

N. 18 (Nuova serie)

CENTRO INTERUNIVERSITARIO DI RICERCA BIOETICA

Sede (Direzione e Segreteria):

AOU Federico II Edificio 20, piano I - Via Pansini 5 - 80131 Napoli

Sala riunioni degli organi collegiali:

Cortile delle Statue, Via Mezzocannone, 8 - 80134 Napoli

UNIVERSITÀ CONVENZIONATE E ADERENTI: Università degli Studi di Napoli Federico II, Pontificia Facoltà Teologica dell'Italia Meridionale – Sez. S. Tommaso, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli, Università degli Studi di Napoli 'L'Orientale', Università degli Studi Parthenope, Università degli Studi di Salerno, Università degli Studi del Sannio.

DIRETTORE: Andrea Patroni Griffi

VICE DIRETTORE: Giuliana Valerio

CONSIGLIO DIRETTIVO: R. Bonito Oliva; P. Buono; L. Canzoniero; G. Carillo; C. Casella; A. Cavaliere; L. Chieffi; L. D'Alessandro; M. del Tufo; P. Giustiniani; G. Imbruglia; V. Ivone; F. M. Lucrezi; C. Matarazzo; E. Mazzeola; V. Nigro; A. Papa; A. Patroni Griffi; N. Rotundo; G.F. Russo; G. Sciancalepore; A. Tartaglia Polcini; R. Virzo.

COMMISSIONE SCIENTIFICA: P. Amodio; C. Bianco; G. Capo; E. Capozzi; G. Castaldo; A. Cesaro; N. Colacurci; G. Comi; C. De Angelo; F. De Vita; F. del Pizzo; L. Gatt; C. Ghidini; E. Imparato; L. Kalb; S. Marotta; F. Mazzeo; F. Russo; D. Scarpato; G. Vacchiano; G. Valerio; V. Verdicchio; V. Zambrano; I. Zecchino; M. C. Zurlo.

MEMBRI COOPTATI NELLA COMMISSIONE SCIENTIFICA: G. Aliotta; C. Buccelli; G. Cacciatore; G. Cantillo; E. D'Antuono; E. Di Salvo; L. Ferraro; A. Lepre; G. Lissa; A. Palma; C. Polito; A. Postigliola; L. Romano; G. Rossi; A. Russo; P. Stanzone; A.M. Valentino; M. Villone.

RAPPRESENTANTI DEGLI STUDIOSI AFFERENTI E ADERENTI: R. Catalano; S. Prisco; R. Prodomo; E. Tagliatela.

'QUADERNI DI BIOETICA' NUOVA SERIE

DIRETTORI: Claudio Buccelli, Lorenzo Chieffi, Enrico Di Salvo, Giuseppe Lissa, Andrea Patroni Griffi

COMITATO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE: A. Bondolfi (Université de Genève); A. Carmi (Chairholder of the Unesco Chair in Bioethics); S. Gandolfi Dallari (USP-Universidade de São Paulo); J. R. Salcedo Hernández (Universidad de Murcia); A. Mordechai Rabello (Università di Gerusalemme e di Safed); J. Robelin (Université de Nice Sophia Antipolis).

L'EMERGENZA PANDEMICA DA COVID-19 NEL DIBATTITO BIOETICO

Tomo 1

a cura di
Lorenzo Chieffi

Il volume raccoglie i risultati di un progetto di ricerca promosso dal Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (C.I.R.B.) di Napoli, dalla Regione Campania, oltre che dall'ERASMUS+Acción K2 de Desarrollo de Capacidades–DiseñoCurricular (R8–Latinoamérica) Ref. 609979-EPP-1-2019-1-ES-EPPKA2-CBHE-JP, *El Bioderecho como herramienta global para la protección de los derechos humanos*. La sua pubblicazione è stata resa possibile grazie ad un finanziamento della stessa Regione Campania nel quadro del progetto di ricerca 2019/2020, sul tema “*Trasferimento di funzioni secondo il principio di differenziazione ex art. 116, 3° comma, Cost.*”, realizzato in collaborazione con il Comitato di Coordinamento Regionale delle Università Campane (CUR).

MIMESIS EDIZIONI (Milano – Udine)
www.mimesisedizioni.it
mimesis@mimesisedizioni.it

Collana: *Quaderni di bioetica*, n. 18
Isbn: 9788857580296

© 2021– MIM EDIZIONI SRL
Via Monfalcone, 17/19 – 20099
Sesto San Giovanni (MI)
Phone: +39 02 24861657 / 24416383

INDICE

INTRODUZIONE

Lorenzo Chieffi

LA PANDEMIA DA COVID-19 TRA CRISI DI SISTEMA E PROSPETTIVE DI RIPRESA

9

LA CRISI PANDEMICA AL VAGLIO DELLA BIOETICA, DELLA BIOPOLITICA E DELLA BIOECONOMIA

Rossella Bonito Oliva

IL SIGNIFICATO DELLA CURA NELL'EMERGENZA: L'EVANESCENZA
DELL'ESPERIENZA DIRETTA DELLA SOFFERENZA E IL POTERE
DELL'INFORMAZIONE

27

Eugenio Mazzarella

DOPO LA PANDEMIA: DUE RIFLESSIONI E UN COROLLARIO "POLITICO"
L'ECUMENE CHE CI SERVE. SALVARE LA "PRESENZA"

37

Maria Antonietta La Torre

EMERGENZA PANDEMICA ED ETICITÀ DELLE SCELTE

47

Raffaele Prodomo

RIFLESSIONI ETICHE SULLA PANDEMIA DA SARS-COV-2
IN PROSPETTIVA EVOLUZIONISTICA

65

Valeria Marzocco

REGOLARE LA SCIENZA O REGOLARE A PARTIRE DALLA SCIENZA?
IL DIRITTO EVIDENCE-BASED AL TEMPO DEL COVID-19

81

Pasquale Giustiniani

LA TEOLOGIA E LA CHIESA DI FRANCESCO DI FRONTE
ALLE CRISI EPIDEMICHE

91

Salvatore Prisco

DELLE EPIDEMIE. *UN (PER)CORSO FRA LETTERATURA E DIRITTO.*
PRIMI APPUNTI DI VIAGGIO

101

Osvaldo Sacchi

NOMOTROPISMO E DIGNITÀ DELLA PERSONA UMANA AL TEMPO
DEL CORONAVIRUS COVID-19

123

Maria Celeste Cordeiro Leite dos Santos, Marilene Araujo

A REDESCOBERTA DO PRINCÍPIO JURÍDICO DA FRATERNIDADE:
DESAFIOS DA BIOÉTICA E PANDEMIA

141

Maria Anna Filosa

LA COMUNICAZIONE AI TEMPI DEL COVID 19:
INFORMAZIONE O DISINFORMAZIONE SCIENTIFICA?

151

Alessia Maccaro

L'IMPATTO DEL COVID-19 NEL SUD DEL MONDO

167

Francesco Schettino

LOCKDOWN E IMPATTO SULLE ECONOMIE STATALI: I PREGIUDIZI
DEL LIBERO MERCATO SULLA TENUTA DEI SISTEMI
SANITARI NAZIONALI E SULLE INIQUITÀ SOCIALI

187

Rebeca Oliveira Santana, Gonzalo Ubilla Fernández,

Ramiro Jacinto Chimuris Sosa

DEBITO, COVID-19: O VITA?

201

IL RUOLO DELLA MEDICINA E DELLA PSICOLOGIA NELLE CRISI PANDEMICHE

Gelsomina Salito, Virginia Zambrano

FAIR INNINGS E SCELTE SANITARIE: VERSO UNA “VIRALE”
NUOVA FRONTIERA DELLA RESPONSABILITÀ MEDICA?

215

<i>Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz</i> LA PRIORIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA Y EL ACOMPAÑAMIENTO DE LAS PERSONAS VULNERABLES ANTE LA SITUACIÓN DE LA COVID-19	241
<i>Pedro Paulo Chieffi, Paula Chieffi</i> BRAZIL IN THE COVID-19 PANDEMIC	257
<i>Lucio Romano, Mario De Curtis, Gianpaolo Donzelli, Grazia Zuffa</i> COVID-19: GRAVIDANZA E BAMBINI. ASPETTI CLINICI, PSICO-SOCIALI E BIOETICI	269
<i>Concetta Anna Dodaro</i> L'IMPATTO DELLA PANDEMIA SULLA CHIRURGIA DEI TRAPIANTI	285
<i>Federica Vallone, Maria Francesca Cattaneo Della Volta, Maria Clelia Zurlo</i> L'IMPATTO DELLA PANDEMIA DA COVID-19 SULLE CONDIZIONI DI SALUTE PSICOLOGICA DEGLI STUDENTI UNIVERSITARI: FATTORI DI RISCHIO E INDICAZIONI PER GLI INTERVENTI DI <i>COUNSELLING</i>	291
<i>Andreina Alferi, Pasqualina Buono</i> ATTIVITÀ FISICA BENESSERE E SALUTE AI TEMPI DEL COVID	307

APPENDICE

<i>José Ramón Salcedo Hernández</i> PRO HUMAN BIOLAW: BIOLAW AS GLOBAL TOOL FOR HUMAN RIGHTS PROTECTION EL BIODERECHO COMO HERRAMIENTA GLOBAL DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS	321
NOTIZIE SUGLI AUTORI	335

INTRODUZIONE

LORENZO CHIEFFI

LA PANDEMIA DA COVID-19 TRA CRISI DI SISTEMA E PROSPETTIVE DI RIPRESA

1. Premessa

Il volume raccoglie i risultati di un progetto di ricerca promosso dal Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (C.I.R.B.) di Napoli, dalla Regione Campania¹, oltre che dall'ERASMUS + Acción K2 programme 2019², per consentire l'approfondimento, secondo un modo di incidere interdisciplinare, delle molteplici questioni di ordine etico, giuridico ed economico sollevate dalla perdurante crisi pandemica da Covid-19 che, a distanza da un anno dal primo focolaio di Codogno, continua a mietere numerose vittime.

La collaborazione di studiosi provenienti dagli Atenei campani convenzionati con il C.I.R.B. e da altre Università straniere (albanesi, brasiliane, spagnole, uruguaiane) ha consentito un proficuo confronto tra esperienze diverse, seppure tutte accomunate da una identica emergenza sanitaria e di tipo socio/economico.

Nonostante i significativi progressi compiuti dalla scienza epidemiologica a seguito dei numerosi episodi che hanno interessato nel corso dei secoli diverse parti del globo terrestre³, la repentina circolazione del coronavirus ha messo a dura prova qualunque sistema sanitario, facendone emergere inadeguatezze strutturali e funzionali per l'affanno, mostrato soprattutto

-
- 1 Si tratta del progetto di ricerca 2019/2020 sul tema del "*Trasferimento di funzioni secondo il principio di differenziazione ex art. 116, 3° comma, Cost.*" promosso dalla Regione Campania in collaborazione con il Comitato di Coordinamento Regionale delle Università Campane (CUR).
 - 2 *El Bioderecho como herramienta global para la protección de los derechos humanos*, ERASMUS+Acción K2 de Desarrollo de Capacidades–Diseño Curricular (R8–Latinoamérica) Ref. 609979-EPP-1-2019-1-ES-EPPKA2-CBHE-JP.
 - 3 Per una analisi delle molteplici crisi epidemiche che hanno afflitto nel corso dei secoli il genere umano cfr. G. Silvestri, *Uomini e virus. Storia delle grandi battaglie del nostro sistema immunitario*, Milano, 2020.

nella prima fase della sua diffusione, nell'assicurare a tutti i contagiati adeguata e tempestiva assistenza.

Un difettoso coordinamento a livello internazionale, attraverso l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e a livello sovranazionale, da parte della Commissione europea, accompagnato da una scarsa consapevolezza mostrata dagli stessi governi nazionali della gravità del fenomeno virale, nonostante le notizie provenienti dalla Cina, ed in particolare da Wuhan, hanno certamente condizionato le capacità di reazione dei singoli sistemi sanitari.

Nell'evidenziare le fragilità degli apparati preposti alla prevenzione e cura delle patologie che ne sono derivate, l'emergenza sanitaria ha poi rappresentato una sorta di lente di ingrandimento di persistenti ritardi strutturali che hanno agevolato la diffusione del virus e, all'interno delle nostre società, dei divari tra gli stessi individui.

Alla ricerca delle cause di questa catastrofe umanitaria, numerose sono state le riflessioni, contenute nel volume, che sono giunte ad evidenziare come il progressivo deterioramento dell'*habitat* che ci circonda abbia rappresentato il terreno fertile dell'effetto *spillover* provocato dal passaggio del Covid-19 tra le diverse specie viventi.

Non meno significativo è stato l'approfondimento delle disuguaglianze, peraltro già presenti nel passato, provocate dall'emergenza sanitaria, a tutto danno delle popolazioni in via di sviluppo, prive di adeguati presidi assistenziali, e, in particolare, di quegli individui che a causa di una loro condizione di fragilità, in quanto anziani, disabili, immigrati, non sempre hanno potuto beneficiare di adeguati supporti terapeutici. Una scarsa maturazione di una "solidarietà collettiva", diretta a promuovere la "interdipendenza tra esseri umani", ha certamente rappresentato motivo di aggravamento di questo aumento delle distanze sociali in grado di accentuare "quelle esistenti"⁴.

Più recentemente, la stessa distribuzione dei vaccini, prodotti da multinazionali del farmaco in quantità non rispondente ai bisogni e alle attese, è stata ulteriore motivo di discriminazione tra le popolazioni per l'estrema difficoltà, soprattutto da parte di quelle più povere, di accedere, per ragioni economiche, al loro acquisto⁵.

4 Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, 28 maggio 2020, reperibile all'indirizzo <http://bioetica.governo.it/>, p. 3 e p. 6.

5 Nel momento in cui si scrive la difficoltà di accesso ha anche riguardato una parte degli Stati economicamente avanzati, a cominciare da quelli appartenenti alla UE, a causa di un'ulteriore discriminazione tra Paesi determinata da decisioni

Le conseguenze socio/economiche provocate da una lunga interruzione delle attività produttive sono state altrettanto foriere di disparità di cui hanno pagato le conseguenze soprattutto i lavoratori autonomi, a contratto, le cd. partite iva, e più in generale le donne costrette, per ragioni familiari, a dover rinunciare alle proprie principali fonti di reddito.

2. *La problematica selezione dei pazienti da sottoporre a terapia intensiva*

Numerosi contributi contenuti nel volume hanno affrontato la problematica, e per molti versi *tragica*, questione di una possibile selezione dei pazienti.

La prevedibile carenza di posti letto da destinare alle terapie sub-intensive e, soprattutto, a quelle intensive, rivelatesi assolutamente inadeguate a fronteggiare le fasi più critiche dell'epidemia, ha infatti condotto gli operatori sanitari ad una difficile scelta dei malati da avviare a questo tipo di assistenza specialistica attraverso il ricorso a criteri che sono stati al centro di un vivace dibattito bioetico.

L'irragionevolezza della soluzione paventata, seppure in modo alquanto equivoco e scivoloso, da una Raccomandazione della Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI)⁶, ave-

si trasferimenti delle dosi del vaccino da parte delle multinazionali del farmaco detentrici dei brevetti per la loro produzione. Da qui i provvedimenti di diniego all'esportazione del vaccino (prodotto, in particolare, da AstraZeneca) destinato all'Australia, da parte del Governo italiano, in applicazione del Regolamento di esecuzione Ue 2021/111 della Commissione, approvato il 30 gennaio 2021, che subordinava, previo parere di quest'ultima, "l'esportazione di taluni prodotti alla presentazione di un'autorizzazione di esportazione".

- 6 SIAARTI, *Raccomandazione di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*, 6 marzo 2020, p. 3, reperibile all'indirizzo <https://www.siaarti.it/>, che, considerata la "grave carenza (*shortage*) delle risorse sanitarie", giudicava corretto "puntare a garantire trattamenti di carattere intensivo ai pazienti con maggiore possibilità di successo terapeutico: si tratta dunque di privilegiare la 'maggiore speranza di vita'", senza ovviamente prescindere dalla stessa "'idoneità clinica' delle cure intensive". In particolare poi "la presenza di comorbidità e lo status funzionale" avrebbero dovuto "essere attentamente valutati, in aggiunta all'età anagrafica". Da qui l'esigenza di "porre un limite di età all'ingresso in TI. Non si tratta di compiere scelte meramente di valore, ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone".

va correttamente indotto il Comitato Nazionale per la Bioetica, in risposta alla stessa, a privilegiare il *criterio clinico* come quello più adeguato rispetto ad altri criteri di selezione quali “l’età, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l’appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi”, tutti ritenuti invece eticamente inaccettabili⁷.

Indipendentemente dalle caratteristiche anagrafiche, che avrebbero dovuto correttamente rappresentare soltanto uno dei parametri per l’elaborazione del protocollo terapeutico e non una preconditione per i suoi ulteriori sviluppi, sarebbe stato perciò compito del medico procedere all’individuazione del malato da assistere in terapia intensiva sulla base di una valutazione dell’efficacia di quest’ultima, in termini di proporzionalità del trattamento⁸.

Analoghi criteri di selezione, a garanzia della “eguaglianza tra le persone e l’equità di accesso ai trattamenti”, sono quelli delineati nel Documento congiunto elaborato, in seguito, dalla FNOMCeO e dalla stessa SIAARTI⁹, coerentemente ai principi di deontologia professionale, quali “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 situazioni di vulnerabilità”. Una loro utilizzazione congiunta, e certamente non separata, avrebbe potuto consentire al medico “l’uso ottimale delle risorse” a garanzia della “salvaguardia della sicurezza, dell’efficacia e dell’umanizzazione delle cure evitando ogni discriminazione”. In presenza poi di un perdurante “squilibrio tra necessità e risorse disponibili” si sarebbe data la precedenza, per l’accesso ai trattamenti intensivi, a quanti ne avessero ricavato “concreto, accettabile e duraturo beneficio”. In questa

7 Per il Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”*, 8 aprile 2020, p. 1, reperibile all’indirizzo <http://bioetica.governo.it>, il *triage di emergenza pandemica* dovrà essere basato sulla *preparedness*, appropriatezza clinica e attualità, attraverso una “valutazione individuale del paziente fisicamente presente nel pronto soccorso”.

8 Ogni paziente dovrebbe essere considerato, a giudizio del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, cit., p. 7, nella “globalità della sua situazione clinica, tenendo in considerazione tutti i necessari fattori di valutazione”: dal “grado di urgenza”, alla “gravità del quadro clinico in atto, comorbidità, quadro di terminalità a breve, ecc.”.

9 Documento congiunto, elaborato dalla FNOMCeO, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, e dalla SIAARTI, Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, 31 ottobre 2010, reperibile all’indirizzo <https://portale.fnomceo.it/>.

prospettiva, i criteri individuati da questo documento, da applicare in modo rigoroso, esplicito, concorrente, pure attraverso una loro integrazione e valutazione “caso per caso”, sarebbero stati: “la gravità del quadro clinico, le comorbidità, lo stato funzionale pregresso, l’impatto sulla persona dei potenziali effetti collaterali delle cure intensive, la conoscenza di espressioni di volontà precedenti nonché la stessa età biologica”.

Peraltro, l’esigenza di effettuare delle scelte di priorità, dei pazienti e delle patologie da cui sono affetti, non rappresenta una novità nel dibattito bioetico e biogiuridico, in presenza di un deterioramento del *welfare* sanitario. Il progressivo definanziamento di questo importante settore di intervento sociale, a seguito dei provvedimenti europei di *spending review* legati ad una incipiente crisi fiscale e debitoria degli Stati, aveva già in passato costretto questi ultimi ad operare una selezione delle prestazioni assistenziali erogabili e, conseguentemente, dei pazienti che vi avrebbero potuto accedere.

Tra i *paradossi* della medicina contemporanea¹⁰ è quindi da annoverare quello per cui, nonostante i progressi compiuti dalle tecniche di prevenzione e cura delle malattie, l’elevato costo di sofisticate tecnologie e rimedi farmacologici ne potrebbe impedire l’accesso a tutti i pazienti, mettendo in discussione la tenuta di alcuni principi di fondo del nostro ordinamento costituzionale, quali la solidarietà (art. 2) e l’eguaglianza di trattamento (art. 3).

Proprio la necessità di ridurre gli investimenti nel settore sanitario, per le ragioni di cui sopra, ha costretto gli Stati ad introdurre criteri di allocazione delle risorse, attraverso la definizione di priorità sanitarie fondate su specifici indicatori di qualità ed efficienza che potrebbero privare una parte della popolazione del sostegno del servizio pubblico.

