguatamente protette nei loro bisogni di salute<sup>46</sup>.

### 3. *Quale tutela biogiuridica per le persone anziane e la loro salute?*

Alle persone anziane vanno garantiti gli stessi diritti di qualsiasi altra persona umana: i diritti umani fondamentali prescindono dall'età e includono tutti gli esseri umani senza distinzioni. La Carta universale della protezione giuridica degli anziani vulnerabili, firmata a Roma il 28 ottobre 2011 ad iniziativa della FIAPA, prevede un articolo unico che afferma: «L'avanzamento dell'età non modifica in nessun caso né i diritti né i doveri né la libertà di qualsiasi persona, né i principi che sono a fondamento della dignità dell'uomo»<sup>47</sup>. Nel quadro sia della *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* dell'Unesco del 2005 (art. 2, lett. c) che promuove il rispetto per la dignità umana e la protezione dei diritti umani, assicurando il rispetto per la vita degli esseri umani, sia della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (2007) che garantisce ad ogni persona, senza discriminazione, il rispetto della sua integrità e dei suoi altri diritti e libertà fondamentali riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina (art. 1), oltre che l'«accesso equo a cure della salute di qualità

---

<sup>46</sup> PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Pandemia e fraternità universale*, cit.

<sup>47</sup> GERMAN INSTITUTE FOR HUMAN RIGHTS, COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS OF THE REPUBLIC OF POLAND, *Human rights of older persons during a pandemic*, 23 April 2020, auspica un trattato internazionale vincolante per garantire una protezione forte ai diritti delle persone anziane, aspetto emerso con forza nell'ambito della pandemia Covid-19; cfr. anche *No exceptions with COVID-19: "Everyone has the right to life-saving interventions"*, Geneva, 26 March 2020.

appropriata» (art. 3), va ribadito anche per gli anziani il diritto fondamentale alla salute.

Semmai, nella specificazione dei diritti, è auspicabile la progressione e gradualità esistenziale psico-sociale che sta emergendo, simmetricamente, per i minori (Legge 219/2017, partecipazione alle decisioni sanitarie in base all'età e alla maturità). Tuttavia, «l'indirizzo che ipotizzasse di sussumere nel mondo del diritto l'età singolarmente presa, considerando la cioè scissa da qualsivoglia rapporto con l'individuo, al fine di meglio realizzarne la traduzione nel linguaggio giuridico e verificarne l'influsso sulle umane vicende, dovrebbe essere immediatamente respinto», sostiene Pasquale Stanzone. L'età è un aspetto della persona che indica uno stadio dello sviluppo psico-fisico continuo.

Per quanto riguarda la tutela sanitaria è indispensabile il richiamo all'art. 32 della Costituzione e alla normativa di attuazione (cfr. specialmente art. 2, Legge 833/1978): non si tratta di proteggere in modo specifico l'anziano in quanto tale ma l'anziano se ed in quanto persona bisognevole di cure e assistenza.

È indispensabile, nell'ambito della discussione etica pluralista in bioetica, il richiamo al quadro giuridico internazionale e costituzionale, come orizzonte per la tematizzazione della bioetica degli anziani e 'con' gli anziani, la 'bioetica geriatrica'<sup>48</sup>.

I paradigmi libertario ed utilitaristico giustificano l'emarginazione della senilità in quanto in condizione di dipendenza da altri e di inefficienza per la società. Gli anziani sono avvertiti come un 'peso' per le famiglie e la società, in quanto hanno un basso livello di qualità di vita che contribuisce ad incrementare la sofferenza e l'infelicità ed esigono spesso alti costi familiari e sociali per la cura e l'assistenza, oltre all'impiego di energie per il loro accudimento. Il progressivo degrado biofisico e spegnimento psichico giustifica, in tale contesto inter-

---

<sup>48</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica e diritti degli anziani*, 2006; ID., *Le condizioni di vita della donna nella terza e quarta età: aspetti bioetici nella assistenza socio-sanitaria*, 2010.

pretativo, una graduale perdita della dignità e dei diritti, affidando al mero senso di beneficenza individuale spontaneo o di sollecitudine sociale occasionale la loro 'presa in carico'.

In questo contesto è rilevante che la riflessione biogiuridica tematizzi lo statuto antropologico della persona anziana: l'anziano, seppur in condizioni esistenziali di fragilità è una persona umana a tutti gli effetti, dunque avente il diritto umano fondamentale ad essere curato. La vecchiaia appare oggi alla stregua di un'età della vita che, proprio in quanto in condizione di fragilità (peraltro come ogni altra età della vita), è meritevole di doverose e specifiche attenzioni biomediche e sociali. Le condizioni di dipendenza, di non autosufficienza e di disabilità, a causa soprattutto di patologie cronicodegenerative, non devono mai essere utilizzate per affievolire l'impegno della famiglia e la solidarietà della società nei loro confronti.

