

Diritto alla salute e chirurgia durante la pandemia di COVID-19

Right to health and surgery during the COVID-19 pandemic

Livio Perra¹

Università degli Studi di Sassari (UNISS/Italia)
lperra@uniss.it

Teresa Perra²

Università degli Studi di Sassari (UNISS/Italia)
teresaperra92@tiscali.it

Riassunto

Nel presente articolo, gli autori concentrano la propria attenzione sul tema connesso al diritto alla salute e alla sua applicazione nel settore della chirurgia durante la pandemia di COVID-19. Ciascuno di essi approfondisce le questioni sottese all'argomento in base alle proprie competenze. L'emergenza sanitaria comporta numerose sfide e muoversi in questo scenario non è facile per coloro che svolgono le professioni sanitarie. Al fine di comprendere come possa essere gestita l'emergenza sanitaria senza sacrificare il diritto alla salute degli individui, sono analizzate le raccomandazioni elaborate nello specifico settore della chirurgia. Infine, gli autori rilevano come non si possa prescindere dalla ricerca scientifica che diviene il faro che illumina la strada da percorrere nel mezzo della pandemia di COVID-19.

Parole-chiave: diritto alla salute; diritti fondamentali; chirurgia; COVID-19; ricerca scientifica.

¹ Professore a contratto di Legislazione dei Beni Culturali. Dipartimento di Storia, Scienze dell'Uomo e della Formazione. Università degli Studi di Sassari. Via Maurizio Zanfarino 62, CEP 07100 Sassari, Italia.

² Medico in formazione specialistica in Chirurgia Generale. Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Sperimentali. Università degli Studi di Sassari. Viale San Pietro 43, CEP 07100 Sassari, Italia.

Abstract

In this article, the authors focus their attention on the issue related to the right to health and its application in the field of surgery during the COVID-19 pandemic. Each of them explores the questions underlying the topic in accordance to their competences. The health emergency poses numerous challenges and moving in this scenario is not easy for health professionals. In order to understand how the health emergency can be managed without sacrificing individuals' right to health, it is essential to analyse the recommendations developed in the specific sector of surgery. Finally, the authors underline the importance of the scientific research that becomes the beacon that illuminates the road ahead in the middle of the COVID-19 pandemic.

Keywords: right to health; fundamental rights; surgery; COVID-19; scientific research.

Introduzione

In questi giorni ci troviamo ad affrontare una pandemia (WHO, 2020b). Per far fronte a quella che potremmo definire a buon titolo una vera e propria emergenza sanitaria senza precedenti, medici, ricercatori e esperti di tutto il mondo hanno sin da subito cercato di raccogliere dati sulla situazione e studiare attentamente il fenomeno, per poter orientare le proprie scelte e pratiche in un contesto che si sta rivelando sempre più complesso.

È importantissimo riuscire a gestire la situazione. Da una parte ci sono i pazienti con infezione da COVID-19 che necessitano trattamenti, a volte anche in terapia intensiva, dall'altra c'è la popolazione generale, che non ha l'infezione, ma che necessita comunque di cure per altre patologie, a volte non meno importanti di quest'ultima. Allora come garantire il diritto alla salute di tutti i cittadini?

Non ci sono principi e regole stabilite. Normalmente i medici nell'espletare la pratica clinica fanno affidamento a delle linee guida e all'*Evidence Based Medicine* (EBM), ma, data la recente comparsa di quest'infezione, le informazioni disponibili al momento sul virus e la malattia sono poche per poter trarre conclusioni sicure. Saranno necessari ulteriori studi, ma si lotta contro il tempo, dato che le informazioni sono necessarie adesso.

Il presente lavoro si occupa della questione relativa al diritto alla salute e alla sua applicazione nel settore della chirurgia. Si tratta di un argomento in cui emergono questioni legate al diritto e alla medicina, con particolare riferimento alla chirurgia. Gli autori, ciascuno nel proprio ambito di competenza, affrontano il tema analizzando le questioni sottese al come possano essere garantiti il diritto alla salute e alla vita degli individui che necessitano un trattamento chirurgico ai tempi della pandemia di COVID-19.

L'obiettivo del presente lavoro è quello di appurare come il diritto alla salute e alla vita possa essere garantito a tutte quelle persone che presentano varie patologie, offrendo loro i necessari trattamenti sanitari anche in questo difficile periodo che vede il dilagare della pandemia di COVID-19.