In questa direzione sarebbe certamente contraria ad una qualunque interpretazione costituzionalmente orientata una irragionevole selezione delle priorità di tipo utilitarista, pure adottata da alcuni Paesi durante la pandemia¹¹ sul modello del *Qaly approach* progettato negli U.S.A., basata

10 Al riguardo si rinvia, per ulteriori approfondimenti, a L. Chieffi *I paradossi della medicina contemporanea*, in Idem, a cura, *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Torino, 2003, p. 16 ss.

11 Da notizie tratte da E. Molinari, *Virus. Usa, “niente respiratori per i disabili”*. Più di 10 Stati scelgono chi salvare, 25 marzo 2020, in www.avvenire.it, in alcuni Stati americani, come il Tennessee e il Minnesota, le persone affette da gravi patologie, come la atrofia muscolare spinale, la cirrosi epatica, le malattie polmonari, sarebbero state escluse dal ricovero in terapia intensiva. Il Michigan avrebbe, invece, dato “la precedenza ai lavoratori dei servizi essenziali”. Nello Stato di New York i medici sarebbero, stati, invece, “chiamati a valutare il livello

su una misurazione matematica, per ciascuna patologia, del rapporto costi/benefici, parametrato sugli anni di vita produttivi che rimangono al paziente, con l'effetto di escludere dall'assistenza sanitaria pubblica proprio la frazione di popolazione più anziana o afflitta da particolari disabilità.

Nel trascurare la "persona in quanto tale", un approccio di questo tipo basato esclusivamente sul "valore economico della persona (e del suo possibile recupero a fini lavorativi)" in quanto funzionale alla crescita della società, associato al "principio della qualità della vita"¹², sarebbe causa di inaccettabili e illegittime discriminazioni per alcuni pazienti.

3. La verticalizzazione politica della gestione della crisi sanitaria

Un diverso campo di indagine, preso in esame dalla ricerca che si introduce, è stato quello relativo alle modalità di gestione degli stati di emergenza, determinati, nel caso qui esaminato, da una pervasiva crisi sanitaria.

L'imprevedibile diffusione del virus, di intensità ed estensione sconosciute nel passato, ha certamente messo a dura prova i tradizionali processi decisionali, con l'effetto di portare allo scoperto la fragilità dei circuiti della rappresentanza politica che già da tempo avevano mostrato un evidente indebolimento.

L'interruzione, assai discutibile¹³, dei lavori decisa dalle Assemblee elettive nella primissima fase dell'emergenza, per la preoccupazione dei par-

di abilità fisica e intellettuale generale prima di intervenire, o meno, per salvare la vita", con l'effetto di suscitare "allarme delle associazioni di difesa dei disabili". In un documento congiunto adottato dalla Accademia Svizzera delle Scienze Mediche e dalla Società Svizzera di Medicina intensiva, *Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse, versione aggiornata 3.1 del 17 dicembre 2020*, p. 4, reperibile all'indirizzo <https://www.samw.ch/>, seppure veniva precisato che "l'età, una disabilità o una demenza" non potessero rappresentare, considerati isolatamente, criteri di selezione, dovendo essere respinta qualunque discriminazione contraria ai principi costituzionali di persone anziane, disabili o dementi, non si escludeva poi che la "fragilità dovuta all'età", in grado di comportare una "prognosi a breve termine non favorevole", potesse costituire un "criterio rilevante di cui tenere conto in caso di risorse insufficienti".

12 A. Bompiani, *L'economia sanitaria: criteri nell'allocazione delle risorse e problemi etici*, in E. Sgreccia-A.G. Spagnolo, a cura, *Etica e allocazione delle risorse nella sanità*, Milano, 1996, p. 162.

13 Per C. Tripodina, *La Costituzione al tempo del Coronavirus*, 31 marzo 2020, in *Costituzionalismo.it*, n. 1/2020, p. 85, "nello stato d'emergenza, la democrazia rappresentativa costituisce un bene primario, un servizio essenziale che non

lamentari di subire il contagio¹⁴, induceva inevitabilmente ad una gestione verticistica della crisi¹⁵, sia pure nel rispetto della strumentazione offerta dal nostro Testo fondamentale in grado di indicare “alle istituzioni e ai cittadini la bussola necessaria a navigare ‘per l’alto mare aperto’ dell’emergenza e del dopo-emergenza che ci attende”¹⁶.

A seguito della dichiarazione dello stato di emergenza nazionale, adottata con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, proprio la presenza di una grave crisi pandemica, certamente riconducibile ai casi straordinari di necessità e di urgenza di cui all’art. 77 Cost., conduceva inesorabilmente ad un impiego di decreti legge, di DPCM e delle ordinanze della protezione civile (d. lgs. n. 1/2018¹⁷) che, in nessun caso, avrebbe potuto provocare ingiustificate “deroghe al sistema dei poteri costituzionali” e la “sospensione dei principi costituzionali”¹⁸. La necessità di provvedere in modo tempestivo alle dolorose conseguenze prodotte dalla emergenza non avrebbe potuto invero giustificare una compressione degli inderogabili presidi di fondo del costituzionalismo democratico informato ai principi di

può essere dismesso, non meno del servizio sanitario nazionale; i parlamentari devono restare ‘in trincea’, non meno dei medici e personale sanitario”. Per lo stesso G. Azzariti, *Il diritto costituzionale d’eccezione*, in *Costituzionalismo.it*, n. 1/2020, p. IV, “è difficile accettare l’idea che rimangano aperti i servizi pubblici essenziali (ospedali, farmacie, alimentari, imprese produttive necessarie, persino le tabaccherie) e non si riesca a garantire un modo per assicurare, nel rispetto delle norme di sicurezza e di quelle politiche, la continuità dell’organo vitale della democrazia rappresentativa”.

- 14 Al punto da indurre taluni ad ipotizzare il ricorso a riunioni e a votazioni da remoto proprio per assicurare continuità al funzionamento di questo organo costituzionale. La scelta di autorizzare la presenza a ranghi ridotti dei suoi componenti, nel rispetto della proporzionalità dei gruppi parlamentari, ha poi consentito in seguito, in presenza del distanziamento, lo svolgimento regolare dei lavori.
- 15 L'imprevedibilità e rapidità di diffusione di questa epidemia conduceva inesorabilmente ad un'accelerazione dei consueti ritmi della politica. In questi frangenti, invero, “serve rapidità nelle decisioni, tempestività, flessibilità, chiarezza nella catena di comando, centralizzazione del flusso delle informazioni ufficiali. La crisi verticalizza il meccanismo decisionale, mette il governo direttamente di fronte ai cittadini, personalizza nel leader la domanda di sicurezza, porta la popolazione a raccogliere le sue libertà attorno al potere legittimo”: E. Mauro, *L'abuso dell'emergenza*, 31 marzo 2020, in www.repubblica.it.
- 16 M. Cartabia, *Relazione annuale sull'attività della Corte del 2019*, 28 aprile 2020, p. 25, reperibile all'indirizzo internet <https://www.cortecostituzionale.it/>.
- 17 Decreto legislativo n. 1 del 2 gennaio 2018, Codice della Protezione Civile.
- 18 Cfr. V. Onida, *Costituzione e Coronavirus: La democrazia nel tempo dell'emergenza*, edizione del Kindle, Milano, 2020, p. 10.

legalità e dello Stato di diritto¹⁹. Il previo coordinamento con il Comitato tecnico-scientifico, da cui ricavare gli opportuni parametri per fronteggiare l'epidemia, avrebbe poi consentito al decisore politico, l'unico responsabile nei confronti del *demos*, di adottare le indispensabili misure, nel rispetto dei meccanismi procedurali consentiti dalla Costituzione.

Nonostante alcune forzature cui è pervenuto l'organo esecutivo, non sempre in linea con una rigorosa applicazione del principio di legalità e della riserva di legge²⁰, a seguito dell'adozione di decreti legge *in bianco* o a *maglie larghe*²¹ e di un sovrabbondante impiego dei DPCM²², l'eccezionalità della contingenza sanitaria, culminata tra i mesi di marzo e aprile 2020 in un rigido *lookdown*, avrebbe certamente giustificato proporzionate e temporanee deroghe al consueto sviluppo dei rapporti tra Parlamento e Governo²³. La temporaneità della vigenza dei DPCM, adottati in esecuzio-

19 Cfr. V. Onida, op. ult. cit., p. 8.

20 Posta a garanzia del controllo politico da parte del Parlamento, in sede di conversione del decreto legge in legge, e di costituzionalità da parte della Corte Costituzionale. Per G. Di Cosimo, *Tra decreti e decreti: l'importanza di usare lo strumento giusto*, 22 aprile 2020, in *lacostituzione.info*, "l'art. 2 del d. l. 6/2020 è incostituzionale perché non circoscrive il potere che si concede al dpcm violando il principio di legalità sostanziale".

21 Come il d.l. n. 6 del 23 febbraio 2020, convertito con modificazioni dalla legge 5 marzo 2020, n. 13.

22 Le cui prescrizioni, sindacabili per la loro legittimità dal giudice amministrativo, non apparivano sempre riconducibili ad una fonte primaria pur interferendo sensibilmente sull'esercizio delle libertà fondamentali: cfr. M. Calamo Specchia, A. Lucarelli, F. Salmoni, *Sistema normativo delle fonti nel governo giuridico della pandemia. Illegittimità diffuse e strumenti di tutela*, in *Rivista AIC*, 23 febbraio 2021, n. 1/2021.

23 Per V. Onida, *Costituzione e Coronavirus: La democrazia nel tempo dell'emergenza*, op. cit., p.18, il ricorso ai DPCM non rappresentava affatto "un'anomalia, se non altro perché per legge il presidente del Consiglio è l'*autorità nazionale di Protezione civile* e il titolare delle politiche in materia (articolo 3 del decreto legislativo n. 1 del 2018). Che poi i suoi provvedimenti si chiamino 'decreti' invece che 'ordinanze' non cambia la sostanza: sono sempre provvedimenti adottati in relazione a una specifica situazione di emergenza sanitaria e al suo evolversi nel tempo, sostanzialmente assimilabili alle ordinanze di urgenza". Per l'allora Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte (*Lectio Magistralis* tenuta presso l'Università di Firenze il 25 febbraio 2021 e reperibile all'indirizzo <http://firenze.Repubblica.it>) la difficoltà, nel frangente emergenziale della prima ondata, avrebbe impedito l'affidamento della "intera regolamentazione ai soli decreti legge" in considerazione dell'imprevedibilità dell'evoluzione pandemica che costringeva "a intervenire svariate volte anche a distanza di pochi giorni" senza poter attendere la conversione che sarebbe poi sopraggiunta, "il più delle volte, a effetti ormai esauriti o comunque superati dal successivo decreto". Il ricorso

ne a prescrizioni contenute nei decreti legge per contenere la circolazione della pandemia, ne faceva infatti lo strumento più adatto proprio per una loro maggiore agibilità e duttilità di impiego²⁴.

La necessità di provvedere in tempi rapidi, per le difficoltà incontrate da ospedali e da cimiteri a contenere la pressione dei numerosi malati e vittime²⁵ da coronavirus, induceva il *manovratore*, a costo pure di qualche sbavatura, ad adottare provvedimenti *extra ordinem* “meramente attributivi di potere”, pur essendo talvolta privi di una adeguata “delimitazione di forma e di contenuto”²⁶.

Per quanto possa essere criticato questo eccessivo ricorso a provvedimenti governativi, appare tuttavia inspiegabile la polemica innescata da parte di una dottrina che intravedeva nella progressiva concentrazione del potere in capo al Consiglio dei Ministri e al suo Presidente il pericolo di una “instaurazione di un puro e semplice terrore sanitario” causata dalla “più lunga sospensione della legalità nella storia del Paese”²⁷, in grado di inne-

al decreto del Presidente del Consiglio, adottato su proposta del Ministro della salute, sentito il parere delle Regioni e degli altri Ministri competenti, era perciò giustificato “dalla necessità di dotarsi di uno strumento particolarmente agile, in modo da intervenire prontamente in base all’evoluzione del contagio”.

24 Cfr. U. De Siervo, *Il contenimento di Covid-19: interpretazioni e Costituzione*, Modena, 2021, p. 14.

25 Visivamente rappresentata, nella sua tragicità, dal lungo corteo di carri militari che trasferivano centinaia di salme in altre Regioni. Il loro elevato numero ne impediva l’ospitalità nel cimitero di Bergamo.

26 G. Silvestri, *Covid 19 e Costituzione*, 4 ottobre 2020, reperibile all’indirizzo <https://www.unicost.eu/>. Per lo stesso U. De Siervo, *Il contenimento di Covid-19: interpretazioni e Costituzione*, cit., p. 29, il d. l. n. 6 del 2020 appariva «di assai dubbia costituzionalità relativamente ad alcuni importanti aspetti della sua disciplina» che conteneva «palesi e vistose elusioni della necessaria determinatezza delle norme che attribuiscono eccezionali poteri alle ‘autorità competenti’», violando chiaramente “il regime giuridico relativo al principio di legalità e alla derogabilità dello stesso dettato costituzionale in situazioni di emergenza, che esige anzitutto la previa individuazione delle materie derogabili”.

27 G. Agamben, *A che punto siamo ? L’epidemia come politica*, Macerata, 2020, p. 13. Questo Autore perveniva addirittura a paragonare le parole pronunciate dal Presidente del Consiglio dei Ministri e dal Capo della protezione civile a “quelle del Führer”. L’esercizio dei poteri di eccezione avrebbe poi determinato un “uso sconsigliato dei decreti d’urgenza” che avrebbero condotto all’adozione di misure restrittive prive “di ogni legalità, (...) che nemmeno il fascismo aveva mai sognato di poter imporre (p. 50)”. Accanto ad “una inaudita manipolazione delle libertà di ciascuno” sarebbe stata realizzata, con i decreti ministeriali adottati durante la Fase 2 della pandemia, “una gigantesca operazione di falsificazione della verità (p. 65)”.

scare una deriva autoritaria, difficilmente superabile al termine della crisi pandemica.

La limitazione, e certamente non sospensione, consentita da queste misure emergenziali, anche di tipo amministrativo²⁸, della libertà di movimento e, più in generale, della vita di relazione²⁹, non giustificabile in condizioni di vita ordinaria, avrebbe trovato infatti conferma e legittimazione in una successiva legge di conversione in ossequio alle garanzie procedurali, tipiche di una democrazia rappresentativa, contenute nel nostro testo costituzionale.

L'esigenza di garantire le necessarie condizioni che consentissero di ridurre la diffusione dell'epidemia³⁰, e per ciò stesso la salvaguardia della salute collettiva, aveva cioè ragionevolmente condotto alla compressione di molteplici libertà dell'individuo di disporre autonomamente della propria esistenza, anche in considerazione delle garanzie offerte dal sistema per porre rimedio ad un eventuale abuso dei poteri emergenziali. Il rispetto della temporaneità e proporzionalità delle misure limitative dell'esercizio della libertà di circolazione, di riunione, di culto, ecc., oltre che di quelle economiche, per il periodo della crisi sanitaria, sarebbe stato infatti, in ogni caso, sottoposto al controllo dei giudici ordinari o amministrativi e della stessa Consulta in sede di giudizio di costituzionalità della legge di conversione dei decreti legge o di eventuali conflitti di attribuzione sollevati in presenza di un irrituale

28 A giudizio di V. Onida, *Costituzione e Coronavirus: La democrazia nel tempo dell'emergenza*, op. cit., p. 25, "fuori dalle ipotesi in cui vale il principio di stretta legalità (come per i reati e le pene), la legge può consentire che i diritti subiscano limitazioni anche a opera di provvedimenti amministrativi previsti e regolati dalla stessa legge, quindi anche di provvedimenti 'contingibili e urgenti' adottati per far fronte a situazioni di emergenza, a salvaguardia di essenziali interessi collettivi".

29 Per A. Morelli, *Il re del piccolo principe ai tempi del coronavirus. Qualche riflessione su ordine istituzionale e principio di ragionevolezza nello stato di emergenza*, 4 aprile 2020, in *Diritti regionali. Rivista di diritto delle autonomie territoriali*, n. 1/2020, p. 534, "la minaccia che incombe" sulla tutela della salute "è talmente grave da giustificare misure anche fortemente restrittive (purché temporanee) degli altri diritti fondamentali. E', dunque, l'entità del pericolo, non il valore del bene tutelato, a legittimare il temporaneo sacrificio di altri beni".

30 Che induce U. De Siervo, *Il contenimento di Covid-19: interpretazioni e Costituzione*, op. cit., p. 10, a «rifuggire da (pur diffuse) generiche affermazioni sull'esistenza di gravissimi attentati alle libertà personali o sul radicale stravolgimento che sarebbe intervenuto nel nostro assetto costituzionale».

impiego di atti di natura regolamentare (DPCM, DM, ordinanze della protezione civile)³¹.

4. *La gestione unitaria della crisi sanitaria*

Non meno significativo è stato poi l'approfondimento, da parte di altri studiosi, del difficile rapporto tra Stato e Regioni che già in passato evidenziava segni di grande sofferenza in considerazione di un'elevata litigiosità tra questi enti, motivo di una significativa giurisprudenza costituzionale.

L'eccessiva frammentazione della gestione del servizio sanitario all'interno del nostro Paese, ulteriormente approfondita durante la crisi pandemica, ha certamente rappresentato la principale causa di questa conflittualità.

A fronte degli indirizzi contenuti nei provvedimenti governativi, siano essi decreti legge che DPCM, hanno invero fatto seguito, soprattutto nella prima fase dell'emergenza, decisioni regionali, a seconda dei casi, maggiormente restrittive, quando non addirittura ampliative³², associate a frequenti cambiamenti di rotta³³, che rivelavano un "quadro a volte caotico"³⁴ in grado di alimentare confusione nella popolazione per lo stato di incertezza che ne derivava³⁵.

Soprattutto a causa dei ritardi e di una certa indeterminatezza degli interventi del Governo³⁶, non mancavano comportamenti elusivi di alcune

31 Cfr. V. Onida, *Costituzione e Coronavirus: La democrazia nel tempo dell'emergenza*, cit., p. 16.

32 In contrasto con quanto stabilito dall'art. 1, c. 2, lett. v) del d. l. n. 19 del 2020, il Presidente della Regione Calabria, ad esempio, emanava un'ordinanza (n. 37 del 29 aprile 2020) con la quale disponeva "la ripresa delle attività di bar, pasticcerie, ristoranti, pizzerie, agriturismo con somministrazione esclusiva attraverso il servizio con tavoli all'aperto". Analoghi allentamenti erano disposti da altre Regioni e dalla stessa Provincia di Bolzano con la l. prov. n. 4/2020.

33 Generalmente determinati dalla presenza di "differenti livelli di contagio a livello locale": S. Marbellini, *L'emergenza sanitaria e il puzzle della gestione territorialmente differenziata*, 4 giugno 2020, reperibile all'indirizzo <https://www.diritticomparati.it/>.

34 E. Carloni, *La crisi coronavirus come problema di geografia amministrativa*, 12 maggio 2020, reperibile all'indirizzo <https://www.lacostituzione.info/>.

35 M. Luciani, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, in *Rivista AIC*, n. 2/2020, all'indirizzo <https://www.rivistaaic.it/>, p. 135.

36 Che, ad esempio, pur consentendo alle Regioni più colpite dall'epidemia misure maggiormente restrittive, attraverso l'art. 3 del d. l. n. 19 del 25 marzo 2020, facevano invece salvi, per ragioni di opportunità politica, gli effetti prodotti da ordinanze regionali che avevano, in altra direzione, violato i limiti in precedenza

Regioni, in disaccordo con le restrizioni introdotte a livello centrale, attraverso una male accorta interpretazione dei propri ambiti di autonomia. La successiva impugnazione da parte del Governo di anomale ordinanze regionali ne determinava, in non pochi casi, l'annullamento da parte del giudice amministrativo.

Lo stesso avvio della somministrazione dei vaccini, che ha lasciato inizialmente le Regioni libere di decidere priorità e categorie da privilegiare, ha rappresentato un altro chiaro esempio dell'inadeguato coordinamento con gli indirizzi governativi. Le differenti graduatorie elaborate da questi enti territoriali, causa di disparità di trattamento, nonostante la presenza di analoghe condizioni personali (anagrafiche, professionali, ecc.), finivano per condizionare l'accesso al rimedio epidemiologico al luogo di residenza dell'interessato.