Si tratta di educare all'accettazione dell'anzianità come condizione di esistenza: l'anzianità non va rifiutata né individualmente né socialmente, tentando di prolungare indefinitamente la vita (con forme di accanimento o di potenziamento) o anticipando la morte (eutanasia): l'anzianità costituisce una condizione di vita ineludibile che riguarda tutti gli esseri umani nell'approssimarsi alla morte. La debolezza della condizione anziana (la perdita di energie fisiche, di memoria e di raziocinio, di interrelazione sociale) non può in alcun modo giustificare una deresponsabilizzazione statale, sociale e familiare: se da un lato l'anzianità si manifesta come una condizione di maggiore incidenza di malattie, disfunzioni o inabilità, non deve mai divenire 'scarto'.

La società è chiamata a non trascurare gli anziani come soggetti deboli, ma a promuovere risorse, e pianificare interventi – anche sul piano della macroallocazione delle risorse – per gli anziani e le famiglie, mettendo a fuoco i bisogni di assistenza e predisponendo gli strumenti opportuni per soddisfarli. L'anziano deve essere considerato persona a pieno titolo, a prescindere dall'età e dalla condizione di salute, dall'autonomia o dal contributo in grado di offrire alla produttività sociale. La pari dignità giustifica anche i diritti nel senso di sostegno da parte della comunità che è giusto che garantisca, sul

piano redistributivo, le risorse adeguate per l'assistenza e la cura di coloro che hanno contribuito al benessere collettivo nel passato e continuano, in qualche misura, anche nel presente. In questo senso sarebbe auspicabile abbandonare l'insistenza – veicolata dai media e percepibile nell'opinione pubblica – sul fatto che ‘tanto a morire erano quasi esclusivamente le persone anziane’, ricordando piuttosto che una comunità si riconosce anche dal modo in cui accompagna e sostiene ‘vecchi e malati’. La crisi sanitaria, nell'ambito della crisi economica, non deve portare ad escludere qualcuno dalle cure; il razionamento o la scarsità delle risorse disponibili non ci devono portare a prefissare criteri di selezione del valore della vita umana. Quest'ultima è un'idea miope e pericolosa, perché ai potenziali tagli e risparmi sulla vita degli altri non c'è mai limite, in tutti i campi (si pensi ad esempio alla sicurezza sul lavoro o all'ambiente) e perché si minano i diritti umani e le basi della solidarietà e della democrazia. La preoccupazione per un ‘allentamento delle maglie’ della rete di protezione dei più fragili in un contesto di risorse limitate (come pratica magari anche solo temporanea) espone al rischio di marginalizzazione, stigmatizzazione o ‘*blanket*’ discriminazione ossia ad una discriminazione senza giustificazioni a danno degli anziani che può facilmente prolungarsi, fuori dall'emergenza, nelle politiche e nei comportamenti ordinari.



**LAURA PALAZZANI, La condizione anziana e la questione della selezione per l'accesso alle cure nell'ambito della pandemia Covid-19: aspetti bioetici e biogiuridici**

Nell'ambito della pandemia Covid-19, nella fase acuta della iniziale manifestazione ma anche nelle successive ondate, è emerso il problema bioetico della drammatica necessità di scelte di selezione dei pazienti per l'accesso alle cure. Durante la pandemia le persone anziane si sono rivelate particolarmente vulnerabili con la conseguenza di essere esclusi, in alcune circostanze, dalle cure. L'articolo discute in modo critico i criteri etici proposti dalla teoria libertaria e utilitarista, evidenziando le implicazioni discriminatorie rispetto alle persone anziane. La visione personalista è presentata e argomentata come la visione compatibile con i diritti umani e il principio etico-giuridico di uguaglianza, fondamento della giustizia. Sono analizzati, oltre alla letteratura sull'argomento, anche documenti di società scientifiche di intensivisti e pareri di comitati nazionali, regionali ed internazionali di bioetica per evidenziare in particolare le ricadute sulle persone anziane e sul loro diritto ad essere curati ed assistiti nell'ambito della pandemia Covid-19.

**Parole chiave:** pandemia, distribuzione di risorse scarse, *quality adjusted life years*, giustizia, anziano.

**LAURA PALAZZANI, The elderly and the question of selection for access to treatment in the context of the Covid-19 pandemic: bioethical and bio-legal aspects**

In the acute phase of the first viral wave of the Covid-19 pandemic but also in subsequent waves, bioethical problems emerged from the dramatic necessity to make choices in patient selection for access to treatment. During the pandemic, older people have proven to be particularly vulnerable and as a result, in some circumstances, were excluded from treatment. The article critically discusses the ethical criteria proposed by libertarian and utilitarian theory, highlighting their discriminatory implications for older people. The personalistic vision is presented and argued as the vision compatible with human rights and the ethical-juridical principle of equality, the foundation of justice. In addition to the literature on the subject, documents also from Scientific Societies of Intensivists and opinions of national, regional and international bioethics Committees are analyzed to highlight in particular the impact on elderly people and their right to treatment and care in the context of the Covid-19 pandemic.