Il presente lavoro, dopo il § 1., dedicato all'introduzione dell'argomento, si sviluppa in altre quattro parti. Nel § 2., l'attenzione si sofferma sul diritto alla salute. Nel § 3., è approfondita la tematica che concerne la chirurgia e le raccomandazioni atte a garantire le cure ed il trattamento durante la pandemia. Il § 4., sottolinea l'importanza della ricerca scientifica in chirurgia come ausilio per fronteggiare il COVID-19. Infine, gli autori tracciano nel § 5., le conclusioni che emergono dalla analisi affrontata nel presente lavoro.

Il diritto alla salute

Il diritto alla salute trova il suo principale fondamento nella Costituzione italiana all'articolo 32. Esso prevede al primo comma che: "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

Da questa norma si evince che la Costituzione qualifica la tutela della salute come diritto fondamentale. Lo Stato deve, in base all'affermazione della Costituzione, porre in atto le necessarie misure e provvedere alla predisposizione di tutti gli strumenti affinché i cittadini usufruiscano di una certa assistenza sanitaria che sia funzionale alla tutela della loro salute. L'articolo 32 della Costituzione mostra una ampia portata del diritto alla salute e ciò si rende comprensibile a partire dal fatto che con tale diritto si vuole proteggere la salute che è di vitale importanza per l'individuo.

Il medesimo articolo 32, al comma 2, introduce la libertà delle persone di sottrarsi volontariamente a un "determinato trattamento sanitario", salvo che la legge disponga altrimenti. Lo stesso comma prosegue affermando che "la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Vi è, inoltre, un necessario coordinamento che va effettuato con altri principi affermati nella Carta costituzionale: dignità, eguaglianza e solidarietà. Da questo collegamento assume un significato ancora più forte l'impegno a cui la Repubblica italiana è chiamata nell'articolo 32 della Costituzione (Nania, 2014, p. 29-30).

Nella configurazione che viene data dalla Corte Costituzionale italiana (2000): "Il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti"³.

Ovviamente facendo il diritto alla salute riferimento ad un bene di così grande importanza, il bilanciamento dei valori non deve mai portare allo svilimento di quel nucleo centrale di tale diritto fondamentale. Tra i vari aspetti che si pongono come limiti oggettivi all'attività del legislatore tesa a soddisfare l'esigenza della tutela della salute emerge la disponibilità di risorse organizzative e finanziarie. Nonostante siano limiti comprensibili, nessun Paese dispone di risorse illimitate. Questi fattori non possono mai intaccare o ridurre il "nucleo

³ Si vedano in tal senso: Corte Costituzionale italiana (1994a; 1994b; 1998).

irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana” (Corte Costituzionale italiana, 2000).

In questo periodo di emergenza globale determinato dalla pandemia di COVID-19, i discorsi relativi alla tutela del diritto alla salute si fanno presenti più forti rispetto alle situazioni normali e tutto sembra assumere toni amplificati nelle televisioni e nella carta stampata. Anche l’opinione pubblica mostra uno spiccato interesse relativo a quale contenuto assume il diritto alla salute degli individui nel quadro globale di questa situazione. Il fatto che si sia diffuso con tanta rapidità il nuovo male non comporta che le altre malattie scompaiano magicamente. Vi sono tantissime patologie che necessitano di cure costanti e trattamenti che abbiano una certa continuità. Questo si traduce nella necessità che lo Stato preveda misure atte a contrastare il COVID-19 nella sua forma pandemica ed il mantenimento di tutti quei trattamenti sanitari non posticipabili per via delle conseguenze che una loro procrastinazione potrebbe portare alla salute e alla vita delle persone.

Attualmente si palesa, cioè, l’esigenza che siano poste in essere determinate cure e proseguano regolarmente determinati interventi chirurgici, o almeno quelli non rinviabili.

Per i pazienti che necessitano di particolari cure, si pensi ad esempio a quelli oncologici o che necessitano di particolari operazioni chirurgiche per avere la possibilità di salvare la propria vita, non deve essere annullato o posticipato il necessario trattamento. Se ciò avvenisse si avrebbe uno svilimento considerevole del loro diritto alla salute, che si sostanzia nella possibilità di sottoporsi alle idonee cure, e in alcuni casi potrebbe arrecare un serio e grave pregiudizio alla vita degli individui.

Per questo motivo il Paese è chiamato a predisporre sistemi organizzativi idonei alla gestione delle vecchie patologie e di quelle legate al COVID-19.