Con l'intento di fare chiarezza sulla ripartizione delle competenze tra questi diversi livelli di autonomia, la Corte Costituzionale, chiamata da ultimo a giudicare la legittimità di una legge della Regione Valle d'Aosta, n. 11 del 2021, ha escluso³⁷, attraverso una sorta di *chiamata in sussidiarietà*, che tale ente possa "invadere con una propria disciplina una materia affidata interamente alla competenza esclusiva statale in tema di profilassi internazionale (art. 117, secondo comma, lettera q, Cost.), di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali

imposti dal Governo. Sul punto cfr. M. Luciani, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, *ibidem*.

- 37 Cfr. Corte Cost. ord. 4/2021 che sospendeva l'efficacia della legge della Regione Valle d'Aosta 9 dicembre 2020, n. 11. La Corte si pronunciava definitivamente sulla questione con la successiva sent. n. 37 del 24 febbraio 2021, con la quale dichiarava la illegittimità costituzionale degli artt. 1, 2, e 4, commi 1, 2 e 3 di questa legge regionale recante "Misure di contenimento della diffusione del virus SARS-COV-2 nelle attività sociali ed economiche della Regione autonoma Valle d'Aosta in relazione allo stato d'emergenza". Per questo giudice "a fronte di malattie altamente contagiose in grado di diffondersi a livello globale, 'ragioni logiche, prima che giuridiche' (sentenza n. 5 del 2018) radicano nell'ordinamento costituzionale l'esigenza di una disciplina unitaria, di carattere nazionale, idonea a preservare l'uguaglianza delle persone nell'esercizio del fondamentale diritto alla salute e a tutelare contemporaneamente l'interesse della collettività (sentenze n. 169 del 2017, n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002)". Non di meno, "è infatti pacifico che la competenza statale esclusiva in materia di 'profilassi internazionale' si imponga anche alla Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, atteso che essa non può vantare alcuna attribuzione statutaria avente simile oggetto. Il titolo per normare attivato dal legislatore statale in forza dell'art. 117, secondo comma, lettera q), Cost. corrisponde, infatti, ad una sfera di competenza che lo Stato già deteneva, nei confronti della Regione, prima ancora dell'entrata in vigore del nuovo Titolo V della Parte II della Costituzione".

(art. 117, secondo comma, lettera m, Cost.), oltre che a principi fondamentali della materia tutela della salute, tali da imporsi anche all'autonomia speciale”.

Senza affatto trascurare la leale collaborazione tra Stato e Regioni, indispensabile per una corretta gestione della emergenza, l'intervento del primo, a fini di coordinamento delle misure da adottare e di promozione della solidarietà, avrebbe l'effetto di evitare una eccessiva polverizzazione dei provvedimenti regolatori che potrebbero condurre a situazioni di discriminazione fra individui in considerazione della loro residenza³⁸.

Nonostante la presenza di posizioni contrarie agli indirizzi governativi manifestate da alcuni Presidenti di Regioni, soltanto una visione unitaria dell'emergenza avrebbe consentito, soprattutto nella prima fase della crisi, di fronteggiare, attraverso il provvedimento di *lookdown* rigido³⁹, il dilagare del contagio in grado di provocare, nei territori privi di adeguati reparti di terapia intensiva, per lo più localizzati nel nostro Mezzogiorno, una situazione di difficile gestione.

Il successivo ricorso al sistema della differenziazione delle restrizioni territoriali, grazie all'impiego di una distinta colorazione di questi enti (che va dal bianco, al giallo, all'arancione, all'arancione rafforzato, fino al rosso) ha poi permesso al Governo, sulla base di periodiche rilevazioni epidemiologiche elaborate dalla Commissione tecnico/scientifica, di conformare le misure restrittive al grado di diffusione del virus, riducendo in tal modo le irragionevolezzae derivanti dall'adozione di provvedimenti uniformi. Quanto precede non ha, tuttavia, impedito ai Presidenti delle Regioni di adottare misure maggiormente restrittive⁴⁰ rispetto a quelle introdotte dal Governo centrale, in modo da adattare le ordinanze alle caratteristiche epidemiologiche dei rispettivi territori, offrendo alla collettività “risposte più efficaci e tempestive”⁴¹.

38 Cfr. C. Pinelli, *Il precario assetto delle fonti impiegate nell'emergenza sanitaria e gli squilibrati rapporti fra Stato e Regioni*, 29 aprile 2020, in *Amministrazione in cammino*, p. 7.

39 Cui si giungeva attraverso il d.l. n. 6 del 23 febbraio 2020, al quale faceva poi seguito il d.l. n. 19 del 25 marzo 2020.

40 Consentite dall'art. 3.1 del d. l. n. 19 del 25 marzo 2020, convertito con modificazioni nella legge n. 35 del 22 maggio 2020.

41 G. Boggiero, *Le “more” dell'adozione dei DPCM sono “ghiotte” per le Regioni. Prime osservazioni sull'intreccio di poteri normativi tra Stato e Regioni in tema di Covid-19*, 21 marzo 2020, in *Diritti regionali. Rivista di diritto delle autonomie territoriali*, n. 1/2020, p. 366.

5. *Considerazioni conclusive. La spinta offerta dalla crisi epidemiologica per una riforma del Sistema Sanitario Nazionale*

La crisi pandemica, alla pari di qualunque altro evento traumatico, come potrebbe essere una guerra, un terremoto, un *default* economico, che abbia rappresentato una cesura al normale incedere della vita di relazione, potrebbe fornire valide motivazioni per una successiva ripartenza e rinnovamento delle nostre società.

Pur non dovendo essere trascurata la necessaria verifica delle responsabilità che hanno creato terreno fertile per l'aggravamento della crisi sanitaria e l'approfondimento delle disuguaglianze⁴², l'impegno del Governo dovrà essere in primo luogo indirizzato, una volta cessato il picco epidemiologico, a porre rimedio alle evidenti inadeguatezze del sistema sanitario nazionale che ne hanno impedito la tempestiva reazione alla diffusione del virus.

Senza affatto dismettere la gestione decentrata del servizio sanitario, tale riforma non potrebbe certamente trascurare un forte coordinamento dal centro che, a prescindere dalle situazioni emergenziali, possa consentire di recuperare gli obiettivi universalistici della legge n. 833 del 1978, riducendo quel senso di frammentazione conosciuto negli ultimi anni, per la presenza di venti sistemi sanitari regionali, ulteriormente approfondito durante la pandemia.

Una uniformizzazione degli indirizzi di fondo, funzionale al coordinamento del servizio sanitario nei territori locali, dovrebbe poi essere accompagnata da una rivalutazione dell'intervento pubblico in questo importante settore del *welfare*, sempre più caratterizzato negli ultimi decenni⁴³ da un processo di aziendalizzazione e privatizzazione del servizio, in ossequio ai precetti cari alle teorie neolibéristiche e economicistiche.

42 La diffusione dell'epidemia da coronavirus ha fatto emergere inadeguatezze e inefficienze di vario tipo: per l'incapacità mostrata dagli organismi internazionali (come l'ONU o l'OMS) a prevenire le cause ambientali e sanitarie che hanno agevolato la rapida diffusione del virus; per l'atteggiamento negazionista mostrato da alcuni leader politici, da Boris Johnson, nella prima fase della pandemia, a Jair Bolsonaro, che non sembra aver mai cambiato la propria opinione; per la mancata riduzione, riscontrabile nel nostro Paese, delle persistenti disparità, tra le varie parti del territorio, della garanzia di adeguati livelli di assistenza sanitaria.

43 A cominciare dalle riforme introdotte con i decreti legislativi n. 502/1992, n. 517/1993 e n. 229/1999 (cd. *riforma ter*) e, successivamente, a seguito della revisione del Titolo V, dai decreti legislativi attuativi (a cominciare dal n. 87/2011) della legge sul federalismo fiscale n. 42/2009.

La necessità di rinvenire una giusta sintesi tra gli obiettivi di produttività, da una parte, e di equità sostanziale, dall'altra, non dovrà far perdere di vista la funzione sociale svolta dallo Stato a salvaguardia delle categorie più fragili per caratteristiche psico-fisiche o per incapienza economica, risultate ancora più penalizzate durante il periodo emergenziale.

Oltre a dover prestare la dovuta attenzione al rafforzamento dei presidi della medicina intensiva e delle catastrofi, fondamentali nei periodi di crisi, non secondario dovrà essere l'impegno diretto ad assicurare la giusta valorizzazione dell'importante ruolo della medicina della prevenzione e territoriale, risultata ampiamente deficitaria, attraverso l'incremento dei luoghi deputati all'assistenza degli anziani (RSA), dei disabili (RSD), degli immigrati, dei minori, ecc.

A conferma della necessità dello sviluppo di questi servizi sono pure le recenti dichiarazioni programmatiche illustrate dal Presidente del Consiglio alle due Camere per ottenerne la fiducia⁴⁴. Per Mario Draghi, invero, obiettivo prioritario della riforma da introdurre è proprio quello di "rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale realizzando una forte rete di servizi di base (case di comunità, ospedali di comunità, consultori, centri di salute mentale, centri di prossimità contro la povertà sanitaria)", in modo da rendere "realmente esigibili i 'livelli essenziali di assistenza'". Solo attraverso un maggior dialogo tra la medicina di base e quella ospedaliera potranno essere, infatti, poste le premesse per una sanità inclusiva ed economicamente sostenibile, in grado, sin dalle prime fasi, di indirizzare il paziente verso un'assistenza più idonea ai suoi bisogni terapeutici. La progressiva digitalizzazione di questo ambito dei pubblici servizi e il ricorso alla telemedicina potrebbero certamente concorrere, nel rispetto ovviamente della riservatezza dei dati sensibili raccolti, al miglioramento degli standard di efficienza.

Gli ingenti finanziamenti europei destinati al settore sanitario (dal Meccanismo europeo di stabilità, fino al *NextGenerationEu*, comprensivo del *Recovery Fund*) potrebbero rappresentare, in questa prospettiva, una importante opportunità di cui, analogamente agli altri Stati membri, anche il nostro Paese dovrebbe coglierne appieno i possibili vantaggi.

Durante la correzione delle bozze del volume è sopraggiunta la triste e inaspettata notizia della morte della Prof.ssa Concetta Dodaro, docente in

44 In data 17 febbraio 2021, reperibili all'indirizzo <https://www.governo.it/>.

Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche presso la Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, autrice di un pregevole saggio contenuto nel Tomo I. Pur non avendo personalmente conosciuto l'Illustre Collega, di cui sono unanimi gli apprezzamenti per l'impegno didattico oltre che scientifico profuso nello svolgimento delle attività accademiche, frequente era stato invece lo scambio epistolare nel corso della elaborazione del progetto di ricerca. Il forte impatto provocato dalla epidemia da coronavirus sulla nostra vita quotidiana aveva rappresentato per tutti noi un sicuro stimolo all'approfondimento delle questioni di tipo bioetico che ne sarebbero derivate. Lo scambio di corrispondenza, cui eravamo costretti a causa del distanziamento imposto dai provvedimenti emergenziali, confermava una particolare attenzione riservata dalla Prof. ssa Dodaro per questo tipo di indagine come era dalla stessa espressamente manifestato in una e-mail nella quale dichiarava la "piena disponibilità, a partecipare, a gruppi di ricerca, su aspetti specifici e su risvolti di carattere bioetico, relativi alla crisi da Covid-19". Il suo saggio, contenuto in questa opera, vuole quindi testimoniare l'importante apporto da Lei offerto alla comunità scientifica per l'analisi dell'impatto della pandemia sulla chirurgia dei trapianti, di assoluto interesse per portare alla luce le difficoltà incontrate nell'esercizio quotidiano della nobile arte ippocratica.

LA CRISI PANDEMICA AL VAGLIO
DELLA BIOETICA, DELLA BIOPOLITICA
E DELLA BIOECONOMIA

ROSSELLA BONITO OLIVA

IL SIGNIFICATO DELLA CURA NELL'EMERGENZA: L'EVANESCENZA DELL'ESPERIENZA DIRETTA DELLA SOFFERENZA E IL POTERE DELL'INFORMAZIONE

1. C'è da chiedersi se mai potremo giungere alle conclusioni del dottor Rieux alla fine dell'epidemia di peste che colpisce la tranquilla città di Orano in Algeria: non era una vittoria definitiva quella raggiunta, ma solo la testimonianza di tutto quanto si era dovuto mettere in atto da parte di uomini che contro il terrore non scelgono la via della santità e nemmeno ammettono i “flagelli”, limitandosi “a essere medici”¹. Il bacillo della “peste”, infatti, si nasconde dovunque e può risvegliarsi da un momento all'altro. Il medico dei corpi e il medico delle anime devono farne oggetto di osservazione e di cura mantenendo l'attenzione sulla condizione umana, su quel perenne affacciarsi contro il “terrore” giunto al culmine per il diffondersi della morte a cui sembra difficile dare un nome divino o umano².

Altri tempi quelli narrati da Camus rispetto a quelli messi sotto osservazione da Alessandro Manzoni in cui al di là del dettaglio storico, rimane la convergenza che fa dell'evento storicamente inquadrato l'occasione per una riflessione sull'umano fluttuare tra la preghiera e la fuga, tra la ricerca di un'origine extraumana e la demonizzazione di colpevoli dinanzi all'imprevedibile³. Non è solo un “ricorso” nella storia dei fatti, ma anche il reiterarsi dell'effetto del dilagare della paura che stenta a trovare un oggetto, risvegliata allora, come ai nostri giorni, dalla pandemia da Covid 19.

Pandemia è più di un'epidemia, porta in sé l'eco della globalizzazione, ha una forza d'urto incredibilmente più ampia di una città – Orano o Milano – rafforzando l'effetto di sbilanciamento sulle nostre vite, rompendo improvvisamente la routine della vita ordinaria, mettendo in luce la fragilità dei nostri corpi, ricordando il nostro *status* di viventi tra viventi che abitano il pianeta terra: un quasi vivente si è insediato nel nostro corpo come un

1 A. Camus *La peste*, tr. it., Milano 1974p. 220.

2 Cfr. L. Sciascia, *nota* a A. Manzoni, *La colonna infame*, Palermo 2020, pp. 169-190.

3 Cfr. A. Manzoni, *Storia della colonna infame*, ed. cit.

parassita che sconvolge il nostro ritmo biologico⁴. Al di là delle immagini che lo rappresentano, sembra seguire un movimento liquido, si muove per successive ondate e mette alla prova da un lato la scienza impegnata a decifrare l'andamento di un virus SARS diverso da quelli conosciuti e dall'altro le istituzioni, nazionali e internazionali, impegnate a concertare disposizioni a tutela della salute e a sostegno della sanità. Le armi della scienza, delle istituzioni, dell'economia che regolano la vita quotidiana di milioni d'individui sulla superficie del globo appaiono insufficienti a combattere questa microvita: gli scienziati sembrano schiacciati in un conflitto di opinioni discordanti, le istituzioni dei paesi democratici sono combattute tra la tutela della salute collettiva e la tutela dei diritti dei singoli, l'economia è costretta a ripensare i principi del liberismo per l'impossibilità di assicurare l'attività produttiva e il ciclo dei consumi. Alla fine nonostante ogni sforzo ci scopriamo "antiquati" e nudi dopo aver remato in direzione del progresso, dopo aver escogitato abiti con cui abbiamo rivestito e protetto le nostre vite, riportati al valore più elementare della sopravvivenza per cui mancano difese adeguate.

La capacità di diffusione e di riproduzione del virus, il passaggio tra specie animali diverse e da uomo a uomo, la possibilità che rimanga "dormiente" nei rifiuti di macelli e allevamenti intensivi e altre condizioni favorevoli alla sua sopravvivenza e contagiosità ascrivibili a una dissennata politica dell'ambiente adottata dagli uomini, non richiama le responsabilità umane verso la politica ambientale, o almeno non sembra in questo momento di emergenza favorire un'autocritica in questa direzione⁵. Non è più possibile appellarsi ai castighi di Dio e nemmeno dare la caccia a untori d'occasione. L'impatto globale rende difficile ricostruire tutti gli anelli della cate-

4 I virus sono definiti "parassiti obbligati" in quanto hanno bisogno di insediarsi in altri organismi per riprodursi. La metafora del parassita è stata utilizzata da M. Serres, cfr. Id., *Le parasite*, Paris, 1980,: " Il parassita è un operatore differenziale del cambiamento. Egli eccita lo stato di un sistema" (p. 352), sempre lo stesso autore a proposito del parassita scrive: "Chiamiamo 'parassita' uno degli animali che meglio si è adattato a questo spazio-tempo intermedio; vi abita, vi circola, vi prospera [...] Il Parassita intercetta [...] cibo, calore, le condizioni generali per la sopravvivenza" in Id., *Il mancino zoppo. Dal metodo non nasce niente*, tr. it., Torino, 2016).

5 Il termine è utilizzato da G. Anders per descrivere questa forma di subalternità dell'uomo e di conseguente sentimento di vergogna che segna la condizione dell'uomo a partire dalla seconda rivoluzione industriale. Mondo in cui i nuovi mezzi di comunicazione sono strumento fondamentale di una fantasmizzazione del mondo, cfr. Id. *L'uomo è antiquato. I. Considerazioni sull'anima nell'epoca della seconda rivoluzione industriale*, tr. it., Torino, 2003, in part. pp. 123-208.

na di diffusione e l'asimmetria tra la validità universale delle conoscenze, l'andamento transnazionale dell'economia e la difficoltà di dialogo "tra" e "all'interno" degli Stati producono un *impasse* che scatena disorientamento negli individui, canalizzando il disagio crescente per l'accentuarsi delle disuguaglianze intranazionali e internazionali, per gli effetti disastrosi dell'inquinamento ambientale, per quella condizione di insicurezza generalizzata che segna il nostro tempo⁶. Una sintomatologia sottovalutata che l'emergenza della pandemia mette a nudo, srotolando dinanzi ai nostri occhi i segni di una catastrofe a cui sembra al momento mancare anche quell'effetto catartico del capovolgimento e del cambiamento⁷. Cercheremo perciò di ragionare a partire da questa esperienza, mettendo a fuoco le forme attraverso le quali in maniera diretta o indiretta abbiamo vissuto e re-agito all'epidemia nell'intreccio tra paura e volontà di sopravvivenza la cui trama è disegnata dal rapporto tra individuale e sociale.

Sfondo e orizzonte di questo percorso è il desiderio comune a tutti e sempre più esteso di trovare ragioni di speranza a sostegno della vita umana, messa a dura prova da questa pandemia. Desiderio di vivere, ma soprattutto desiderio di metabolizzare la paura in vista di una strategia per il futuro non solo immediato della vita umana, perché quanto accaduto non accada mai più – non certo la malattia o l'epidemia – nella forma di un rischio planetario per la salute e la dignità dell'umanità tutta⁸. Non è nelle nostre corde costruire una narrazione che restituisca la drammatica attualità di questa pandemia sull'esempio di Camus e il nostro tempo non è quello del disordine culturale che fa della peste di Milano un caso paradigmatico dei danni della superstizione e della ignoranza. Siamo stati resi più avveduti dal progresso della scienza e dalle potenzialità della cura e della farmacologia, viviamo in un mondo comune regolato dal diritto che scandisce sfera pubblica e sfera privata, bene individuale e bene comune. Sapere e potere sono legittimati dalla fiducia di ciascuno nell'oggettività e nell'imparzialità di sapere e potere⁹, ma il riemergere della paura può intaccare questa solidarietà tra

6 Cfr. Z. Bauman, *La società dell'incertezza*, tr. it., Bologna, 1999.

7 Sia consentito rinviare a R. Bonito Oliva, *Catastrofi sintomatiche e catastrofi propeutiche*, in *Scienza&Filosofia*, 8-2012, pp. 143-155.

8 Primo Levi come Camus, che attraverso la peste racconta una condizione di "imprigionamento" quale quella dei campi di sterminio, ritiene che rappresentare una paura attraverso un'altra paura è una testimonianza riflessiva sulla condizione umana in vista di un futuro migliore.

9 Si veda sul tema dell'organizzazione del consenso come adesione all'ordine sociale e ai suoi principi per opera dello Stato P. Bourdieu, *Sullo Stato. Corso al Collège de France (1989-1990)*, tr. it., Milano 2013.

sapere, potere e cittadini, facendo riemergere un sentimento di insicurezza nonostante tutte le certezze fornite dalla scienza e dai governi.