**Key words:** pandemic, distribution of scarce resources, *quality adjusted life years*, justice, elderly.

INDICE DEL FASCICOLO 3 2021

**Miscellanea**

*Angela Maria Punzi Nicolò*, “Grazian, che l’uno e l’altro foro aiutò...” Il Graziano di Dante ..... 627

*Laura Palazzani*, La condizione anziana e la questione della selezione per l’accesso alle cure nell’ambito della pandemia Covid-19: aspetti bioetici e biogiuridici ..... 637

*Paolo Gherri*, Il concetto di Diritto canonico nei documenti pontifici di promulgazione legislativa generale..... 663

*Francesca Pulitanò*, Brevi note in tema di attività sportiva, responsabilità *ex lege Aquilia* e cause di giustificazione..... 707

*José Antonio González Romanillos*, La relevancia penal del *consilium* ..... 739

*Laura Maria Franciosi*, Il tempo nei contratti internazionali ..... 773

*María Mut Bosque*, La respuesta de las instituciones de la Unión Europea ante los actos de carácter islamofóbico, antisemita y anticristiano en Europa ..... 807

*Manuel Ganarin*, Annotazioni sulla possibile riforma del *Codex Iuris Canonici* in merito ai canoni sul Decano, il Sottodecano e l’ordine dei Cardinali Vescovi del Collegio cardinalizio ..... 845

*Archivio giuridico Filippo Serafini*

*Michele Grazia, In somnis peccare: la repressione  
dell'attività onirica nei Libri Penitenziali* ..... 857

***Recensioni*** ..... 907

***Presentazione del Gruppo di ricerca  
"Sede romana totalmente impedita e status giuridico  
del Vescovo di Roma che ha rinunciato"*** ..... 921

# ARCHIVIO GIURIDICO *Filippo Serafini*

Periodico Fondato nel 1868

*Pubblicazione trimestrale*

Caratteristica dell'*Archivio giuridico* è stata, sin dall'inizio, quella di essere visto in Italia e all'estero, come un autorevole e qualificato punto di riferimento sui progressi della dottrina giuridica italiana in una visione che, pur non rifuggendo dalla specializzazione in sé, ne evita peraltro ogni eccesso.

I Collaboratori sono pregati di inviare i loro contributi via e-mail (scritti in formato.doc). Ogni lavoro dovrà essere corredato di: Nome, Cognome, Qualifica accademica, Indirizzo postale, Indirizzo e-mail, Numero di telefono (è gradito anche un numero di cellulare). Ogni articolo dovrà essere corredato di un titolo in lingua inglese e un riassunto in lingua italiana e inglese di non più di 200 parole specificando: scopo, metodologia, risultati e conclusioni; e di almeno tre parole chiave in lingua italiana e inglese. Gli articoli, salvo casi eccezionali non potranno superare le 32 pagine (intendendosi già impaginate nel formato della rivista, ovvero circa 16 cartelle in formato A4 corrispondenti a 88.000 battute spazi e note inclusi). Le opinioni esposte negli articoli impegnano solo i rispettivi Autori.

La Rivista adotta la procedura di revisione *double-blind peer review*.

I contributi pubblicati sono indicizzati nelle seguenti banche dati nazionali ed internazionali: Articoli italiani di periodici accademici (AIDA); Catalogo italiano dei Periodici (ACNP); DoGi Dottrina Giuridica; ESSPER Associazione periodici italiani di economia, scienze social e storia; Google Scholar; IBZ online International bibliography of periodical literature in the humanities and social sciences.

La casa editrice fornirà, ai rispettivi Autori, estratto degli articoli in formato pdf. Possono altresì essere forniti fascicoli cartacei degli 'estratti', a pagamento. Chi fosse interessato è pregato di richiedere preventivo di spesa a: **info@mucchieditore.it**.

**Recensioni e segnalazioni bibliografiche:** gli Autori ed Editori di pubblicazioni giuridiche sono pregati di mandare un esemplare di ogni volume alla Redazione dell'*Archivio giuridico Filippo Serafini*. Sarà gradito un foglio di accompagnamento con i dati bibliografici, classificazione, sommario, etc. La Direzione della Rivista si riserva di recensire le opere che, a suo insindacabile giudizio, risulteranno di maggior interesse.