In questo momento storico, il diritto alla salute e la sua protezione sono avvertiti in una dimensione che supera quella del singolo individuo ed assume le forme della difesa sociale. Nello specifico, si osserva quella medesima accezione del diritto sanitario rilevata da Gaetano Pieraccini nel 1906 in riferimento all’epidemia di tubercolosi secondo cui:

Questo diritto sanitario è il diritto di ogni cittadino alla personale integrità fisica ed implica per ciascuno il dovere di non portare nocimento alla integrità fisica degli altri. Esso ha poi la sua ragion d’essere nel principio più vasto della difesa sociale da tutto ciò che alla conservazione e sviluppo della Società stessa può nuocere, e perciò appunto fa obbligo allo Stato di proteggere anche la salute dei singoli e della collettività da tutte le malattie trasmissibili (Pieraccini, 1906, p. 4).

Per questo motivo, il personale ospedaliero deve essere messo in grado di operare in sicurezza e gli stessi pazienti devono essere protetti dalla possibilità di contrarre il nuovo morbo durante la loro degenza ospedaliera. L’attività del legislatore in questi periodi si unisce a quella degli esperti. Il diritto si intreccia alla medicina e alle altre discipline scientifiche e sono predisposte rigorose regole da seguire per evitare il diffondersi della pandemia e per garantire una qualche forma di quasi normalità nella gestione delle patologie ordinarie.

È indubbio che nella ponderazione degli interessi e dei valori in gioco confluiscono considerazioni relative alla disponibilità di risorse organizzative e finanziarie. Non si può

distogliere lo sguardo dalla realtà e pensare di avere risorse infinite, ma il tutto deve trovare un giusto assetto organizzativo che rispecchi i valori che fondano il nostro vivere civile e che rispettino i diritti di tutti gli individui, i quali necessitano di trovare una puntuale tutela e protezione.

È essenziale mobilitare, perciò, molte risorse umane e finanziarie per conseguire al meglio la tutela del diritto alla salute in tutte le sue sfaccettature. Utilizzando in prestito le parole di Gaetano Pieraccini, il quale si riferiva alla necessità di ospedalizzazione di tante persone affette da tubercolosi, è comprensibile che tale pensiero possa spaventare “perché l’avvenimento, è vero, coinvolge una gravissima questione economica; ma è anche altrettanto vero che la spesa dell’oggi si risolve domani automaticamente in un grande reddito di vita, di forza e di ricchezza per il paese” (Pieraccini, 1906, p. 9-10).

La chirurgia e le raccomandazioni atte a garantire le cure ed il trattamento durante la pandemia

Il diritto alla salute è un diritto di tutti. Il presente § 3., si propone l’obiettivo di meglio comprendere come tale diritto possa essere garantito ai pazienti che necessitano di essere sottoposti a un intervento chirurgico, quali misure debbano essere poste per garantire sicurezza di operatori sanitari e di tutti i pazienti e come questa situazione possa essere gestita dal punto di vista organizzativo e della pratica medica e chirurgica nel miglior modo possibile.

In ambito chirurgico, si è avvertita l’esigenza di tutelare maggiormente in questo periodo i pazienti che necessitano di un intervento in regime di urgenza o emergenza e i pazienti tumorali la cui salute sarebbe notevolmente, se non totalmente, compromessa se l’intervento fosse rimandato al termine della pandemia.

Risulta indispensabile, dunque, valutare attentamente rischi e benefici, caso per caso, e proteggere i pazienti negativi al SARS-CoV-2 dal rischio di contrarre l’infezione. Particolare attenzione e cura deve essere prestata a tutti i pazienti, siano essi positivi o negativi. Sicurezza e protezione devono essere garantite a tutti gli operatori sanitari.

L’*European Association for Endoscopic Surgery* e la *Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons* (EAES e SAGES, 2020) hanno stilato recentemente delle raccomandazioni per aiutare i chirurghi in tale compito, aggiornate con l’evolvere della pandemia. Queste raccomandazioni trattano il tema del razionamento dei servizi, considerazioni procedurali e misure pratiche per la chirurgia.

Per quanto riguarda il razionamento dei servizi, vengono consigliate delle misure per ridurre il rischio di contrarre l’infezione da parte dei pazienti e del personale sanitario e ridurre al minimo l’utilizzo di risorse necessarie, quali dispositivi di protezione individuale (DPI), letti e ventilatori.