2. Nei paesi democratici i mezzi d'informazione consentono una presa diretta sul mondo: la realtà in cui viviamo è quella che passa sugli schermi dai quali ricaviamo notizie e informazioni, soprattutto in tempi di distanziamento sociale¹⁰. Un eccesso di comunicazione, che non diversamente dal difetto, può spezzare il processo di scambio tra esperienza, comunicazione e conoscenza che dovrebbe ancorarsi alla concretezza della realtà. Ci stanno dinanzi, catturano la nostra attenzione invece l'insieme di pareri spesso discordanti di esperti e le immagini in tempo reale di morte e sofferenze, che alimentano la curiosità e forniscono materiale alla percezione: ciò che nella parola e nella rappresentazione prende figura – il fenomeno – riflette la prospettiva di chi per noi guarda, dialoga, sceglie. Non è propriamente una comunicazione, ma un'informazione necessariamente a “senso unico”, in cui i destinatari sono atomi senza voce e senza corpo che si muovono, rimbalzano e si assestano, sollecitati dal flusso continuo di dati¹¹. Siamo come sonnambuli che fanno fatica a risvegliarsi, soggetti alla forza magnetica degli schermi piccoli e grandi che impongono già nella postura un ripiegamento su di sé: solitudine più che autonomia¹².

Mai come in questo momento lo schermo è diventato la nostra finestra sul mondo, una sorta di occhio attraverso il quale acquisiamo conoscenze, elaboriamo sentimenti, costruiamo visioni¹³. Se il mezzo di comunicazione è il messaggio, noi ne siamo ricettori/spettatori. Tuttavia questo spettacolo della pandemia non consente distacco se non dall'urgenza della realtà, non mitiga il disorientamento provocato dalla paura potenziato dalla ricorrenza della memoria di un pericolo di morte¹⁴. Alla fine siamo “in mezzo” “al palcoscenico”, investiti più che interattivi, chiamati in causa e sollecitati nell'evanescenza del virtuale. Non è più un topo che per caso attraversa la nostra strada a dare il segnale di un “caso straordinario” nell'andamento

10 Sul tema del distanziamento si veda E. Pugliese, *Le dimensioni della distanza*, in “Atlante Treccani” Maggio 2020 (consultato il 15 ottobre 2020).

11 Su questa sorta di sproporzione tra gli *input* ricevuti dall'esterno e le capacità di metabolizzazione degli individui cfr. G. Tarde, *Le leggi dell'imitazione*, tr. it., Torino 2012.

12 Cfr. M. Ferraris, *Postverità e altri enigmi*, Bologna, 2017.

13 Si veda J. Baudrillard, *Il delitto perfetto. La televisione ha ucciso la realtà* in Id., *La scomparsa della realtà, Antologia di scritti*, tr. it., Bologna 2009, pp. 11-45.

14 Sulla “progressiva atrofia dell'esperienza” per il sostituirsi dell'informazione alla relazione Cfr. W. Benjamin, *Di alcuni motivi in Baudelaire* in Id. *Angelus Novus. Saggi e Frammenti* a cura di R. Solmi con un saggio di F. Desideri, Torino 1962, pp. 89-130, qui p. 93.

della vita quotidiana, ma l'annuncio scientificamente e statisticamente accertato che un "virus" letale e invisibile minaccia la nostra vita. A conferma degli effetti mortali, non ancora del tutto e da ciascuno percepibili in prima persona, scorrono immagini di corpi sulle barelle, risuona il rumore delle sirene delle autoambulanze e il silenzio che accompagna file di camion con un carico di bare. Impossibile non essere toccati, quelle immagini restituiscono una morte che non consente nemmeno la consolazione del sopravvissuto, riportando alla luce la drammaticità del lutto interdetto, della solitudine assoluta della morte¹⁵.

L'emergenza e la percezione della prossimità del pericolo disturba chi si è assuefatto allo spettacolo. Quella rete in cui siamo e che accelera le forme spazio-temporali dell'esperienza, diventa una ragnatela che focalizza le nostre menti sull'unica realtà surrogata nell'istantaneità e diffusione dell'informazione che attutisce lo choc dello straordinario. A sostegno subentrano i contenuti che trasmettono conoscenze spiegando, ricostruendo e restituendo dati: pareri, calcoli, statistiche danno conto dell'incisività del rischio, delle percentuali del contagio. La certezza e l'incontrovertibilità delle informazioni documentano e insieme danno ragione di quello che avviene a livello globale. Numeri, grafici e mappe dai colori diversi che dovrebbero orientare, sono legittimate e costruite con il supporto di esperti, ma indicano un solo senso. Diversamente da Rieux che lotta contro l'incapacità di gestione delle autorità e s'impegna fino allo stremo delle forze per i suoi pazienti, gli esperti consultati con altra generosità offrono pareri, leggono dati e forniscono consulenze. Rimane l'asimmetria tra sapere e potere, in quanto il passaggio dalla teoria alla pratica chiama in causa la politica: affastellarsi di "opinioni" in mancanza di certezze sul virus e incapacità decisionale dei governanti rendono il futuro, già minacciato, un'incognita.

Una criticità della democrazia non aggirabile, che garantisce l'intreccio tra gestione dell'emergenza e tutela dei diritti, tra amministrazione e decisione. La nomina di consulenti scientifici non scioglie questi nodi, la medicina cura e, in caso di epidemie, la ricaduta sociale richiede la responsabilità della decisione circa l'utilizzazione delle informazioni e l'applicazione delle competenze¹⁶. Il primo caso di contagio in Italia ha messo sotto scacco il vincolo tra doverosa informazione, autorevoli pareri di esperti (alternativamente di virus e epidemie) e disposizioni ancora tentennanti di politici: un affastellarsi di parole e un vuoto di provvedimenti riportati con

15 Si vedano le riflessioni di J. Butler in *A chi spetta una buona vita?*, tr. it., Milano 2013.

16 Cfr. N. Grandi-A. Piovani, *I pericoli dell'infodemia. La comunicazione ai tempi del Coronavirus*, in "MicorMega" (versione online 26 marzo 2020).

la stessa precisione di un reportage di guerra di vittime senza combattenti. Così pareri discordanti e dichiarazioni solo in parte rassicuranti, corredate da un'informazione continua sul pericolo, ancora invisibile all'inizio e successivamente surrogato dai media in mancanza di un'esperienza di prima mano generalizzata, ha dato corpo ad un fenomeno esteso e a suo modo "straordinario", generando un rapporto simbiotico tra il mittente e il destinatario. Si è messa in atto una narrazione di un che di impalpabile, essendo fuori gioco tutti i sensi dal distanziamento sociale, dalla limitazione delle relazioni interpersonali, dall'esperienza di una prossimità con la malattia dei propri cari, interdetta dal rischio del contagio. Una condizione di sospensione che non ha arginato la paura risvegliata da quelle notizie: un'emozione senza un oggetto distintamente percepibile, diffusa in un Noi disarticolato, in-determinato. Il fenomeno non percepibile e il contagio solo ancora possibile sono stati avvolti da un'atmosfera evanescente caratterizzata da una dissolvenza emotiva al cui interno la forza magnetica delle immagini ha creato una suggestione collettiva. Il risultato è stato uno straniamento in cui paura e diffidenza hanno eroso la comunicazione concreta tra gli individui portando in primo piano un universo simbolico – la ragnatela – in cui hanno preso il sopravvento i fattori conservativi e regressivi: affidarsi o negare è sembrata l'unica strategia per sottrarsi alla realtà assecondando l'istanza omologante dell'informazione e l'istanza prescrittiva delle disposizioni.

3. L'asimmetria tra le credenze e la realtà, tra le aspettative e le promesse ha saturato l'universo simbolico – sapere in grado di offrire certezze e potere in grado di governare – mettendo a soqquadro le coordinate stesse della comunicazione¹⁷. La pandemia è stata sostituita da un'infodemia alimentata da un virus più antico, a cui l'organismo umano si è immunizzato da tempo, tanto da non soffrire più il contagio della manipolazione delle menti e da non avvertire l'amputazione della forma plurale e dialogica della vita umana¹⁸. Apparentemente scienza e sapere sono entrati nella nostra vita quotidiana, ricercatori ed esperti hanno una presenza diffusa sui mezzi di comunicazione e dimostrano estrema disponibilità verso l'informazione: sono a portata di mano di utenti/ascoltatori ansiosi adattando il linguaggio specialistico alle domande dell'uomo comune. Virologi, epidemiologi, ri-

17 Sulle forme della comunicazione del rischio cfr. P. Fabbri, *Una comunicazione arrischiata: per una semiotica dell'emergenza* in AA.VV. *Paura e immaginazione*, a cura di R. Bonito Oliva e A. Trucchio, Milano 2007, pp. 61-73.

18 Sulle articolazioni del linguaggio della divulgazione cfr. M. De Certeau, *L'invenzione del quotidiano*, Roma 2012, in part. pp. in part. pp. 27-43.

cercatori in diversi ambiti in questa pandemia si sono contesi gli schermi, sfilando dinanzi ad occhi desiderosi di formarsi una visione, di avere una chiave di lettura della situazione contingente e una prognosi del disagio, prima ancora che della malattia. Il bisogno/necessità di prendere posizione in questa situazione di emergenza, però, non ha reso facile il compito di questi ricercatori, l'oggetto stesso è rimasto sfuggente, il Coronavirus ha resistito alla semplificazione, sottraendosi al potere del sapere: il non-ancora del tutto conosciuto sottrae la materia stessa del discorso o meglio lo scompone nelle differenti opinioni tradendo l'intenzione iniziale della divulgazione e della rassicurazione. Noi dipendenti e presi nella rete rimaniamo "imbarcati" fluttuando confusamente tra la fiducia nel capitano e l'ignoranza della rotta.

Ancora più complessa nell'emergenza si presenta la gestione della cura, argomento sensibile della bioetica, che ha avuto una sua evoluzione teorica, pratica e istituzionale incidendo fortemente sulle pratiche terapeutiche in direzione del rispetto della dignità del malato, della reciprocità del confronto medico-paziente, grazie al sempre più diffuso uso dello strumento – la comunicazione – che assicura pluralità e dialogo. Prendersi cura ha acquisito infinite articolazioni sulla base delle sollecitazioni dell'etica come cifra della forma umana della vita che garantisce pari valore a ogni vita e diritto al consenso informato per tutti e per ciascuno: la bioetica ha messo a tema la relazione tra sapere, diritto e tensione morale. La pandemia tuttavia per la sua stessa invasività ha investito la vita comune ponendo dinanzi a scelte difficili nonostante la tenuta dei principi etici: chi curare, a chi dare la precedenza in una situazione di sovraffollamento degli ospedali, come organizzare il lavoro di diagnosi, come garantire i più fragili. Con lo slogan del darwinsimo sociale – richiamato come un'ovvietà inevitabile – ha preso forma il fantasma della selezione tra i malati più o meno "salvabili" e tra le patologie più o meno degne di cura¹⁹. Là dove questa scelta ricade sulla responsabilità del medico, nel caso della pandemia il personale sanitario si è trovato dinanzi a una decisione sociale più che medica: il dovere di curare versus chi curare, la valutazione della dignità di ciascuno versus le possibilità di guarigione di quel corpo e l'utilità di quell'individuo nell'organizzazione complessiva della società²⁰.

19 Si veda <https://www.fanpage.it/politica/il-covid-19-non-colpisce-tutti-allo-stesso-modo-chi-e-piu-povero-si-ammala-di-piu/> (consultato il 15/11/2020)

20 Si veda C. Del Bo, *Diritto alla salute e solidarietà*, https://www.rivistailmulino.it/news/newsitem/index/Item/News:NEWS_ITEM:5137. (consultato il 12/11/2020).

La contrapposizione tra il normale corso del tempo scandito dal lavoro e l'eccezionale corso del tempo scandito dalla sospensione di tutte le attività si è risolto nell'interrogativo: Morire di fame o di coronavirus. Una domanda netta e drammatica la cui risposta è affidata alla ricerca e alla cura, ma richiede poteri decisionali della sfera politica per ricadere drammaticamente e indistintamente sulle spalle degli individui. Il richiamo al rispetto delle regole, al distanziamento sociale, al sacrificio ha trovato terreno fertile nell'abitudine alla colpevolizzazione canalizzata nell'ossessione dell'inestinguibile debito economico che aleggia sulla vita di tutti: l'altruismo è un dovere prescritto dal valore più alto di un bene comune più che ispirato dal sentimento del comune, ormai trascinato nel fondo dal mito della libertà individuale. Così ciascuno rimane lettore di una narrazione che non ha scelto, che lo richiama a recitare la sua parte e a un tempo lo marginalizza come comparsa, lo traduce in fattore numerico, informato di un rischio che lo coinvolge e che non può schivare. Messo in mezzo, ma bloccato, sociale e insieme isolato: consumatore indifferenziato di valori prescritti e ad un tempo responsabilizzato verso doveri astratti: chiamato alla responsabilità verso i più fragili, all'obbedienza più che al rispetto consapevole delle norme, finisce per avvitarci, coinvolto emotivamente e distanziato socialmente, incapace di fare un buon uso del distanziamento in vista di scelte consapevoli dettate dalla riflessione²¹. Là dove crescono le ragioni di inquietudine e la comunicazione va in direzione della allerta sul rischio, il distanziamento sfocia in una strategia di regressione, chiusura su di sé e sospetto e fuga verso ciò che è altro, sconosciuto, minacciando ad un tempo la sopravvivenza e il benessere materiale. L'esasperazione del panorama antropologico disegnato da un tempo di accelerazione, di estraneazione che riecheggia narrazioni più antiche di contagi da virus o da movimenti di massa²².

Lo spettro della morte si aggira nel mondo e inquieta le menti, ma sembrano mancare le parole giuste per condividere ed elaborare strategie capaci di arginare il pericolo. Si aspetta con ansia un vaccino per procedere sulla via dell'immunizzazione globale, ignorando quanto questa pandemia ha insegnato sugli errori dell'umana politica dell'appropriazione e dell'arricchimento nell'ignoranza della posizione dell'uomo nel mondo e nella mancanza di preveggenza sugli effetti a lungo termine di questa politica.

21 Sul gioco tra coinvolgimento e distacco nella strategia dello sviluppo di un universale umano cfr. N. Elias, *Coinvolgimento e distacco. Saggi di sociologia della conoscenza*, tr. it., Bologna, 1988.

22 Su questo rischio della suggestione come manipolazione delle menti si veda A. Cavalletti, *Suggestione. Potenza e limiti del fascino politico*, Torino, 2011.

L'emergenza climatica, la deforestazione, le agricolture e gli allevamenti intensivi con la conseguente invasione di territori non ancora addomesticati dall'uomo rimarranno condizione di possibilità di altre nuove pandemie. Basteranno gli organismi internazionali e gli organi di controllo a garantire dal reiterarsi delle epidemie? Anche in questo caso non abbiamo dati confortanti e, ancora una volta, la burocratizzazione serve solo a dare l'illusione di una presa in carico di un problema che ha una costellazione molto più ampia di questa specifica emergenza: se nessuno si salva da solo nemmeno all'uomo vivente tra viventi sarà possibile assicurarsi la sopravvivenza. Ciò che è stato dimenticato nella falsa coscienza del possibile esonero dei corpi, della fragilità e della dipendenza reciproca – unico concreto e autentico universale del genere umano – riemerge con drammatica evidenza.

4. La cura costretta in questi limiti e chiamata in causa dall'emergenza si trova dinanzi lo sgretolamento dello stato sociale: il contagio non solo colpisce, ma non è, come si è detto talvolta giusto in quanto colpisce ricchi e poveri, ma colpisce più violentemente i più poveri, e questi stessi – potenziali, incolpevoli untori – rimangono un pericolo per i più ricchi. Non è possibile in questo caso risparmiare l'immaginario consolidato, spostando più in là, in territori o paesi sottosviluppati, lontani, la sofferenza e la morte, limitandosi a un generico e assolutorio spirito umanitario. Tutto quanto onestamente l'informazione ci restituisce, fermandosi alla cronaca là dove invece l'emergenza focalizza il legame stretto tra la cura e l'organizzazione sanitaria, tra la gestione della salute come "bene comune" e la deriva economica dilagante nel governo della "cosa pubblica" e perciò della salute dei cittadini: la risposta a questo stato di eccezione continua a essere inadeguata. La medicina della mente come del corpo in questo "stato di eccezione" scopre improvvisamente il peso della società in cui lavora e in cui vivono pazienti attuali e potenziali: non è il primo ma l'ultimo anello di una catena che mostra le ferite di una società che ha smarrito il valore della cura come "bene comune" e nell'in-differente avanzare del "virus" inciampa in corpi isolati e indifesi.

In questi tempi di insicurezza lo spessore delle vite e l'arco del tempo si concentra nelle statistiche, nell'uso di algoritmi che sembrano fornire curve di diffusione, eccezioni di immunità che sostengono medici, virologi ed epidemiologi impegnati nella strenua lotta della verità. Numeri, statistiche e grafici leggono i corpi, disegnano territori della vita quotidiana, determinano quantitativamente movimenti, abitudini e comportamenti. Corpi e vite distribuite tra sommersi e salvati pedissequamente e rigorosamente annotati dall'informazione. In realtà non è una violenza verso gli individui

e nemmeno un segreto che offusca il dovere della trasparenza, l'universo simbolico che ci rende attenti e dipendenti da una informazione compulsiva ha già plasmato i ricettori di queste informazioni. Rimane uno scarto che da quei numeri non si lascia includere e che presenta una sorta d'imprevedibilità e non addomesticabilità: la paura. Una paura solitaria che induce a comportamenti rischiosi, ancora una volta alla fuga nella negazione e nella rimozione che aggiunge al discredito sociale il conflitto interpersonale. Ispirati dal desiderio di libertà ci siamo assuefatti ad un'esperienza di seconda mano, "animali politici cioè dotati di linguaggio", come diceva Aristotele, siamo scivolati in una comunicazione stereotipata, sacrificando la nostra capacità di sentire allo sguardo fissato sullo schermo di dispositivi fissi o mobili. Venuto meno il rinvio tra sociale e individuale a favore di un sociale depotenziato del suo legame alla forma della vita umana e dal vincolo con le capacità dell'umano, la forma umana della vita rischia una mutazione irreversibile.