È, dunque, subito messo in evidenza, come prima cosa, quanto sia importante avere la consapevolezza che le risorse a disposizione non sono infinite e che occorre gestirle al meglio. È consigliato, dunque, rinviare tutti gli interventi chirurgici e le procedure endoscopiche in

elezione, tenendo conto del grado di diffusione dell'infezione a livello locale e considerando il contesto medico, logistico e organizzativo, limitando il trattamento chirurgico a quei pazienti in pericolo di vita, quelli in cui la patologia maligna potrebbe progredire o che hanno sintomi che richiedono un trattamento urgente.

Oltre a evidenziare quali sono i pazienti i cui interventi non sono rinviabili, viene sottolineata l'importanza del contesto locale. Chiaramente ogni centro può o potrà essere più o meno colpito dalla pandemia. Ogni centro ha più o meno risorse a sua disposizione da poter utilizzare. Ogni centro ha una propria peculiare organizzazione. Questi aspetti devono essere considerati e valutati. Risulta, quindi, importante tenere bene a mente la realtà in cui ci si trova per poter prendere le decisioni corrette.

Tutto il personale ospedaliero e degli uffici non essenziale dovrebbe essere autorizzato a rimanere a casa e svolgere il proprio lavoro da casa (telelavoro). Tutte le visite cliniche effettuate di persona non urgenti dovrebbero essere annullate o posticipate, a meno che non siano necessarie per valutare i sintomi attivi o gestire la cura delle ferite. Gli incontri dei team multidisciplinari dovrebbero tenersi virtualmente, se possibile. Tali misure consentono di evitare tutti i contatti innecessari, possibili fonti di contagio. Per limitare il diffondersi dell'infezione è meglio svolgere a distanza tutte le pratiche e procedure che è possibile svolgere con tale modalità.

Per quanto concerne le considerazioni procedurali, l'attenzione si focalizza principalmente su quale sia il miglior approccio chirurgico. Viene sottolineata l'esigua evidenza scientifica in letteratura riguardo ai rischi relativi alla chirurgia mininvasiva nei confronti dell'approccio a cielo aperto specifica per COVID-19. Alcuni studi hanno dimostrato la possibile aereosolizzazione di virus trasmessi per via ematica, ma allo stato delle conoscenze attuali non ci sono ancora evidenze se questo possa verificarsi anche per il SARS-CoV-2. Non avendo certezze, viene comunque consigliato, per le procedure di chirurgia mininvasiva, l'utilizzo di dispositivi per filtrare la CO₂ rilasciata tramite particelle di aerosol, anche se vanno considerati i vantaggi di tali procedure, che generalmente consentono una minore durata dell'ospedalizzazione e delle complicanze.

Va, inoltre, considerato il maggior rischio di esposizione al virus insito nelle procedure endoscopiche e sulle vie aeree, durante le quali è importante che gli operatori mettano in atto le corrette precauzioni e utilizzino i dispositivi di protezione individuali, seguendo le linee guida dei *Centers for Disease Control* (CDC, 2020) o del *World Health Organization* (WHO, 2020a).

Per quanto riguarda le misure pratiche per la chirurgia, vengono messi in luce alcuni aspetti importanti. In primo luogo, emerge la necessità, nel momento in cui si discute il consenso con i pazienti, di spiegare adeguatamente il rischio di esposizione al COVID-19 e le sue possibili conseguenze.

Si rende evidente come il primo ed efficace modo, anche se apparentemente banale, per proteggere il diritto alla salute sia proprio l'informazione. Il paziente deve essere messo a conoscenza della situazione, deve capire, deve poter fare domande e deve decidere liberamente se sottoporsi all'intervento chirurgico, essendo messo nelle condizioni migliori per valutare rischi e benefici della propria scelta.

Se possibile, i pazienti andrebbero testati preoperatoriamente per COVID-19. Emerge dunque l'esigenza di sapere se i pazienti siano positivi o negativi all'infezione, al fine di mettere in atto le misure più idonee alla corretta gestione dei pazienti. Le raccomandazioni non entrano in merito a quale sarebbe la migliore maniera per testare i pazienti.

A tale proposito, vengono in nostro soccorso le Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/nasofaringeo per la diagnosi di COVID-19 del Gruppo di Lavoro ISS Diagnostica e sorveglianza microbiologica COVID-19: aspetti di analisi molecolare e sierologica. In esse è affermato che:

Per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 il campione di elezione è un campione delle vie respiratorie. Questo può essere delle alte vie respiratorie (tampone nasale, tampone oro-faringeo, tampone rino-faringeo) e più raramente, ove disponibili, delle basse vie respiratorie: aspirato endo-tracheale o lavaggio bronco-alveolare (*Broncho-Alveolar Lavage*, BAL). Il campione delle basse vie respiratorie è da preferire per una maggiore concentrazione di virus nei casi di polmonite (Gruppo di Lavoro ISS, 2020, p. 1).

Dopo aver spiegato come eseguire correttamente il prelievo, etichettarlo, conservarlo, confezionarlo e spedirlo in sicurezza, tali raccomandazioni descrivono come viene effettuata la diagnosi molecolare per COVID-19. In particolare, esse precisano che:

Sulla base delle raccomandazioni da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dello European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), la manipolazione dei campioni biologici viene eseguita utilizzando opportuni DPI e ad un livello di biosicurezza 2 (BSL2). Dal materiale biologico viene effettuata l'estrazione e la purificazione dell'RNA per la successiva ricerca dell'RNA virale utilizzando una metodica molecolare rapida: Reverse Real-Time PCR (rRT-PCR) (Gruppo di Lavoro ISS, 2020, p. 5).

Altre nuove metodiche si stanno affacciando nel panorama medico e stanno iniziando a essere utilizzate, come i test sierologici, sebbene in determinate condizioni.

Spostando nuovamente la nostra attenzione alle raccomandazioni dell'*European Association for Endoscopic Surgery* e della *Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons* (EAES e SAGES, 2020), queste consigliano, laddove necessario e possibile, che l'intubazione e l'estubazione dei pazienti avvengano in una stanza a pressione negativa.

Quando si operano pazienti presunti, sospetti o confermati positivi a COVID-19, le sale operatorie dovrebbero essere opportunamente filtrate e ventilate. Se possibile, dovrebbero essere delle sale diverse da quelle utilizzate per gli altri pazienti chirurgici e bisognerebbe considerare di utilizzare sale a pressione negativa.

Per garantire i diritti alla salute e alla vita sia dei pazienti chirurgici con l'infezione, che quelli senza l'infezione, sarebbe opportuno creare percorsi e sale diverse in maniera tale da evitare qualunque tipo di contatto, perché si tradurrebbe in una possibile fonte di contagio. Solo il personale essenziale dovrebbe partecipare all'intervento chirurgico e, a meno che non vi sia un'emergenza, non dovrebbe esserci scambio di personale in sala. Tutti gli operatori

sanitari in sala dovrebbero utilizzare i dispositivi di protezione individuale come raccomandato dalle organizzazioni nazionali o internazionali, la *World Health Organization* (WHO, 2020a) o il *Centers for Disease Control* (CDC, 2020), e avere particolare cura nel loro corretto posizionamento e rimozione.

La sicurezza degli operatori sanitari è fondamentale, sia per tutelare il diritto alla salute di questi ultimi, ma anche quello dei pazienti. Gli operatori sanitari, infatti, necessitano di essere tutelati non solo per il proprio benessere personale, ma anche in quanto soggetti che si ritrovano per definizione a contatto con altri pazienti, frequentemente in un momento di loro maggiore debolezza e/o con un sistema immunitario compromesso.

Entrando in dettaglio sullo strumentario utilizzato dal chirurgo in sala operatoria e su alcuni particolari tecnici, i dispositivi elettrochirurgici dovrebbero essere regolati sulle impostazioni più basse possibili per l'effetto desiderato. Occorrerebbe ridurre al minimo l'utilizzo dell'elettrochirurgia monopolare, dei dissettori ad ultrasuoni e dei dispositivi bipolari avanzati. Questi ultimi, infatti, possono portare all'aerosolizzazione delle particelle e quindi potrebbero rappresentare, secondo alcuni studi, una fonte di contagio per gli operatori⁴. Viene, perciò, consigliato di utilizzare, laddove possibile, matite diatermiche monopolari, collegate a degli evacuatori di fumo. Le apparecchiature chirurgiche utilizzate durante le procedure con pazienti COVID-19 positivi o sospetti dovrebbero essere pulite separatamente dalle altre apparecchiature chirurgiche. Infine, vengono espone delle misure pratiche specifiche per la laparoscopia e l'endoscopia.