EUGENIO MAZZARELLA

DOPO LA PANDEMIA: DUE RIFLESSIONI
E UN COROLLARIO “POLITICO”
L’ECUMENE CHE CI SERVE.
SALVARE LA “PRESENZA”

1. *L’ecumene che ci serve*

In un modo o in un altro, questa pandemia finirà. Tra vaccino e immunità di gregge, finirà. Bisognerà solo vedere a che numeratore si fermerà il contatore dei morti. La specie sfancherà anche questa. È sempre stato così. Il diluvio vero, per noi, l’apocalisse climatica come per i dinosauri, non c’è mai stato. Il patto con il Signore, la Necessità o il Destino, o semplicemente la Fortuna, la dea bendata delle sorti, ha retto. Ma niente sarà più come prima. Anche questo niente di nuovo. Più volte, non è mai stato niente “come prima”. Quello che resta da pensare è “come” niente sarà come prima. Perché potrebbe essere peggio di prima. O meglio. È possibile che stia a noi deciderlo. Non è certo. Perché non è detto che siamo ancora in grado di fermare il meccanismo socioeconomico – il capitalismo, il suo sistema di produzione e riproduzione sociale oggi globalizzato – di cui siamo diventati ingranaggi. Il meccanismo: l’economia capitalistica globalizzata, e la sua finanziarizzazione; l’usura senza resto di senso della Terra e di quelli che la abitano. Dove il Sacro è fuggito via dalla natura. Una volta il sacro era un bosco, una montagna. Oggi devi spiegare che se uccidi l’Amazzonia, se tagli le vene alla sua linfa verde, ti stai tagliando il respiro all’altro capo del mondo. Ma il Sacro è fuggito da lì, perché è fuggito dai cuori, per tanti per troppi. Siamo tutti diventati ingranaggi della divisione da noi, tra noi, dalla natura. La possibilità *diabolica* dello spirito. Anche quelli che in questo meccanismo-ingranaggio sono posti in posizione eminente; rotelle un po’ più grandi o molto più grandi, ma altrettanto fungibili, sostituibili da nuovi pezzi messi in produzione. Perché la scena possa andare avanti, tenuta su dallo stesso spettacolo. *The show must go on*. Ma chi è lo spettatore? Il punto è come usciremo da una società globale che per reggere l’endemia delle pandemie a venire dovrà scegliere come governare quest’endemia pandemica; il carattere endemico del pandemico che la traverserà, non solo

sanitario. Se stringendo i bulloni del sistema che insieme l'ha *pro-vocata*, e cioè tirata fuori da una realtà dove il "locale" è ormai un concetto virtuale, e soprattutto ci ha fatti trovare scientemente impreparati, accecati dal profitto di tutti e di ogni cosa disponibile alla mano. Ovvero ribaltando questo sistema, quanto meno sul punto decisivo. Su come governare questo sistema, la sua forma "politica". E cioè se questa forma "politica" (Stati, *leadership*, relazioni internazionali) debba essere una pura sovrastruttura della struttura di produzione capitalistica (oggi interdipendenza globale delle economie pseudo locali retta dalla loro finanziarizzazione) guidata dall'"astrattezza" del profitto; semplice servosterzo di dove il motore economico dei "liberi" interessi che lo muovono vuol portare la società. Ovvero se il servosterzo, il volante del sistema non debba essere ripreso, tenuto saldamente in mano da un altro livello dell'agire, razionale non rispetto allo scopo autarchico dell'economia (il profitto), ma rispetto ai valori che la società è chiamata a realizzare: i suoi veri scopi, come fini di un umano che è fine a sé stesso nelle "persone" di cui l'umano vive, e mai riducibile a strumento di assetti eteronomi alla sua felicità singola e collettiva. Sotto l'urgenza legittima della "nuda vita" da salvare come presupposto di ogni vita vestita che si voglia pensare, come è giusto che sia, forte è la tentazione di convincersi che solo la mano ferma di un governo "autoritario" possa reggere le sfide della globalizzazione; che le strategie di controllo del *virus* diventino modello generale per gestire la società globale dell'endemia pandemica. Perché le più efficienti a garantire il presupposto esistenziale, la "vita", di ogni società possibile. Poca differenza fa, se questa forma "autoritaria" avrà la forma asiatica, russa, o americana: tutte le sue versioni passeranno per la capillarizzazione del controllo sociale, il "grande fratello" prossimo a venire, e in verità già venuto nella corsa al controllo dei Big Data. Un Grande Fratello chiamato al capezzale della "vita", spogliata delle sue libertà uccise dal liberismo, non per salvare la società ma il suo sistema di produzione, per ridurre la pandemia a crisi di sviluppo del capitalismo chiamato a modificare in senso autoritario la sua *governance* per durare – esso, non noi – come tale. Ecco questo è il rischio vero. Abbiamo una sola via d'uscita. Almeno da questo lato del mondo che si è inventato la "dignità" umana, e le sue "libertà". Insistere in questo ideale. Fare della globalizzazione un'*ecumene*, un noi ambientato che respiri, se non nella grazia del Signore, quanto meno nella grazia che l'uomo deve a sé stesso. Nella *Laudato si'* Papa Francesco ha posto con forza la necessità di questa *ecumene* umana – se non dello spirito – al cui servizio porre economia e politica, indicando a noi tutti sino al dettaglio l'ispirazione e le indicazioni, la *profezia* che ci serve. Vi è recentemente tornato con l'enciclica data ad

Assisi *Fratelli tutti*, cogliendo i due nodi massimamente critici dell'espansione digitale della società e dell'economia odierne, del mondo della *rete* e delle *reti*. Che questa espansione, cioè, dai suoi fini dichiarati di contributo emancipativo allo sviluppo economico, e alla necessità di sempre più stretta interrelazione del mondo globale (già da sé un mantra *de propaganda fide*), possa, sospinta da interessi politici ed economici giganteschi, deviare da queste finalità per "realizzare forme di controllo tanto sottili quanto invasive, creando meccanismi di manipolazione delle coscienze e del processo democratico" – realizzando di fatto della "società del rischio" descritta dalla sociologia di Ulrich Beck un processo di *individualizzazione* dove la dimensione dell'*affrancamento* come sganciamento da forme e vincoli sociali storicamente precostituiti, nel senso di contesti tradizionali di dominio e di sostegno e la dimensione del *disincanto* come perdita delle sicurezze tradizionali in riferimento alla conoscenza pratica, alla fede e alle norme-guida, sono tenute insieme, nelle loro tensioni, da un nuovo tipo di legame sociale che surroga la necessità sociale dei processi di "reintegrazione" in una sempre più coercitiva "dimensione del controllo". Ed esporre la *comunità* umana "al rischio di dipendenza, di isolamento e di progressiva perdita di contatto con la realtà concreta, ostacolando lo sviluppo di relazioni interpersonali autentiche".

2. Distanziamento sociale e crisi della "presenza": il corpo come salvezza dello spirito

In attesa che la tecnica (il "vaccino") ci consenta di venir fuori dalle misure di contenimento e gestione della pandemia, siamo impegnati con ogni mezzo ad evitare che il *lockdown* dei corpi perché non si contagino, la distanziamento sociale, non si traduca in *lockdown* dell'anima. In *lockdown* della vissuta presenza di relazione della vita che siamo; della nostra "incarnazione" comunitaria, incarnazione che è "mia" perché è incarnazione nella carne degli altri e del mondo.

Qualcosa che ci balza agli occhi proprio mentre viene meno la disattenta ovvietà in cui spesso anche maldestramente la viviamo, in questo spartiacque tra il mondo del prima e il mondo del dopo che è la pandemia del coronavirus; oggi che non possiamo dare per scontata una stretta di mano, un sorriso che si veda, un abbraccio, meno che mai un bacio.

Ed è forte l'angoscia che questo bisogno di presenza viva dell'altro, di contatto, di toccarsi possa venir meno non solo per i tempi sanitari della quarantena, ma per una vita sociale a venire chiamata ad una quarantena

dei corpi e dello spirito che non sia l'eccezione, ma la regola. Che niente torni come prima, anche perché le logiche della sopravvivenza necessaria del tessuto produttivo e sociale, fortemente spingeranno a "tenere le distanze". E che anzi si possa radicare, nelle nostre società, questa "smaterializzazione" della vita come standard il più idoneo a mettere in sicurezza le reti sociali, dislocando molte funzioni – dal lavoro all'insegnamento, all'intrattenimento – in rete, nella connettività telematica, nella sfera della relazione astratta dai "corpi".

Questa smaterializzazione della relazione ai fini della distanziamento sociale per altro si poggia proprio sui sensi della distanza, vista e udito, che più ci fanno "uomini". I sensi superiori come li definiva Hegel. I sensi che ci connotano come umani, proprio perché sono i sensi che portano lo spirito più in là di ciò che può toccare e sentire. I sensi che "trascendono" il qui e ora, la localizzazione individuata della presenza. Una definizione, a valle di una lunga tradizione, del primato del *logos teoretico*, vista e udito; il plesso costitutivo dell'anima razionale nella tradizione platonica e platonico-cristiana.

Il dubbio che oggi ci si insinua è che proprio questo portarsi fuori, *ultra petita*, dai nostri corpi della nostra "razionalità", della dimensione più propria dello spirito, ci possa portare via, ci possa portar fuori da noi come quelli che siamo, "spirito incarnato". Che ci manchino i corpi, che essi ci vengano meno per il paradosso di non perderli "biologicamente"; che ci venga meno la carnalità del nostro spirito, cui per altro una grande religione, il cristianesimo, cogliendo il nodo antropologico istituyente l'umano effettivo, ha promesso persino la "resurrezione".

Consegnandoci questo venir meno dei corpi, della loro comunione quotidiana, a una relazionalità di pura ragione, magari produttiva. È inutile negare che il dubbio c'è. Ed il rischio è paventabile, se solo guardiamo agli effetti psicologici e sociali che potrebbero venire da un'infanzia cresciuta troppo a lungo nel distanziamento sociale di una didattica erogata a distanza o in una situazione di prossimità tra coetanei, non solo a scuola, impedita da comportamenti e tutele anticontagio; ovvero, per passare ad altre classi di età, dal divenire standard del *remoteworking* e dello *homeworking* a fini, aggiuntivi al contrasto pandemico, di mera produttività economica; o infine per gli anziani da una tutela della loro "salute" che li metta tutti in una dimensione di confinamento sociale domestico ed extra-domestico. Modi di vita da cui può ben emergere un individuo socialmente e psicologicamente "distanziato", ("anaffettivo") nell'intimo e nel sociale. Uno scenario di dislocazione in rete dell'interazione sociale che andrebbe ad aggiungersi alla già potente pervasività del digitale in cui siamo immersi

a fini ludici, sociali, lavorativi; dall'uso dello *smartphone*, oggi quasi una protesi dell'individuo "connesso", alla "rete" su cui impegniamo o disimpegniamo non poche dei contatti sociali ai più diversi fini.

E però è proprio per come siamo "incarnati" che possiamo far conto sul fatto che non andrà così, e non deve andare così. Perché sarà proprio la nostra costitutiva "anima bassa", sensitiva, volitiva, quella che ogni progetto di "vita buona" ha sempre voluto e dovuto domesticare, a salvarci come lo spirito che siamo. Saremo salvati – questo è il felice paradosso di questa congiuntura del distanziamento sociale – dai sensi bassi, dalla loro umana insopprimibilità: dall'olfatto, dal gusto, dal tatto. Da quanto della nostra cinestesi corporea non è "viralizzabile", dislocabile sul virtuale-reale della relazione di distanza (la vista e l'udito). È proprio nei bisogni della "carne" che troveremo la riserva, la possibilità di resistenza alla "domesticazione" digitale della nostra individualità di una società del controllo che ci riduca a un passivo "punto" di rete della connettività digitale in cui si sta risolvendo l'interazione sociale. È la nostra "carne" – i suoi bisogni, il desiderio che la anima come "spirito incarnato" – il basamento perché lo "spirito" come volontà libera possa mettersi in *off* pur stando in "rete".

La nostra umanità relazionale sarà salvata dall'incomprimibilità espressiva dei corpi, dell'anima bassa. È il miracolo della vita, della nostra vita, che così – quando sogna di essere salvata tutta e fino in fondo – ha sempre sognato di essere salvata: come cioè è, si scopre in presenza di sé stessa come viva coscienza presente a sé nella sua carne, vivente spirito incarnato. La carezza di una parola può essere data anche in lontananza, affidata alla scrittura o a un segnale comunque differito, così come il senso di uno sguardo. Ma la parola di una carezza può essere data solo in presenza. Nel vivo contatto di una mano. E ognuno che ha dato almeno una volta un bacio, sa come l'anima esce da sé per incontrare un'altra. Paradossalmente è proprio il corpo che muore il vero argine all'umano non "telematico", il pegno del corpo vivo di spirito che siamo. Ed è il motivo per cui tenacemente lo stiamo difendendo.

3. *Un corollario "politico"*

Ma per difendere questo argine dell'umano – la "carne" che si tocca, che si incontra – le esortazioni possono essere moralmente confortevoli, ma perché siano efficaci non possono evitare di diventare "cose", fatte in un modo o in un altro. Di farsi cioè "politica", società pensata e guidata. A questo fine, è fin troppo evidente che quel che va evitato è che le necessità

securitarie di gestione sanitaria della pandemia siano l'alibi per una dislocazione massiva – e legittimazione ideologica – *ultra petita* della relazione sociale dalla “presenza” alla “assenza”. Che, cioè, alla virtualità delle reti resti affidata, ben al di là della congiuntura pandemica, l'ineliminabile “cooperatività” umana nella forma della relazione “fredda” di catene di produzione sempre più atomizzate attorno al proprio computer, al display della propria postazione da cui solo, nell'orario di lavoro, può alla fine emergere una “faccia” o essere sentita una “voce”.

È troppo ghiotta l'occasione, magari “vendendo” più tempo libero – per cosa, e innanzi tutto per chi e come da incontrare? – e qualche *commodity* nel trasporto, che il modo di produzione del *remote working*, che l'economia del digitale e la società dei controllo dei Big Data tendono sempre più a sviluppare, trovi nella società “pandemica” – a rischio cioè pandemico endemico – il volano per la generalizzazione sociale della figura del lavoratore “connesso” in postazione domestica; “telemunito”, come una volta i rappresentanti di commercio o venditori richiesti negli annunci “automuniti”. Aggiornamento digitale del lavoro a domicilio, a cottimo, di particolari manifatture commercializzate anche da marchi globali; per il quale “aggiornamento” già si vede l'inadeguatezza dei tradizionali strumenti contrattuali di tutela del lavoro. Un modo di produzione che dislocando la vita quotidiana dall'interazione sociale di presenza contribuirà anche ad enfatizzare sempre di più i “siti” di incontro (presunto) libero, per avere una vita “di presenza”: da sessuale a emotiva, a familiare; dove gli algoritmi dei siti aggiorneranno la vecchia pratica del “sensale” che nei paesi incrociava una volta domande e offerta delle famiglie per mettere “fuori casa” in modo acconcio i propri figli. Come sempre niente di nuovo sotto il sole, solo che una volta la costrizione della pratica sociale era meno ingannevole – e poteva (come è stato) essere socialmente sovvertita nelle dinamiche emancipative dell'individuo moderno – dell'algoritmo che “trova” ciò che “mi piace”, o meglio ciò che mi è stato fatto piacere da altri algoritmi. Il fenomeno metropolitano sempre più diffuso della “movida” serale e festiva – questa apparentemente insensata ricerca dell'aggregazione di massa costipata in luoghi di divertimento, in autentici “distretti” dell'uso di massa del tempo libero – potrebbe ben essere letta come una ricollocazione selvaggia nel contatto fisico di massa di una vita sempre più costretta alla distanziamento sociale digitale; a un bisogno di “toccarsi” dopo giornate dislocata nel virtuale, o comunque a bassa intensità di relazione umana in presenza. La movida è il “campo” serale attorno ai cui “fuochi” con musica e alcool i nuovi “schiavi” delle “piantagioni” della società digitale trovano il loro “stupefacente” comunitario. Vi si cerca in modo istintivo il contatto

umano, sia pure di massa. L'avventura della "carne" da incontrare, dell'incontro di "presenza".

È difficile non vedere questi scenari di rischio, sospinti dall'effetto pandemico, della società digitale, che ne dicano i cantori ingenui o interessati dello *smartworking*. Scelta lessicale che già nell'aggettivazione tradisce l'operazione ideologica che è possibile metter su sulla neutralità – tutta a decidersi nelle sue opportunità, nelle sue problematicità, nelle sue controindicazioni – del *remote working*. Più banalmente lavoro da remoto non è sempre bello e nemmeno sempre, anzi, più efficiente. E quando anche lo fosse in termini di *fitness* "produttiva" di sistema, il guadagno "economico" della catena di produzione può ben essere una perdita secca di "valore" sul terreno del bene primario della socialità umana; socialità come produzione allargata di "comunità" che, sotto il profilo della necessità antropologica, prima ancora che etica, della "produzione" e del "sistema di produzione" è, o dovrebbe essere, il fine, e non il mezzo.

Se si vorrà evitare che la pandemia faccia da volano ad una crisi più generale dell'interazione sociale "in presenza" – ad una crisi di senso, perché di praticabilità sociale, della vita come "presenza" –, non basterà affidarsi al totem della scienza e della tecnica. Che il vaccino ci sarà, e la tecnica avrà posto riparo, nelle dinamiche della "società del rischio" di cui ci ha parlato la sociologia di Ulrich Beck, a uno dei "danni collaterali", in ambito sanitario, della globalizzazione, la velocità del contagio. In un mondo iper-connesso, la velocità ha mandato in tilt, come in un *flipper* impazzito, l'antico istituto della quarantena. Non basta più la nave alla fonda in quarantena. La quarantena è scesa a terra, nel corpo vivo delle relazioni sociali diffuse. "La storia della velocità è un argomento negletto", ha scritto già più di vent'anni fa la corrosiva intelligenza della modernità di Ivan Illich. "Quando il poeta inglese John Milton augurava "God speed thee and thy close!", "to speed" significava 'prosperare' e non 'andare veloce'». Buon viaggio, e che il Signore ti accompagni nei tuoi passi. Oggi, invece, "siamo imprigionati nell'era della velocità" (*Prigionieri della velocità*, discorso dell'8 novembre 1996 al Netherlands Design Institute di Amsterdam). Passando dalla poesia alla prosa della velocità che ci tocca con la globalizzazione, questo significa che il riparo alla pandemia da Covid-19, che certamente sarà trovato, altrettanto certamente sarà un riparo provvisorio. Perché la pandemia, l'evento pandemico, è un dato strutturale, e cioè endemico, ricorrente, della società globale. Come tutti sanno, il Covid-19 era una tipologia di evento largamente prevedibile. È la quarta o quinta pandemia negli ultimi decenni. Solo che

abbiamo voltato la testa dall'altra parte nell'attrezzare le nostre società alla struttura endemica dell'evento pandemico.

Questo ha una conseguenza significativa. Vuol dire che è meglio abbandonare, per leggere quel che è successo con il Covid-19, la ricorrente metafora bellica di una guerra che deve essere vinta, dove il trattato di pace sarà firmato ai tavoli dell'economia, sancito dal ritorno ai valori di PIL precedenti la pandemia. Non mi soffermerò sul fatto che è proprio questa ideologia del PIL come validazione intellettuale e sociale dell'usura di mondo e del mondo, del "modo" e dei "rapporti di produzione" dell'economia globalizzata, tra i fattori generanti l'insicurezza sanitaria del pianeta. Lo ha fatto molto più autorevolmente Francesco nelle sue ultime encicliche, lo ho già osservato; e tanto qui basti. Mi limito ad osservare che la metafora giusta per leggere gli effetti sociali del Covid-19 è quella del sisma, di un sisma sociale. E dopo un sisma, oltre ad affrontare i lutti e i danni subiti, la prima necessità è ricostruire in modo antisismico. Perché non si ripetano gli stessi lutti e gli stessi danni.

Inquadrare così la pandemia, ci aiuta a pensare "come" ricostruire l'Italia dopo il Covid-19 (e più in generale a pensare un modello per le società tutte che vi sono state coinvolte) in una logica sociale antisismica, per evitare – all'occorrenza di una nuova pandemia – nuovi lutti e nuove distruzioni di ricchezza sociale. Una probabilità evidente degli scenari delle società globalizzate. Ma in concreto questo cosa può voler dire? Una cosa molto semplice. Che la normalità, la norma delle interazioni sociali non può essere quella di prima, ante Covid-19. E nei limiti del possibile deve diventare norma la logica assunta in via emergenziale della distanziamento sociale. Dopo il sisma sociale Covid-19, la logica ci dice che dobbiamo riprogettare le interazioni sociali con criteri i cui standard siano i più idonei ad evitare per quanto possibile la necessità di un *lockdown* generalizzato al prossimo evento pandemico. Bisogna fare in modo che la distanza dell'interazione sociale (commerciale, lavorativa, formativa) sia di prassi la più vicina alla distanza di sicurezza pandemica che abbiamo sperimentato. Cosa che poi non è un'assurda costrizione imposta all'interazione sociale, ma piuttosto risponde alla sua logica naturale; alla logica naturale dell'interazione sociale, se stiamo alla prossemica, alla scienza che studia le distanze sociali. Che ci dice che la distanza "intima" è valutabile in 0-45 cm; la distanza personale (quella dell'interazione tra amici) in 45-120 cm; la "distanza sociale" (per la comunicazione tra conoscenti o il rapporto insegnante-allievo, ad esempio, ma mettiamoci anche quella tra negoziante e cliente) in 1,2-3,5; e infine la "distanza pubblica" in oltre i 3,5 metri. Se ci si riflette, si vedrà che chiedere due metri di distanza tra tavoli

in un ristorante, risponde appena al comfort naturale minimo del servizio, prima ancora di essere una misura di sicurezza sanitaria. Come sa chiunque entri in un buon ristorante, che non sia una mensa costipata. E così sulle spiagge, nelle classi, in tante altre attività. Paradossalmente la pandemia ci ha spinto a ritornare per motivi sanitari alle distanze sociali naturali, alle “zone interpersonali”, cioè, vissute come quelle effettivamente confortevoli nell’interazione sociale.

Non c’è bisogno di scomodare la prossemica, lo studio delle relazioni sociali di vicinanza nella comunicazione, come lo ha definito nel 1963 l’antropologo Edward T. Hall, per sapere che ogni situazione “affollata” è un fastidio, e se si può la eviteremmo volentieri. Una società che non si fosse votata all’usura di sé del contatto, a fare norma – nel reale e nel virtuale – della folla anonima dell’*homo consumens*, non avrebbe bisogno di scomodare la prossemica per intendere il bisogno di questa ecologia della relazione sociale come necessità della “vita”, anche solo per tenerne in piedi la sua riduzione a *business*. Non sarebbe affatto sbagliato allora – anche per questo – che molte delle norme di distanziamento sociale imposte dopo il *lockdown* agli esercizi commerciali e nei servizi, anche quelli alla persona, diventassero standard per l’esercizio dell’attività. Attività la cui redditività non può dipendere, in assenza di quegli standard, dal rischio sociale fatto correre alla comunità. Perché se la redditività di un’attività deve dipendere dall’affollamento, dall’effetto pollaio, quella redditività è già in sé socialmente malata, e avvantaggia l’arricchimento del singolo operatore, ma mette a repentaglio, perché può concorrere alle condizioni di una sua più facile distruzione, la ricchezza sociale nel suo complesso.

In simmetria macro alla ristrutturazione sociale dell’interazione sociale diffusa, bisogna che si ripensi l’affollamento sul territorio delle attività produttive. C’è una diseconomia, nota, della congestione urbana e della congestione produttiva, una soglia dove collassa il valore aggiunto della logica del “distretto produttivo”. In un mondo che nel ‘900 ha vissuto una spaventosa corsa alla concentrazione urbana, alle megalopoli che rendono desueta l’idea stessa di “città” come per secoli è stata vissuta e concepita, la pandemia ci ha insegnato a iosa la fragilità della concentrazione urbana e produttiva, a partire già da dove l’epidemia è partita, il distretto cinese di Wuhan. Una fragilità che in Italia si è riproposta nelle conseguenze dell’impraticabilità di un effettivo *lockdown* del sistema produttivo del Nord-Est. Un’evidenza fattuale che fa strada alla necessità di ripensare in Italia una riallocazione delle funzioni produttive del Paese in termini di maggiore distribuzione territoriale, ammagliando meglio Nord e Sud nelle infrastrutture di comunicazione. Perché da un lato sarebbero più gestibili i

flussi di mobilità delle persone in situazione di rischio pandemico: il pendolarismo sui mezzi pubblici è impossibile da riportare, con i volumi di utenza attuali, nelle aree congestionate dei flussi di traffico a una qualsiasi logica sostenibile di distanza sanitaria di sicurezza tra gli utenti. Dall'altro si darebbe all'Italia la chance vera del suo rilancio: un Sud integrato e non assistito.

Per sollevare la cronaca dell'urgenza politica al tono filosofico-epocale della riflessione "astratta", ben si potrebbe ripetere con lo Hölderlin di Heidegger che "dove cresce il pericolo, cresce anche ciò che salva". Che cioè l'evento pandemico può rappresentare uno sprone a ripensare lo stare al mondo dell'uomo della tecnica e della globalizzazione. Che un mondo può essere "abitato", "costruendolo" in modo acconcio, solo dopo averlo "pensato". Un approccio che poi tanto "astratto" non è, ma forse la più concreta delle esigenze, se vogliamo tenere la "vita" nella "presenza" in cui fin qui ci è stata data, reggere la sfida che all' "Io" non manchi un "Noi ambientato" sostenibile, un Noi che dell'Io, che fin qui abbiamo conosciuto, costruito con tanta fatica a dargli dignità, continui a sostenere le ragioni.

MARIA ANTONIETTA LA TORRE

EMERGENZA PANDEMICA ED ETICITÀ DELLE SCELTE

“Fa’, figliuol mio, ormai – disse – di me che più t’aggrada; ch’al tuo voler son pronto, e d’uscir teco più non recuso”. Avea già ‘l foco appresa la città tutta, e già le fiamme e i vampi ne ferian da vicino, allor che ‘l vecchio così dicea: “Caro mio padre, adunque, – soggiuns’io – com’è d’uopo, in su le spalle a me ti reca, e mi t’adatta al collo acconciamente: ch’io robusto e forte sono a tal peso: e sia poscia che vuole: ch’un sol periglio, una salute sola fia d’ambedue.” (Eneide, libro II)

1. *Una nuova sfida bioetica: il conflitto tra individuo e comunità*

La pandemia da SARS-CoV-2 ha sollevato numerosi quesiti di ordine bioetico, che hanno interessato tutte le società contemporanee, in una comunanza, tuttavia, solo apparente, poiché si è pure evidenziata una differenza sostanziale nell’approccio alla crisi, strettamente connessa a due visioni antitetiche della relazione tra individuo e comunità. Da un lato vi sono infatti Paesi e culture nei quali prevale l’interesse collettivo, e tale *Weltanschauung* non necessariamente coincide con un regime autocratico, come si potrebbe supporre, rientrando in tale categoria ad esempio, il Giappone¹, dall’altro vi sono culture, dirette eredi del liberalismo settecentesco, nelle quali al centro del progetto di società vi sono i diritti individuali e questi sono considerati prioritari, tranne in casi eccezionali e circoscritti, rispetto a quelli collettivi, e in conseguenza di ciò le restrizioni determinate dalle esigenze di contenimento della pandemia hanno suscitato reazioni e dibattiti sino ai limiti dell’irragionevolezza. Tuttavia, proprio un caso eccezionale si è presentato in occasione dell’emergenza pandemica, cosicché

1 In Giappone, ad esempio, l’uso di dispositivi di protezione individuale è percepito in primo luogo come un mezzo per tutelare le altre persone, così come il fumo viene scoraggiato in pubblico non tanto perché dannoso per la salute del singolo, bensì perché può ingenerare fastidio ad altri, sporcare le parti comuni, e così via.

anche nel nostro Paese si è potuto derogare alle prerogative del singolo e restringere le sue libertà in nome del bene collettivo. La pandemia da SARS-CoV-2 ha dimostrato che pure in società di consolidata democrazia gli interessi individuali possono essere subordinati al bene comune, o a un bene più ampio, e ha indotto a procedere a limitazioni nell'esercizio dei diritti, instaurando una relazione diretta tra politica e vita individuale e collettiva intesa nell'accezione foucaultiana, sia in senso positivo, poiché è stato esercitato un biopotere volto alla cura dei corpi e il sapere medico-scientifico ha acquisito un'inedita centralità, sia in senso negativo, attraverso la legittimazione di decisioni in merito alla vita e alla morte². Da ciò un conflitto particolarmente problematico, soprattutto dal punto di vista etico, tra diritto individuale alla salute e interesse collettivo nella gestione delle risorse sanitarie, che ha in parte snaturato taluni principi fondativi dell'etica della salute e della deontologia medica.

2. Assistenza sanitaria universale versus sospensione dei trattamenti in condizione di scarsità di risorse

Nonostante previsioni e indicatori di pericolo non fossero mancati negli anni precedenti, i servizi sanitari nazionali si sono rivelati in ampia misura e quasi ovunque impreparati ad affrontare l'inedita pressione sulle strutture, sul personale, sulle risorse determinata dalla diffusione repentina del SARS-CoV-2. E benché occorra riconoscere che sarebbe stato assai difficile essere pienamente ed efficacemente preparati a un'evenienza così imponente, tuttavia sono emerse in breve tempo criticità ben maggiori di quelle imputabili soltanto alle dimensioni del fenomeno, ad esempio, incongruenze tra tagli programmati e imposti anche con grossi costi sociali e sprechi incontrollati nelle maglie degli appalti e delle clientele³. Com'è ovvio, le persone in condizioni di fragilità per patologie pregresse e/o croniche, proprio quelle per le quali il Servizio Sanitario

2 La protezione della vita ha come complemento inevitabile "un effetto contrapposto che sembra restaurare, a livello di massa, la pratica sovrana di decisione di morte." R. Esposito, *Biopolitica*, in M. Ferraris (a cura di), *Potere. Perché si lotta per il potere?*, Gruppo Editoriale L'Espresso, Roma 2012, p. 79. Cfr. anche L. Bazzicalupo, *Economia e dispositivi governamentali*, in "Filosofia politica", vol. XX, n. 1, 2006, pp. 43-56.

3 Secondo dati AIFA la spesa sanitaria nel 2019 è stata del 14,85% in più rispetto a quanto programmato, una cifra che corrisponde a circa 1759 milioni di euro, ma, sulle spese eccedenti la programmazione, il controllo e l'applicazione dei costi standard e dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sono assai più difficili.

Nazionale è deputato ad attivare più ampie tutele, hanno subito in maggior misura l'inadeguatezza del sistema. Perciò ci si chiede se siano stati rispettati i principi costituzionali di tutela della salute e di eguaglianza di opportunità e se il SSN abbia adempiuto al suo compito di garantire cure per tutti, secondo il principio dell'universalità dell'assistenza, in particolare modo riguardo una delle criticità più drammatiche, di specifica rilevanza bioetica, ossia l'impossibilità di fornire a tutti le cure salvavita di terapia intensiva adeguate. A diversi pazienti, in specie anziani e/o fragili, non sono state somministrare cure rianimative ed essi sono stati lasciati morire senza neppure beneficiare di cure palliative; nessuno di noi può immaginare sorte peggiore. Alcuni sanitari si sono trovati dinanzi a una cruciale configurazione di dilemma bioetico, ossia con diversi pazienti da trattare, con analoghe possibilità di sopravvivenza grazie ad una terapia appropriata, ma tale trattamento era indisponibile, ossia insufficiente per tutti. Perciò, a causa della carenza di dispositivi e personale idoneo ad adoperarli, ci si è avvalsi anche di criteri di triage non rigorosamente clinici e il personale sanitario ha dovuto farsi carico della responsabilità morale di scelte compiute (spesso in solitudine e senza supporto psicologico ed etico) con riferimento a parametri di valutazione non sanitari, ma di opportunità, che concernono un ordine di competenze estraneo alla loro formazione e vocazione. In gran parte dei contributi di riflessione su tale tema, anche in documenti pre-pandemia, si reputa criterio valido di allocazione di risorse insufficienti la previsione circa la possibilità di sopravvivenza alla dimissione, ma gli anziani e i disabili rischiano in tale prospettiva di essere esclusi da trattamenti potenzialmente salvavita: una strategia allocativa dovrebbe incorporare più principi etici, non ultimo quello di giustizia, il quale si realizza senza dubbio attraverso un *bilanciamento* di interessi e di principi etici e giuridici, ma prevede in ogni caso eguale trattamento in relazione a determinati criteri, solitamente la parità di condizioni e la necessità. Com'è ovvio, le decisioni in merito alla limitazione dei ricoveri e delle cure non sono state meramente discrezionali, ma il risultato di una situazione di scarsità, pertanto la questione sollevata da più parti non è stata *se* operare delle scelte, bensì individuare regole condivisibili e accettabili per compierle; tuttavia, una situazione emergenziale, ossia una condizione di fatto, non *legittima* la rinuncia a riferimenti valoriali e di principio che sono costitutivi della *Weltanschauung* occidentale, ossia non autorizza a reputare *ammissibili* tali procedure e regolamentabili simili parametri di valutazione al punto da ascriverli a una condotta "etica".

Emanuel, Persad, Upshur, et al. suggeriscono di far riferimento, in simili situazioni di necessità, a “quattro valori fondamentali: massimizzare i benefici prodotti da risorse scarse, trattare le persone allo stesso modo, promuovere e premiare il valore strumentale e dare priorità a chi sta peggio”⁴, tuttavia ciascuno di questi può essere declinato in modi diversi e addirittura conflittuali; ad esempio, l’obiettivo di “massimizzare i benefici” può indurre a privilegiare il salvataggio del maggior numero di vite, oppure del maggior numero di anni di vita (ossia a dare la precedenza a pazienti che probabilmente sopravvivranno più a lungo a seguito del trattamento); e ancora, decidere di favorire chi può vantare un valore “strumentale” richiederebbe un’ulteriore classificazione (e dunque l’elaborazione di una “scala di valore” tra individui) tra chi direttamente contribuisce alla salvezza di altri individui e altre figure professionali, magari del pari determinanti in simili circostanze; infine, la scelta di attribuire la priorità a chi sta peggio, per altro non condivisa in analoghi documenti sulla pandemia, potrebbe essa stessa non produrre la “massimizzazione dei benefici”, se ciò implicasse uno “spreco” di risorse con chi ha poche probabilità di sopravvivenza sacrificando altri che, essendo in condizione meno grave, potrebbero più verosimilmente sopravvivere. Per altro, nessuna di queste alternative è moralmente influente o può essere esclusa con leggerezza e nessun parametro singolarmente impiegato può sciogliere tutti i dubbi; perciò in Italia, e non solo, le principali associazioni dei medici specialisti coinvolti più direttamente nelle terapie necessarie alla cura del SARS-CoV-2, dalla SI-MEU (Società Italiana di Medicina d’Emergenza-Urgenza), alla SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva), e con esse il Comitato Nazionale per la Bioetica, hanno avvertito l’esigenza di elaborare linee-guida e riflessioni sulle criticità emerse.

Il documento pubblicato dalla Siaarti il 6 marzo 2020, ossia nei giorni di estrema crisi sanitaria connessa alla pandemia da SARS-CoV-2, intitolato “*Raccomandazioni di etica clinica per l’ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*”, affronta il divario tra le esigenze di cura e la disponibilità di apparecchiature per la terapia intensiva, necessarie nei casi più gravi dell’insufficienza respiratoria acuta che caratterizza questa patologia, proponendosi di fornire “criteri di accesso alle cure intensive (e di dimissione) non soltanto strettamente di appropriatezza clinica e di

4 E. J. Emanuel, G. Persad, R. Upshur, et al., *Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19*, in “The New England Journal of Medicine”, vol. 21, n. 382, 2020, pp. 2049-2055.

proporzionalità delle cure, ma ispirati anche a un criterio il più possibile condiviso di giustizia distributiva e di appropriata allocazione di risorse sanitarie limitate⁵. Dinanzi all'impossibilità di fornire cure adeguate a tutti coloro che ne presentano la necessità, si è ritenuto che il personale sanitario, e in particolare gli anestesisti rianimatori, necessitasse di un supporto che legittimasse le inevitabili scelte, ridefinendo le regole di accesso alle terapie straordinarie: non solo appropriatezza clinica e proporzionalità delle cure⁶, bensì anche giustizia distributiva e allocazione di risorse limitate, un parametro, quest'ultimo, è bene ricordarlo, estraneo alle funzioni professionali di operatori il cui compito è salvare vite. Tale orientamento si traduce nell'indicazione a tener conto non solo del bisogno individuale di cura, ossia dello stadio di gravità della malattia, bensì anche della "maggiore speranza di vita", ossia della maggiore probabilità di successo terapeutico e della presenza di altre patologie, le quali potrebbero aggravare la condizione clinica o, in altri termini, ad abbandonare il criterio del "*first come, first served*", sostituendolo col criterio "prognostico", che induce a prediligere chi ha maggiori possibilità di guarigione, trascurando gli altri. Comunque la si voglia giudicare e per quanto sia possibile giustificarla nella prassi, si tratta di un'indicazione circa le modalità per decidere di *non* trattare tutti i pazienti che potrebbero trarre qualche vantaggio dalle cure. In apparenza, poi, non si suggerisce un mero criterio anagrafico; tuttavia, in maniera neppure tanto implicita, ciò pure avviene, quando si legge che "può rendersi necessario porre un limite di età all'ingresso in TI. Non si tratta di compiere scelte meramente di valore, ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha in primis più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone"⁷,

5 SIAARTI, *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*, marzo 2020, p. 3.

6 Il criterio della proporzionalità delle cure è stato molto discusso nell'ambito del dibattito sull'accanimento terapeutico, che però non è possibile in questa sede approfondire.

7 SIAARTI, *op. cit.*, p. 5. Il riferimento all'età, per quanto discriminatorio e immorale appaia, non deve tuttavia stupire. L'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche e la Società Svizzera di Medicina Intensiva hanno esplicitamente stabilito che nei triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse e indisponibilità di letti in terapia intensiva non dovrebbe essere ammesso al reparto chi ha un'età superiore a 85 anni o un'età superiore a 75 anni con patologie gravi. E il Karolinska Institute di Stoccolma ha fornito analoga indicazione agli operatori sanitari svedesi che, in caso di carenza di posti letto in terapia intensiva,

anche tenendo conto che soggetti in età avanzata e/o affetti da comorbidità richiederebbero un uso più prolungato delle terapie intensive, sottraendo ad altri la possibilità di fruirne.

Come era prevedibile, tale intervento ha suscitato un certo turbamento, poiché in una società entro la quale il servizio sanitario è ritenuto un bene universale e un diritto di tutti e che promuove il rispetto per tutte le età della vita non è facile accogliere l'ipotesi che qualcuno possa esser lasciato morire laddove tecnicamente, con una maggiore disponibilità di risorse, potrebbe essere salvato, ancor meno quando la scelta potrebbe essere condizionata dall'età anagrafica⁸. Le raccomandazioni della Siaarti si giustificano facendo appello alla "straordinarietà della situazione" e quindi con riferimento alla cosiddetta "medicina delle catastrofi"⁹: in occasione di calamità, eventi imprevisi e numericamente significativi, quando molti pazienti richiedono cure contemporaneamente, si effettua un *triage* (smistamento) che non privilegia necessariamente i più gravi, bensì coloro che hanno maggiore possibilità di esito positivo alle cure. Ma una simile circostanza non scioglie, a mio avviso, i problemi etici che tali scelte pongono, né, soprattutto, tale "smistamento" autorizza l'abbandono dei pazienti, cosicché sarebbe doveroso predisporre in ogni caso almeno assistenza e accompagnamento, come non sempre è avvenuto nel caso della presente epidemia, in quei casi nei quali i pazienti sono stati abbandonati presso il proprio domicilio: le statistiche dicono che chi necessitava di cure in terapia intensiva e non le ha ricevute è morto con una percentuale che si avvicina al cento per cento. Nel corso dell'emergenza si è parlato diffusamente di risorse e strumenti, ma assai poco di accoglienza e accompagnamento, ossia si sono privilegiate solo alcune dimensioni della cura, trascurandone altre, ad esempio la privazione della dimensione relazionale, da tempo riconosciuta come cruciale per l'efficacia terapeutica e, per l'appunto, l'accompagnamento finale. In occasione di futuri bilanci andrebbe valutato quanto spazio abbiano avuto, in questo periodo concitato, le cure palliative, le quali rappresentano l'essenza del prendersi cura anche in assenza di pos-

dovranno escludere le persone di 80 anni e persino quelle di 60-70 che hanno altre patologie.

8 Cfr. ad es. *Considerazioni etiche riguardo l'epidemia di Covid-19 e gli interventi clinico-sanitari* del Comitato Etico per le attività sanitarie dell'Azienda Provinciale per i servizi sanitari della Provincia di Trento.

9 Cfr. ad es. J.P. Leider, D. DeBruin, et al., *Ethical Guidance for Disaster Response, Specifically Around Crisis Standards of Care: A Systematic Review*, in "American Journal of Public Health", vol. 107, n. 9, 2017.

sibilità di guarigione¹⁰. L'eventuale consenso informato circa le decisioni assunte in conseguenza della carenza di risorse deve essere accompagnato dall'illustrazione delle alternative offerte in termini di alleviamento del dolore: la comunicazione, al paziente o ai familiari, non può consistere semplicemente in "nessuna cura".

Tra le voci in dissenso rispetto all'iniziale impostazione della Siaarti, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCEO) ha sottolineato come questo genere di "scelte" sia estraneo alla professione medica e al suo codice deontologico e ha manifestato un netto rifiuto di questa sorta di "triage di guerra", inducendo la Siaarti a produrre un nuovo documento congiunto nell'ottobre 2020, nel quale sono stati riaffermati i seguenti criteri di valutazione per l'accesso alle cure salvavita: "la gravità del quadro clinico, le comorbidità, lo stato funzionale pregresso, l'impatto sulla persona dei potenziali effetti collaterali delle cure intensive, la conoscenza di espressioni di volontà precedenti nonché la stessa età biologica, la quale non può mai assumere carattere prevalente", con l'aggiunta che "il ricorso a tali criteri non può essere inteso come il diniego del principio non negoziabile dell'uguaglianza di valore di ogni essere umano. Sono garantiti quali criteri di scelta sotto il profilo deontologico e professionale: 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 situazioni di vulnerabilità. Tali criteri di scelta non possono essere utilizzati separatamente"¹¹. Si è tentato in tal modo di attenuare l'impostazione iniziale e rendere più coerente con il codice deontologico l'adozione di condotte in astratto difficilmente giustificabili.