Per quanto riguarda gli interventi in cui si decide di utilizzare un approccio laparoscopico, bisognerebbe rammentare che le incisioni per l'inserimento dei trocar dovrebbero essere le più piccole possibili, la pressione d'insufflazione di CO₂ dovrebbe essere ridotta al minimo e, se disponibile, dovrebbe essere utilizzato un sistema di filtrazione o evacuazione dei fumi. La completa esufflazione dovrebbe avvenire in sicurezza tramite un sistema di filtrazione prima della chiusura, rimozione dei trocar, estrazione del pezzo o conversione in chirurgia open.

Per quanto riguarda le procedure endoscopiche, viene ribadita la necessità che tutti gli operatori utilizzino i dispositivi di protezione individuale e che il loro posizionamento e rimozione avvenga in maniera adeguata. Le procedure endoscopiche andrebbero, inoltre, considerate ad alto rischio, data la possibilità che i pazienti affetti da COVID-19 presentino manifestazioni gastrointestinali.

L'importanza della ricerca scientifica in chirurgia come ausilio per fronteggiare il COVID-19

In una situazione nuova e in continua evoluzione è chiaramente complesso creare delle linee di indirizzo e prendere delle decisioni in mancanza di una forte evidenza scientifica fornita dalla letteratura. In uno scenario globale, che si modifica rapidamente e che porta

⁴ Si vedano sulla possibilità che l'aerosolizzazione delle particelle sia fonte di contagio per gli operatori: Baggish et al. (1991); Alp et al. (2006); Choi (2014); Kwak et al. (2016). Si vedano con preciso riferimento al COVID-19: Coccolini et al. (2020); Wax e Christian (2020).

velocemente all'occupazione dei posti letto nei reparti di Terapia Intensiva di tutto il mondo, tutto cambia. L'assetto organizzativo e le pratiche quotidiane si ritrovano costrette ad adattarsi alla situazione emergente. Anche l'attività chirurgica è coinvolta, circondata e modificata da tutto questo. L'elezione viene rimandata, posposta, momentaneamente sospesa. Le urgenze e le emergenze cambiano volto. Occorrono adeguate misure e protezioni. L'approccio chirurgico deve essere maggiormente studiato, pensato, onde evitare di passare da trattamento curativo a fonte di contagio. Il personale sanitario deve essere formato, protetto, informato sulle buone pratiche per fronteggiare l'emergenza COVID-19 e prendersi cura al meglio dei pazienti sospetti o positivi al nuovo virus. Le liste d'attesa si allungano e gli interventi per cui è necessaria la disponibilità di un posto letto in terapia intensiva vengono posticipati a causa dell'occupazione dei posti letto da parte dei pazienti affetti da COVID-19.

In tale contesto, però, fin da subito medici e ricercatori di tutto il mondo, uniti dal fine comune di curare nel migliore modo possibile tutti i pazienti e garantire la sicurezza degli operatori sanitari, hanno cercato cure, vaccini, test diagnostici. Si sono formate collaborazioni internazionali tra medici di tutto il mondo.

In ambito chirurgico, ad esempio il gruppo di ricerca internazionale CovidSurg ha coinvolto e continua a coinvolgere chirurghi, anestesisti e ricercatori di tutto il mondo. La sua attività di ricerca è focalizzata sul COVID-19 in chirurgia. Una prima analisi dei dati raccolti in tutto il mondo sui pazienti sottoposti a intervento chirurgico con infezione da SARS-CoV-2 diagnosticata da 7 giorni prima a 30 giorni dopo l'intervento, è già stata pubblicata e ha mostrato un aumento della mortalità e delle complicanze respiratorie in questo gruppo di pazienti (COVIDSurg Collaborative, 2020). Il suddetto gruppo di ricerca non ha concentrato la propria attenzione solo sui pazienti affetti da COVID-19, ma anche sulle conseguenze della pandemia sull'attività chirurgica e su come andassero riorganizzati i team chirurgici in questo periodo di emergenza. Un particolare interesse è stato rivolto anche alla cura e trattamento dei pazienti tumorali, cioè di quei pazienti che, pur non essendo direttamente coinvolti dalla pandemia, ne subiscono comunque più pesantemente le conseguenze.