Il documento Siaarti non è, in verità, una novità assoluta. Vi sono diversi precedenti che analizzano le possibili difficoltà allocative, in particolar modo nella disponibilità di terapie rianimative, in situazioni pandemiche o di disastro naturale o di analoga emergenziale crescita di richieste che non possano essere interamente soddisfatte in condizioni di limitatezza di risorse. Persad, Wertheimer, Emanuel già in un precedente articolo del 2009¹²

10 Ricordiamo che le cure palliative sono ormai un diritto normato dalla L. 38/2010. Su tale tema cfr. C. Stroud, S.L. Hanson, et al. (a cura di), *Committee on Guidance for Establishing Standards of Care for Use in Disaster Situations*, National Academies Press, Altevogt, BM, 2009.

11 Documento congiunto FNOMCEO-SIAARTI 22 ottobre 2020: <http://www.siaarti.it/News/Scelte%20terapeutiche%20in%20condizioni%20straordinarie%20Documento%20congiunto%20FNOMCeO-SIAARTI.aspx>.

12 G. Persad, A. Wertheimer, E.J. Emanuel, *Principles for allocation of scarce medical interventions*, in "Lancet", n. 373, 2009, pp. 423–31.

individuavano le succitate quattro categorie di principi etici ai quali conformare le scelte allocative: *trattare le persone allo stesso modo, favorire chi sta peggio, massimizzare i benefici totali, promuovere e premiare l'utilità sociale*, riconoscendo che nessuno di essi è sufficiente e che piuttosto occorrono una valutazione multifattoriale e un approccio multivaloriale, ma in quello scritto anche questi autori reputavano lecito privilegiare chi avesse più anni di vita a disposizione. Alle valutazioni cliniche, dunque, si affianca con una certa frequenza un (presunto) *principio utilitaristico di massimizzazione dei benefici*; d'altronde, non vi è altro modo per sostenere la legittimità "etica" della scelta di curare alcuni pazienti piuttosto che altri; alla luce, ad esempio, di un'etica dei principi ciò non sarebbe possibile. Il Comitato etico del Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie del Dipartimento della salute degli Stati Uniti ha pubblicato nel 2011¹³ un documento dal titolo "*Considerazioni etiche per il processo decisionale relativo all'assegnazione di ventilatori meccanici durante una pandemia influenzale grave o un'altra emergenza sanitaria pubblica*", con lo scopo di proporre un resoconto "del complesso panorama etico associato al processo decisionale sull'allocazione delle scarse risorse sanitarie di sostegno vitale"¹⁴, e un supporto per decisioni le quali, per risultare giuste ed eque, devono essere il risultato di un confronto tra le diverse parti coinvolte, vale a dire non solo personale sanitario, bensì pazienti e loro rappresentanti, esperti legali, bioeticisti. In considerazione dell'insostenibilità dei costi di un approvvigionamento idoneo ad affrontare qualsiasi emergenza, si giudica necessario bilanciare *esigenze di sanità pubblica e pratica clinica*. Se gli ordinari criteri di triage, il *sickest first* (il più malato per primo) e il *first-come, first-served* (primo arrivato, prima curato), secondo i quali i doveri fiduciari verso i pazienti presenti hanno la priorità sui potenziali benefici per gli altri pazienti, si rivelano inadeguati, e se occorre assegnare priorità

13 Ciò a seguito del riconoscimento del carattere pandemico dell'influenza A H1N1 nel 2009, poiché, sebbene quell'influenza non avesse determinato situazioni di emergenza come quelle causate dal SARS-CoV-2, si intendeva prevenire eventuali future difficoltà.

14 Ethics Subcommittee of the Advisory Committee to the Director, Centers for Disease Control and Prevention, *Ethical Considerations for Decision Making Regarding Allocation of Mechanical Ventilators during a Severe Influenza Pandemic or Other Public Health Emergency*, 2011, p. 3. Cfr. anche A.V. Devereaux, J.R. Dichter, M.D. Christian, et al., *Definitive care for the critically ill during a disaster. A framework for allocation of scarce resources in mass critical care*, in "CHEST", n. 133, 2008, pp. 151-66; Institute of Medicine, *Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations*, National Academy Press, Washington, 2009.

nell'utilizzo di strumenti salvavita a chi potrebbe ricavare i maggiori benefici, ne deriva che sarebbe consentito scegliere di non curare un malato più grave e ciò configurerebbe una "gestione prudente di risorse scarse". Colpisce, però, che questo sia reputato e definito come un criterio *etico*, sebbene non garantisca, evidentemente, il principio di giustizia, né un pieno bilanciamento tra scarsità, equità, coerenza d'azione nel tempo, conservazione della fiducia dei pazienti e della collettività e dovere di scongiurare discriminazioni. Un criterio di giudizio etico, in effetti, dovrebbe fornire un parametro o un metodo per giudicare della "bontà" di un'azione, è il risultato di una riflessione sulle regole idonee a distinguere ciò che è bene da ciò che è male, dunque ad individuare i metodi per valutare i comportamenti secondo principi e identificare i valori che consentono una vita "buona", e non si vede come una valutazione che determini la scelta di non curare, con il conseguente esito infausto, possa essere considerata un criterio di moralità. Tali documenti e linee-guida compiono costanti riferimenti, a titolo di giustificazioni teoriche, a un approccio utilitaristico che fa coincidere la moralità con il "bene per il maggior numero", ma, a ben vedere, dell'utilitarismo si fa per lo più un uso strumentale e anche sommario, ossia si estrapola in maniera approssimativa l'elemento del "calcolo delle utilità", così caro alla teoria economica classica, ossia della misurazione costi-benefici, trascurando il cuore stesso della teoria etica utilitaristica: sebbene dell'utilitarismo si siano avuti diversi modelli e versioni, in linea generale secondo il "principio sociale" dell'utilitarismo non c'è vero utile per l'individuo se esso non favorisce anche il maggior bene possibile per tutti e il giudizio morale è il calcolo delle conseguenze delle azioni sulla totalità dei soggetti coinvolti. Il calcolo costi-benefici è una *scelta razionale* che incorpora l'ideale morale dell'imparzialità e non sembra così facile applicare misure di efficienza morale alla decisione di consentire o meno la sopravvivenza di alcuni individui, anche perché non è chiaro *quale* "efficienza" andrebbe misurata. Non solo la possibilità della comparazione interpersonale delle utilità, vale a dire che si dia qualche modo di misurare con lo stesso metro unità di benefici o svantaggi non solo individuali ma interpersonali, è stata sovente messa in dubbio, escludendo che un approccio utilitaristico sia idoneo a risolvere la maggior parte dei problemi morali, in quanto una simile comparazione comporta conflitti di interessi fra individui, ma per giunta, nel caso in esame, si presume di poter sommare fra loro vantaggi e svantaggi derivanti a individui diversi per determinare l'utilità complessiva, quando in gioco vi è la sopravvivenza di alcuni individui a discapito di altri.

Oltre a un possibile conflitto di interessi tra singoli individui, la pandemia ha anche evidenziato, come si accennava, una contrapposizione tra

diritto individuale alla salute e interesse collettivo. Nello stesso periodo un articolo sugli *Annals of Internal Medicine*, una rivista medica accademica tra le più citate e influenti al mondo, pubblicata dall'American College of Physicians, riconosceva che "l'etica della salute pubblica differisce dall'etica clinica dando priorità alla promozione del bene comune, oltre a proteggere l'autonomia individuale"¹⁵. Ora, è possibile deliberare, ad esempio, che una vita lunga abbia maggior valore di una breve ma più intensa, o che una vita sana più breve abbia maggior diritto ad essere preservata di una lunga ma con patologie? Età, prognosi a lungo termine, stato funzionale sono di volta in volta indicati come termini di riferimento per l'accesso alle terapie salvavita, ma ogni selezione viola alla radice il principio di giustizia, poiché pazienti in condizioni simili *da un punto di vista eticamente rilevante* possono essere trattati in modo diverso: tali "scelte" possono generare l'effetto, seppur non intenzionale, di giudicare non meritevoli di essere salvati alcuni gruppi di individui. E "sebbene l'obiettivo utilitaristico di massimizzare i benefici netti sia un importante principio di salute pubblica, [...] dal punto di vista etico, allocare risorse scarse durante una pandemia grave vagliando solo le possibilità di sopravvivenza alla dimissione ospedaliera è insufficiente perché omette altre importanti valutazioni etiche"¹⁶. Da una prospettiva non-utilitaristica, ad esempio, si privilegierebbe la massimizzazione del numero di vite salvate, poiché tutte le vite sono ritenute di pari valore, e non si terrebbe in considerazione il numero di anni di vita che le persone dimesse potrebbero avere dinanzi a sé. E se si ritiene che ciascun membro della società detenga un valore intrinseco, poiché la considerazione del contributo che questi può fornire o della sua "utilità" per la società genererebbe discriminazioni nei confronti di soggetti non

15 D.B. White, M.H. Katz, J.M. Luce, B. Lo, *Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions*, in "Annals of Internal Medicine", n. 150, 2009, pp. 132-138. Cfr. anche J.Y. Lin, L. Anderson-Shaw, *Rationing of resources: Ethical issues in disasters and epidemic situations*, in "Prehospital and Disaster Medicine", vol. 3, n. 24, 2009, pp. 215-221.

16 Ethics Subcommittee of the Advisory Committee to the Director, *op. cit.*, p. 14. "In condizioni ordinarie, a maggior vulnerabilità si risponde con maggiore sforzo e maggior impiego di mezzi e risorse. In fasi del tutto straordinarie, come quella prodotta dall'emergenza pandemica, questa logica non è semplicemente modificata, avvicinandosi agli estremi rimanendo però all'interno dello stesso spettro; essa risulta semplicemente sovvertita: a maggior vulnerabilità corrisponde la rinuncia all'intervento." C. Casonato, *Salute ed eguaglianza alla prova dell'emergenza*, in G. De Minico, M. Villone (a cura di), *Stato di diritto ed emergenza tecnologica*, "Consulta On Line Rivista di diritto e giustizia costituzionale", luglio 2020, p. 123.

normodotati, argomenti come il “valore sociale” o “strumentale” (vale a dire, per l'appunto, il contributo che un determinato individuo può fornire se questi ad esempio appartiene a una categoria di personale sanitario, oppure, nel caso in esame, fosse un produttore di vaccini), forniscono giustificazioni poco convincenti da un punto di vista etico. Anche l'obiettivo inizialmente suggerito da alcuni capi di Stato di favorire la cosiddetta “immunità di comunità” si ritiene rifletta una logica di tipo utilitaristico (in verità, sarebbe meglio qui adoperare il termine “utilitario”, poiché si seguirebbe un orientamento estraneo, in senso proprio, al principio sociale dell'utilitarismo), intesa in tal caso nel senso più brutale: un modo per salvare delle vite a lungo termine sacrificandone un certo numero (comunque assai significativo e comprendente soprattutto persone più fragili, più anziane, più svantaggiate) al momento, e nel contempo salvaguardare equilibri economici. Ma l'etica pubblica può basarsi sulla preservazione dell'interesse di molti a discapito dell'interesse di pochi o di una minoranza? Non discutiamo forse da qualche decennio di come assicurare anche alle minoranze il pieno accesso a tutti i benefici sociali? L'etica pubblica è volta a garantire che ciascun individuo consegua il maggior benessere possibile, perciò la maggioranza dei cittadini e una minoranza, debole, malata, affetta da SARS-CoV-2 o anziana, non rappresentano due gruppi da contrapporre e i diritti del secondo gruppo non dovrebbero essere sacrificati ad un presunto bene maggiore. Con tutta evidenza, l'unico modo eticamente accettabile di raggiungere un'immunità diffusa è l'impiego di vaccini. Nella gran parte della letteratura in materia sembra invece inevitabile che il perseguimento del bene collettivo autorizzi a comprimere i diritti individuali e ad operare delle scelte di *non-cura*; il documento Siaarti appare ai lettori che non svolgono professioni sanitarie (e pertanto non hanno diretta esperienza di situazioni emergenziali) animato da un pragmatismo sconcertante proprio in quanto *legittima* l'adozione di criteri extra-clinici nelle scelte, a parità di situazione clinica. Anche lo Hastings Center, nelle linee guida per i comitati etici, “*Gestione dell'incertezza, salvaguardia delle comunità, guida pratica*”, osserva che “un quadro eticamente valido per l'assistenza sanitaria durante le emergenze di salute pubblica deve bilanciare il dovere di cura incentrato sul paziente – il fulcro dell'etica clinica in condizioni normali – con i doveri incentrati sul pubblico per promuovere l'uguaglianza delle persone e l'equità nella distribuzione dei rischi e benefici nella società: il fulcro dell'etica della salute pubblica”¹⁷. Si riconosce, insomma,

17 The Hastings Center, *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) – Guidelines for Institutional*

che la necessità di assicurare la salute generale in occasione di una pandemia può determinare la riduzione del diritto individuale alla salute o quanto meno un conflitto tra le due istanze, e si suggerisce che occorra operare un *bilanciamento* tra il dovere di cura dell'individuo in condizione di bisogno – che è un' *obbligazione sia legale che morale* – e l' *equità nell'allocazione di risorse limitate* tenendo conto della sicurezza pubblica. Sembra, insomma, che un'etica della salute pubblica possa giustificare un cambiamento di prospettiva, che consentirebbe di accantonare la pratica clinica centrata sul paziente, anche se questo approccio generasse una riduzione della qualità della cura. Invece “la priorità per le risorse limitate dovrebbe mirare sia a salvare la maggior parte delle vite sia a massimizzare i miglioramenti nella durata della vita post-trattamento degli individui. Salvare più vite e più anni di vita è [...] coerente sia con le prospettive etiche utilitaristiche che enfatizzano i risultati per la popolazione, sia con le visioni non utilitaristiche che enfatizzano il valore supremo di ogni vita umana”¹⁸. Privilegiare l'aspettativa di vita a lungo termine penalizzerebbe non solo gli individui in età avanzata, ma i pazienti con aspettativa di vita ridotta a causa di disabilità o malattie aggravate da condizioni sociali disagiate¹⁹, mentre dovrebbero essere trattati alla stessa maniera tutti i pazienti che non si trovino in stadi talmente avanzati di una condizione patologica grave da mostrare assai limitata eventualità di sopravvivenza. Perciò, tra gli altri, il Comitato Etico per la pratica clinica dell'adulto dell'Azienda Ospedale-Università di Padova ha avvertito la necessità di ribadire che non può darsi alcun *automatismo* qualora si presentasse la necessità di selezionare i pazienti, e che comunque ciò può avvenire solo nel caso non vi sia alcuna disponibilità alternativa in nessun'altra struttura; che, inoltre, non si può trascurare il “rispetto dei principi etici cardine della pratica clinica”: non è sufficiente richiamare i principi di beneficenza e di autonomia, ma occorre ribadire la centralità del principio di giustizia, “particolarmente rilevante

Ethics Services Responding to COVID-19, March 16, 2020, p.1.

18 E. J. Emanuel, G. Persad, *op. cit.*

19 “La salute è anche influenzata dallo status sociale; [...] le persone più povere e non assicurate hanno più difficoltà a gestire i problemi di salute. [...] Queste condizioni di base dovrebbero avere importanza nel modo in cui valutiamo chi dovrebbe utilizzare un ventilatore”; se si tiene conto solo “della fisiologia e dell'aspettativa di vita di un individuo”, si utilizzano “fattori al di fuori del controllo delle persone. [...] Quando guardiamo alla nostra risposta sociale alla crisi e calcoliamo chi è stato selezionato per l'accesso al ventilatore, sembra certo che i gruppi che erano già svantaggiati siano stati di nuovo svantaggiati.” H. Schmidt, *The Way We Ration Ventilators Is Biased. Not every patient has a fair chance*, New York Times, April 15, 2020.

nelle circostanze attuali”, soddisfacendo “l’esigenza di garantire a ciascuno – riconosciuto pari agli altri sul piano della dignità, sotto tutti i profili – il più alto standard di cure mediche compatibile con un’equa distribuzione delle risorse a disposizione”. Si rigetta, dunque, il mero criterio anagrafico, in favore di un più ampio riferimento a principi di equità e giustizia: “Solo qualora questo non risultasse possibile o bastevole, si potrà prendere in considerazione di integrare i condivisi criteri di valutazione dell’appropriatezza del ricovero in Terapia Intensiva, dando priorità ai soggetti che – a parità di bisogno – si prevede possano beneficiare maggiormente del trattamento. Si sottolinea come tale eventuale valutazione non possa che derivare dal bilanciamento di una molteplicità di dimensioni – non solo l’età anagrafica – al di fuori di ogni automatismo”²⁰. Anche il CNB, nel suo parere sulla gestione dell’emergenza da SARS-CoV-2, rilevando il manifestarsi di un “conflitto fra gli obiettivi collettivi di salute pubblica (assicurare il massimo beneficio per il maggior numero di pazienti) e il principio etico di assicurare la massima tutela al singolo paziente”, ha richiamato come prioritari “i principi di giustizia, equità e solidarietà”, per riaffermare “il criterio clinico come il più adeguato punto di riferimento, ritenendo ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l’età, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l’appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, eticamente inaccettabile”²¹.

3. *Inasprimento del conflitto tra etica ed economia in tempi di pandemia*

Il dibattito, dunque, si è fin qui configurato come riconducibile alla domanda se le politiche sanitarie debbano attenersi a valutazioni inerenti la massimizzazione della salute pubblica, oppure a principi di eguaglianza tra tutti gli individui, e senza dubbio tale questione ha una rilevanza etica. Ora, il conflitto è una condizione naturale nella riflessione etica, non solo dal punto di vista teorico, ma nella pratica: è un suo elemento costitutivo, per dir così, sebbene l’etica non possa essere considerata una mera disciplina “tecnica” dei conflitti. Un “dilemma etico” può scaturire dal conflitto tra valori che risultano incompatibili, ma detengono la medesima dignità, tra principi egualmente validi da punti di

20 http://www.aopd.veneto.it/all/Emergenza_Covid-19_note_del_Comitato_Etico_per_la_Pratica_Clinica_delladulto.pdf

21 CNB, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”*, aprile 2020, p. 6.

vista diversi, i quali presentano alternative reali e possibili che appaiono egualmente giustificabili e produrranno conseguenze su qualche individuo. Ed effettivamente la scelta circa quale paziente far sopravvivere assume la connotazione di una grave criticità. In un tal genere di circostanza si individuano “metodi” o “tecniche” (da cui le teorie della scelta razionale) per la soluzione dei problemi di condotta, nella convinzione che ciascun problema possa pervenire a una soluzione razionale, che coincide generalmente con quella che produce maggiore “utilità”. Ma nel nostro caso non siamo dinanzi a scelte tra valori incompatibili, bensì alle conseguenze di deliberazioni allocative e a condizionamenti di ordine concreto: dunque, il “dilemma” non è *sostanziale* e di principio, nella sua genesi, ma lo è relativamente a circostanze fattuali; non siamo in presenza di un vero conflitto bioetico, poiché la dicotomia tra tutela individuale e massimizzazione del bene sociale è generata non da questioni astratte e di principio, bensì da fattori di ordine economico e sociale. Appropriatezza e proporzionalità, i criteri sanitari di valutazione riconosciuti unanimemente come validi e connotati anche di una specifica rilevanza etica, in special modo dopo il consolidamento delle definizioni di accanimento terapeutico e consenso informato, non sono stati sempre nel corso della pandemia i criteri di scelta non a motivo di dubbi sulla loro validità, bensì a seguito di pregresse opzioni di ordine economico, che hanno determinato una carenza di risorse e di personale; perciò non è stato posto in discussione il principio che *di norma* tutti dovrebbero essere curati e salvati, né si è in presenza di un disaccordo morale teorico, ossia di un conflitto tra principi opposti e quindi in un contesto di competenza della riflessione etica, ma di un contrasto tra l'applicazione di principi morali e le esigenze dettate da scelte di sostenibilità economica e *in conseguenza di ciò* di una domanda circa gli interessi da privilegiare. Strategie e scelte economiche hanno avuto riflessi ed effetti sulla salute e su valutazioni eticamente rilevanti in merito alle terapie salvavita, determinando la coartazione del criterio clinico in favore di quello extra-clinico al punto che in tal modo, riprendendo la distinzione proposta all'inizio, ci si è trovati nella condizione di agire e scegliere piuttosto come società collettivistiche che individualistiche. In Italia, la Legge 23 dicembre 1978, n. 833, “Istituzione del servizio sanitario nazionale”, finalizzata al “mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di *tutta* la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”, prescrive universalità e non-discriminazione, riflettendo, d'altronde, il

dettato costituzionale. Nelle circostanze in esame non solo il criterio universalistico non ha trovato piena realizzazione²², in buona misura a causa di pregresse scelte allocative che hanno alterato l'ordine delle priorità, ma, soprattutto, le decisioni di non-cura non sono scaturite da "un equilibrio fra la ragionevole compressione di un diritto a fronte della proporzionata prevalenza di un altro," bensì sono pervenute a una situazione ben più grave e ad un punto di non-ritorno, ossia "a pregiudicare in radice ogni chance di guarigione di un malato rispetto ad un altro"²³. Sebbene l'aspirazione ad essere ordinariamente preparati ad affrontare l'eccezionalità appaia un ossimoro e le istanze etiche non possano ignorare le problematiche connesse alla scarsità di beni, il criterio della massimizzazione dell'utile e quello della difesa del valore della singola vita restano due approcci inconciliabili. Le etiche teleologico-utilitaristiche sono spesso preferite dagli economisti poiché sembrano suggerire un metodo pratico per pervenire a decisioni circa le strategie più opportune attraverso una "misurazione" e un calcolo costi-benefici: in linea generale, la teoria etica sottintesa nell'economia classica è di questo tipo. Dal punto di vista di un'etica dei principi, invece, vi sono valori e diritti che non possono essere violati indipendentemente dal quantitativo di benessere o utile complessivi che la loro violazione potrebbe produrre, e che quindi non consentono né prevedono una giustificazione attraverso qualche tipo di calcolo di utilità. Infatti, come si può risolvere la difficoltà di effettuare i confronti interpersonali di utilità quando la posta in gioco è la sopravvivenza e il risultato non redimibile? Vi è un limite a ciò che si può ragionevolmente garantire senza generare diseconomie; tuttavia, in tale delicato ambito, i principi cardine di riferimento devono restare l'equità e l'evidenza scientifica e il rapporto costo-utilità, nell'utilizzo di una risorsa sanitaria, ossia il vantaggio di salute in rapporto alle risorse spese, non può costituire il criterio prevalente. Vi è uno stretto intreccio tra politica, economia e bios che rischia di relegare in secondo piano il fine autentico della medicina. Perciò occorre concepire il SSN come un valore e non come un

22 "La medicina contemporanea [...] è diventata così efficace, ma anche dispendiosa, da non poter, paradossalmente, essere esercitata in termini realmente universalistici, e da dover essere, in qualche modo, limitata." C. Casonato, *op. cit.*, p. 121. Cfr. anche M. Scheggi, *Costi standard e livelli essenziali di assistenza. Problemi applicativi del federalismo nel settore sanitario*, Report dell'Istituto di Management sanitario, Firenze 2009; P. Di Vittorio, *Salute pubblica* in R. Bradimarte, P. Chiantera, et al. (a cura di), *Lessico di biopolitica*, Manifestolibri, Roma 2006.