La ricerca scientifica in questo momento emergenziale diviene uno strumento necessario per valutare, elaborare e perfezionare le pratiche mediche e i trattamenti chirurgici. In questo modo la stessa attività di ricerca si pone come guida per i tanti operatori del settore sanitario che svolgono quotidianamente la propria professione per tutelare il diritto alla salute e alla vita delle persone. A tal proposito si osserva, inoltre, la nascita di collaborazioni in altri ambiti, anche sulle patologie benigne, che necessitano un pronto trattamento. Si pensi ad esempio agli studi su come gestire al meglio le colecistiti e le appendiciti.

Ogni paziente ha diritto alla salute. Ha il diritto di essere curato e questa pandemia ha influenzato e sta influenzando la cura e il trattamento di tutti i pazienti. Per quanto chiaramente le patologie più gravi rappresentino un problema basilare, è vero che altre patologie, apparentemente più banali, rischiano comunque di compromettere la salute dei pazienti in mancanza di spazi e risorse adeguati.

La ricerca, in questo particolare contesto pandemico, assume ancor più forte il ruolo di guida e di indirizzo per tutti i medici, i chirurghi, gli infermieri ed il personale sanitario che sono chiamati all'arduo compito di garantire il diritto alla salute e alla vita dei degenti.

Conclusioni

Attualmente la nuova sfida da affrontare è relativa al convivere e superare la pandemia di COVID-19. Nei mezzi di comunicazione televisivi e nella carta stampata si fa un continuo richiamo alla necessità di ritagliare gli spazi della normalità in questa situazione di emergenza.

Il diritto alla salute deve essere garantito a tutti i cittadini. Il fatto che si stia attraversando un fenomeno pandemico, come non avveniva da anni, non fa venir meno la necessità degli interventi chirurgici tesi a salvare o migliorare la vita degli individui. Per dare piena attuazione al diritto alla salute e alla vita delle persone sarebbe impensabile interrompere o sospendere per un tempo non precisato tutte le cure mediche e gli interventi chirurgici non direttamente connessi con il COVID-19. La salute e la vita dei pazienti sono messe a rischio non solo dalla nuova malattia, ma dalla miriade di patologie che già preesistevano alla emergenza sanitaria odierna.

Come si può garantire che ogni individuo riceva le adeguate cure e l'essenziale trattamento chirurgico a lui necessario prima di giungere ad un punto di non ritorno?

In chirurgia sono state formulate delle raccomandazioni da alcuni organismi, come ad esempio l'*European Association for Endoscopic Surgery* e la *Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons* (EAES e SAGES, 2020), per svolgere in sicurezza l'attività necessaria e salvaguardare i pazienti dal rischio di contrarre il COVID-19. Si rende, inoltre, necessario garantire la sicurezza di tutti coloro che lavorano nel settore della sanità. Allo stesso tempo, si rende imperativo limitare e cercare di azzerare il contagio della nuova malattia pandemica che ha per sua stessa natura una capacità diffusiva notevole. Il fatto che emerge dall'analisi delle raccomandazioni, che suggeriscono particolari cautele da adottare sia nell'organizzazione di persone e mezzi, sia nello svolgimento materiale delle procedure medico-chirurgiche, è che, trattandosi di una malattia ancora non molto conosciuta, non si può trascurare la necessità della ricerca scientifica.

La ricerca scientifica costituisce il faro che illumina la navigazione in questo scenario. Con la ricerca scientifica possono essere messe in risalto le incertezze della pratica ed i punti di forza su cui affidarsi in questo particolare periodo.

Il diritto deve in questo difficile momento storico affidarsi alla scienza, alla medicina e, più in particolare agli esperti. È necessario che ognuno faccia la propria parte per giungere alle buone pratiche che permettano l'attuazione e il pieno esplicarsi del diritto alla salute di tutti gli individui.

Bibliografia

- ALP, E.; BIJL, D.; BLEICHRODT, R. P.; HANSSON, B.; VOSS, A. 2006. Surgical smoke and infection control. *Journal of Hospital Infection*, **62**(1):1-5.
- BAGGISH, M. S.; POIESZ, B. J.; JORET, D.; WILLIAMSON, P.; REFAI, A. 1991. Presence of human immunodeficiency virus DNA in laser smoke. *Lasers in Surgery and Medicine*, **11**(3):197-203.

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). 2020. *Clinical Care Guidance for Healthcare Professionals about Coronavirus (COVID-19)* [Page last reviewed: June 1, 2020]. Disponibile in: <http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care.html>. Accesso il: 07 giugno 2020.
- CHOI, S. H.; KWON, T. G.; CHUNG, S. K.; KIM, T.-H. 2014. Surgical smoke may be a biohazard to surgeons performing laparoscopic surgery. *Surgical Endoscopy*, **28**(8):2374-2380.
- COCCOLINI, F.; PERRONE, G.; CHIARUGI, M.; DI MARZO, F.; ANSALONI, L.; SCANDROGLIO, I.; MARINI, P.; ZAGO, M.; DE PAOLIS, P.; FORFORI, F.; AGRESTA, F.; PUZZIELLO, A.; D'UGO, D.; BIGNAMI, E.; BELLINI, V.; VITALI, P.; PETRINI, F.; PIFFERI, B.; CORRADI, F.; TARASCONI, A.; PATTONIERI, V.; BONATI, E.; TRITAPEPE, L.; AGNOLETTI, V.; CORBELLA, D.; SARTELLI, M.; CATENA, F. 2020. Surgery in COVID-19 patients: operational directives. *World Journal of Emergency Surgery*, **15**:1-7.
- CORTE COSTITUZIONALE ITALIANA. 1994a. Corte Costituzionale, sentenza 2 giugno 1994, n. 218. Disponibile in: <http://www.giurcost.org/decisioni/1994/0218s-94.html>. Accesso il: 05 giugno 2020.
- CORTE COSTITUZIONALE ITALIANA. 1994b. Corte Costituzionale, sentenza 15 luglio 1994, n. 304. Disponibile in: <http://www.giurcost.org/decisioni/1994/0304s-94.html>. Accesso il: 05 giugno 2020.
- CORTE COSTITUZIONALE ITALIANA. 1998. Corte Costituzionale, sentenza 17 luglio 1998, n. 267. Disponibile in: <http://www.giurcost.org/decisioni/1998/0267s-98.html>. Accesso il: 05 giugno 2020.
- CORTE COSTITUZIONALE ITALIANA. 2000. Corte Costituzionale, sentenza 20 novembre 2000, n. 509. Disponibile in: <http://www.giurcost.org/decisioni/2000/0509s-00.html>. Accesso il: 05 giugno 2020.
- COVIDSURG COLLABORATIVE. 2020. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: an international cohort study [published online ahead of print, 2020 May 29]. *The Lancet*. Disponibile in: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31182-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31182-X/fulltext). Accesso il: 05 giugno 2020.
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR ENDOSCOPIC SURGERY (EAES); SOCIETY OF AMERICAN GASTROINTESTINAL AND ENDOSCOPIC SURGEONS (SAGES). 2020. *EAES and SAGES recommendations regarding surgical response to covid-19 crisis*. Disponibile in: <http://eaes.eu/covid-19-statements/eaes-and-sages-recommendations-regarding-surgical-response-to-covid-19-crisis/>. Accesso il: 07 maggio 2020.
- GRUPPO DI LAVORO ISS DIAGNOSTICA E SORVEGLIANZA MICROBIOLOGICA COVID-19: ASPETTI DI ANALISI MOLECOLARE E SIEROLOGICA. 2020. *Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per la diagnosi di COVID-19*. Versione del 17 aprile 2020. Roma, Istituto Superiore di Sanità. Disponibile in: http://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+11_2020+Rev++tampone.pdf/e278a476-3635-7a0b-011f-79dfa6b142d1?t=1587129366526. Accesso il: 07 maggio 2020.
- KWAK, H.D.; KIM, S.-H.; SEO, Y.S.; SONG, K.-J. 2016. Detecting hepatitis B virus in surgical smoke emitted during laparoscopic surgery. *Occupational & Environmental Medicine*, **73**(12):857-863.
- NANIA, R. 2014. Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità. In: M. Sesta (Coord.). *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*. Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, p. 29-43.

PIERACCINI, G. 1906. Del dovere e del diritto sociale di isolare i tubercolosi. *Rivista Critica di Clinica Medica*, **7**:1-17.

WAX, R.S.; CHRISTIAN, M.D. 2020. Practical recommendations for critical care and anesthesiology teams caring for novel coronavirus (2019-nCoV) patients. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, **67**(5):568-576.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2020a. Country & Technical Guidance - Coronavirus disease (COVID-19). Disponibile in: <http://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>. Accesso il: 07 giugno 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2020b. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. Disponibile in: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>. Accesso il: 07 giugno 2020.

Submetido: 03/07/2020

Aceito: 26/01/2022