23 C. Casonato, *op. cit.*, p. 122.

mero costo, e le spese in salute non come costi netti, bensì come investimenti, non solo perché strettamente legate alla tutela dei diritti e alla realizzazione del dettato costituzionale, bensì perché trascurare questo aspetto in favore di investimenti in apparenza più remunerativi significa indebolire il tessuto sociale del Paese e correre il rischio, come nel caso dell'attuale pandemia, di dover sopperire con investimenti straordinari e meno controllabili, infine realizzando con maggior probabilità sprechi. Il WHO ha rilevato come l'emergenza da SARS-CoV-2 abbia implicazioni di ampia portata anche in settori non strettamente sanitari, bensì di "salute pubblica globale, stabilità socioeconomica, sicurezza alimentare e altri beni sociali"²⁴, con particolare riferimento alle disparità di accesso all'assistenza sanitaria nelle diverse aree del mondo, e nel forum dello Hastings Center si parla addirittura di "etica globale in caduta libera" a seguito dell'emergenza da SARS-CoV-2²⁵. Se si pensa che il 40% delle famiglie a livello mondiale non dispone di una struttura per il lavaggio delle mani con acqua e sapone e che questa pratica è ritenuta uno dei primi strumenti per arginare la diffusione dell'epidemia, si comprende come molte delle raccomandazioni reiterate durante la diffusione del SARS-CoV-2 fossero nei fatti destinate solo a una parte della popolazione mondiale. Perciò quando la pandemia sarà alle spalle e si potrà forse finalmente riflettere con maggior serenità su come configurare un'etica globale per la salute, si dovrà richiamare l'attenzione sui fattori non sanitari che sono determinanti per la salute stessa, come l'istruzione, l'alimentazione, la disponibilità di acqua potabile e impegnarsi affinché la scienza divenga "aperta", per una sempre più ampia condivisione dei saperi, una cooperazione internazionale nell'ambito della salute, delle scienze mediche e della biomedicina, le cui promettenti prospettive per il futuro non possono servire soltanto a garantire profitti alle multinazionali della chimica e della farmaceutica²⁶. Occorrerà perseguire gli obiettivi di offrire un accesso alle cure

24 WHO, *Key criteria for the ethical acceptability of COVID-19 human challenge studies*, 6 May 2020.

25 S. Venkatapuram, *COVID-19 and the Global Ethics Freefall*, in *Covid-19, Ethics, Global Health, Hastings Bioethics Forum, Pandemic Planning*, The Hastings Center, March 2020. <https://www.thehastingscenter.org/covid-19-and-the-global-ethics-freefall/>

26 Il "Piano S", adottato dal Consiglio Europeo della ricerca nel 2018 e che si auspica divenga effettivo nel 2021, finalizzato a rendere *open access* tutte le ricerche finanziate da enti pubblici europei, muove proprio in tale direzione. "La catena in base alla quale le nuove scoperte scientifiche sono costruite su risultati precedentemente stabiliti può funzionare in modo ottimale solo se tutti i risultati della

efficace per tutti i pazienti idonei ai servizi di terapia intensiva in circostanze ordinarie, i quali *rimangono idonei anche in circostanze eccezionali* senza esclusioni basate su età, disabilità o altri fattori; di assicurare valutazioni individualizzate per tutti i pazienti fondate sulle migliori tecniche mediche disponibili; di garantire che a nessuno venga negata l'assistenza sulla base di giudizi sul "valore" individuale. Ciò richiede, però, che si trovi una composizione al conflitto tra economia, che cerca profitti nel breve-medio termine, e salute, che richiede investimenti nel lungo termine, e a quello tra politica, che chiede risposte certe e rapide, e scienza, che necessita di tempo e verificazioni multiple.

4. *I limiti delle scelte*

Quasi mai i sistemi sanitari riescono a garantire tutto a tutti, ma, per quanto possano risultare ragionevoli, sensate e anche giuridicamente inoppugnabili, le deliberazioni di non somministrare terapie ad alcuni pazienti sono *non-etiche* nella sostanza e se ci si limita a riconoscere come inevitabile la limitatezza delle risorse e ad adoperarsi per individuare criteri di condotta il più possibile accettabili, si finisce col piegare le istanze dell'etica a esigenze che non sono sue proprie, ma del sistema economico. I principi bioetici fondamentali di beneficenza, autonomia e giustizia hanno avuto in occasione della pandemia da SARS-CoV-2 una declinazione parziale, ma la funzione di stimolo alla crescita della responsabilità che l'etica pubblica deve esercitare impedisce di *normare* una tale condotta. Dal punto di vista giuridico ed economico, tenere in considerazione l'aspettativa di vita può anche costituire la miglior realizzazione possibile di una giustizia distributiva, presupponendo in ogni caso che si sia fatto tutto il possibile per garantire la miglior cura e non vi siano automatismi, ma si valuti caso per caso. Tuttavia vi è una differenza tra condotta *legale* e condotta *morale*, poiché l'etica include un ambito più ampio di quello circoscritto dalla legge, e può (in alcune circostanze storiche è stato così) addirittura contraddire il dettato legislativo se siano in gioco principi inderogabili. Da un punto di vista etico, pertanto, vi sono molte ragioni per respingere la richiesta di individuazione di prescrizioni per un triage selettivo, non solo per evitare di suggerire che talune vite non meritino o non abbiano diritto ad essere salvate, ma soprattutto perché tale prassi non è etica in sé. È auspicabile

ricerca sono resi apertamente disponibili alla comunità scientifica." <https://www.coalition-s.org/why-plan-s/>.

considerare in ogni circostanza *tutti* i pazienti eleggibili, sebbene in casi estremi sia necessario dare la priorità a coloro che hanno maggiori probabilità di beneficiare di terapie e sussidi limitati. Probabilmente un modello ispirato a obblighi assoluti atti a determinare le condotte giuste indipendentemente dalla valutazione delle loro conseguenze non è interamente compatibile con le esigenze economiche e le difficoltà allocative di un servizio sanitario nazionale, ma il principio etico dell'universalità racchiude un precetto di giustizia inderogabile, il quale implica che un giudizio morale deve trattare *situazioni simili in modo simile*. Se ambire a una programmazione sanitaria così lungimirante ed economicamente consistente da garantire che vi sia sempre a disposizione tutto per tutti è forse impossibile, sebbene alla luce dell'accaduto talune priorità negli investimenti andranno sicuramente riviste, e se è certo necessaria e opportuna una riflessione ampia e condivisa sui criteri di allocazione delle risorse in situazioni estreme, quali quelle emerse in occasione della pandemia da SARS-CoV-2, tuttavia la cornice entro la quale tale dibattito dovrà svolgersi è che tale condotta è praticata in situazioni-limite, ma in linea di principio l'individuazione di criteri preferenziali per l'accesso a cure salvavita è inammissibile e qualsiasi "scelta" è pur sempre eticamente ripugnante, poiché salvare una vita quando ciò è *tecnicamente* possibile è un dovere morale assoluto, e se non è possibile nei fatti, ciò non rende lecita né moralmente giusta quell'azione omissiva, ma solo concretamente inevitabile, e non ne redime l'ingiustizia e, vorrei aggiungere, l'immoralità, *sostanziale*.

RAFFAELE PRODOMO

RIFLESSIONI ETICHE SULLA PANDEMIA DA SARS-COV-2 IN PROSPETTIVA EVOLUZIONISTICA

1. Premessa

La terribile esperienza della pandemia da virus Sars-Cov-2, ha messo in evidenza due esigenze. Da una parte, quella di potenziare la capacità critica dell'opinione pubblica nei paesi di tradizione liberale e democratica, offuscata dalla tendenza all'omologazione emersa nel dibattito politico con l'eccezione di un negazionismo demenziale al quale sarebbe profondamente sbagliato concedere il monopolio della critica, consapevoli che contestare sempre e tutte le regole equivale all'anarchia. D'altra parte, si è resa evidente anche la necessità di adottare comportamenti collettivi che richiedono una massiccia dose di disciplina, insperata in un popolo come il nostro che in precedenza non aveva mai brillato per l'osservanza di regole rigide. Anche in questo caso bisogna essere consapevoli che una disciplina eccessiva porta direttamente alla dittatura. Soddisfare entrambe queste esigenze, di critica e di disciplina, sembrerebbe, a prima vista, contraddittorio, ma a ben riflettere è proprio quello che si propone come obiettivo il metodo liberal-democratico. Per un liberale darsi una regola frutto dell'elaborazione razionale e del proprio convincimento etico è molto più efficace del farsene imporre una dall'esterno, poco compresa e ancora meno condivisa.

In questo scritto, mi soffermerò inizialmente sul come si possa incrementare lo spirito critico e quanto, all'uopo, conti un'adeguata educazione scolastica capace di liberarsi del nozionismo sterile, contro cui si scagliò per primo, pur tra mille contraddizioni, il movimento studentesco del '68. La considerazione di cui ha goduto la scuola di ogni ordine e grado, fino all'università, durante le fasi acute della pandemia è stata obiettivamente scarsa, elogiata a parole ma nei fatti tra le prime attività ad essere interrotte e per più tempo. E non si dica che partecipare alle lezioni da remoto possa surrogare in toto la partecipazione in presenza. Ancora una volta questo sarebbe vero se si trattasse solo di trasmettere nozioni, mentre è dal confronto con gli altri

studenti che si costruisce un abbozzo di società civile e di partecipazione politica, un processo che ha bisogno di luoghi fisici di incontro, aule scolastiche reali, anche se fredde e *sgarrupate*, come le definiva un immaginario studente della provincia di Napoli nel romanzo *Io, speriamo che me la cavo* che ebbe un notevole successo qualche anno fa¹. Dove il calore non viene dai termosifoni ma dalla passione, perché solo dalla passione e non dal dialogare con una web-cam si può sperare nasca la capacità critica di pensare con la propria testa e, in seconda battuta, di costituire un legame comunitario forte: “C’è bisogno di gesti fisici, di espressioni del volto, di silenzi, di linguaggio corporeo, e persino di profumo, tremito delle mani, rossore, sudore, perché tutto ciò parla e fa parte della comunicazione umana”². In queste parole che, in prima battuta, non ti aspetteresti da un Papa che pure si è attenuto con diligenza e spirito civico alle regole anti-contagio imposte dal governo, si coglie la convinzione ribadita con forza dalla massima autorità del cattolicesimo, circa la struttura analogica della natura umana. Una modalità comunicativa inevitabilmente mortificata dalle regole della distanza sociale.

Definita questa distinzione fondamentale tra analogico e digitale, si analizzeranno più in dettaglio le modalità educative congrue al perseguimento dell’obiettivo formativo prescelto: preparare i giovani ad assumere un ruolo da protagonisti attivi del cambiamento. Seguirà infine l’analisi di quanto avvenuto nel corso del 2020, con l’irrompere sulla scena mondiale di un fenomeno pandemico di colossali e del tutto inedite proporzioni. Per non soccombere di fronte a un nemico invisibile, contro cui non avevamo armi di difesa o offesa efficaci, ci siamo nascosti e abbiamo ridotto al minimo i rapporti sociali, ottenendo ottimi risultati, come fece l’esercito russo nei confronti di Napoleone nella campagna di Russia, ritirandosi e facendo terra bruciata all’invasore francese. L’analisi del periodo di chiusura totale non si limita a valutare i pregi indubbi nel rallentare la diffusione pandemica (anche se la strategia più *soft* messa in atto nel periodo da ottobre a dicembre, quello della cosiddetta seconda ondata è stata abbastanza efficace) ma mette in luce anche gli aspetti negativi della strategia epidemiologica, gli inevitabili effetti collaterali, in verità di non difficile individuazione.

In primo luogo, la crisi economica, pressoché inevitabile dopo il blocco totale di quasi tutte le attività produttive (con ripercussioni non ancora studiate sulla salute psichica delle persone colpite prima dal virus e poi dalla perdita del lavoro).

1 M. D’Orta, *Io, speriamo che me la cavo*, Milano, 1990.

2 Papa Francesco, *Fratelli tutti*, con guida alla lettura di Alessandra Smerillii, Roma 2020, p. 61.

Infine, si illustrerà anche una conseguenza negativa che ha inciso prevalentemente sul piano antropologico ed etico. Si tratta della profonda crisi di identità dovuta alla sistematica rinuncia, imposta dalle ferree regole anti contagio, a quasi tutti i comportamenti individuali e collettivi finora interpretati come caratteristiche positive della nostra specie. In tal modo, la batteria di comportamenti consigliati o scoraggiati (quando non esplicitamente proibiti) assume una connotazione implicitamente anti-evoluzionistica.

La tesi che si intende illustrare e sostenere sul piano antropologico ed etico è semplice: difficilmente si potranno più adottare blocchi totali delle attività così come sono stati ideati e realizzati nella primavera del 2020. Restare chiusi in casa per evitare il virus è stato un po' come nascondersi nelle catacombe per i primi cristiani che sfuggivano alle persecuzioni o come correre nei rifugi anti-aerei durante i bombardamenti nella seconda guerra mondiale. Soluzioni tampone utili in situazioni acute e provvisorie, Per il futuro dovremo inventarci soluzioni alternative di medio periodo altrettanto efficaci ma meno radicali. Ad esempio, con l'impiego di vaccini o di nuovi farmaci, anche se non si dovesse ottenere il risultato ottimale, ossia eradicare del tutto il coronavirus portandolo all'estinzione come si è fatto col virus del vaiolo, almeno si dovrebbe ottenere uno scudo parziale che ne attenui virulenza e letalità, magari contenendolo in poche aree endemiche. Mi sembra pacifico che non si possa fuggire e nascondersi per sempre, prima o poi si dovrà uscire anche se cadono ancora bombe o si corre il rischio della persecuzione. Questo non solo per rilevanti ragioni di ordine economico ma anche per una ragione, non meno importante, di carattere etico e antropologico che si analizzerà nella parte finale di questo scritto.

Sia ben chiaro, ad ogni modo, che ogni critica nei confronti del comportamento e delle reazioni delle popolazioni e dei governi (soprattutto quelli europei) non debba assolutamente eccedere in severità. Sarebbe ingeneroso dimenticare il carattere eccezionale degli eventi che si sono succeduti in questo fatidico anno 2020. Una pandemia di tale rapida e letale diffusione e intensità, infatti, è evento unico nella storia contemporanea, di proporzioni che possono dirsi veramente bibliche. Si sono rilevate qua e là iniziali sottovalutazioni del fenomeno e si è avvertita una carenza di strategie di intervento già predisposte e collaudate. Ma la reazione umana alla minaccia virale è stata complessivamente adeguata e, pur con qualche titubanza, abbastanza compatta e omogenea. In particolare, mi pare si possa affermare che esca rafforzata l'Unione europea che, per la prima volta si è presentata come soggetto unitario nel combattere contro la pandemia con una strategia comune (ad esempio nell'acquisto di vaccini e nell'elaborazione di un gigantesco piano per la ripresa economica).

Per ottenere un'adesione consapevole alle strategie di ostacolo alla diffusione virale (dal distanziamento sociale alla disponibilità alla vaccinazione) è indispensabile, abbiamo visto, lo spirito critico. Ma come si acquisisce tale capacità?

Si deve tornare indietro e partire dal periodo cruciale per la formazione della personalità individuale: l'adolescenza e la correlativa frequenza scolastica generatrice di valori comuni. Solo se si parte dalla scuola si potrà favorire la formazione di un diffuso spirito critico nella popolazione che consenta di adottare sulle grandi questioni etico-politiche un punto di vista equilibrato, in cui la critica è elemento di riflessione razionale sulle migliori modalità di affrontare un problema reale, oltre qualunque tipo di negazionismo irrazionale.

Ovviamente, non terremo conto dei metodi autoritari per affrontare la pandemia che richiedono, evidentemente, altri obiettivi formativi e peculiari parametri di riferimento (quel poco che si è saputo della strategia anti-epidemica cinese dovrebbe bastare come esempio di quanto appena affermato).

Esaminiamo, quindi, in via preliminare, quali strade sono percorribili in una società liberale e democratica per ottenere l'adesione ai metodi di contrasto alla diffusione virale individuati e proposti (a volte anche imposti) dai governi.

2. La scelta delle materie di studio e gli obiettivi formativi

Ogni tanto, da parte di più o meno improvvisati pedagogisti, si ripropone, in tema di programmi scolastici, il quesito classico, ossia quali materie far studiare ai nostri figli. Negli ultimi tempi ci si è chiesto, da parte di questi novelli riformatori, quale sia il ruolo dell'insegnamento della Storia nella formazione degli studenti. Qualcuno candidamente ha proposto di eliminare la traccia di storia dall'esame scritto di maturità, adducendo a giustificazione la considerazione che la Storia non serve a nulla sul piano pratico. Questa stucchevole domanda, a cosa serve studiare la materia A o B, impone una risposta che sembrerebbe ovvia, ma tale evidentemente non è se la domanda viene riproposta con ineluttabile quanto ottusa periodicità. Allora è opportuno ribadire che, se per servire si intende il fornire cognizioni specifiche di tipo tecnico da impiegare direttamente nella dimensione pratica lavorativa la Storia non serve a niente. Ma insieme alle scienze, alla filosofia e allo studio dei classici della letteratura, essa, serve ad altro obiettivo: formare le coscienze e lo spirito critico dei futuri cittadini di una

società liberale e democratica. Quindi è giusto che ci siano scuole tecnico-professionali, propedeutiche alla formazione di tecnici, ma non per questo si possono abolire i licei che sono chiamati ad altro e non meno importante compito formativo. Nel ripristinare la traccia di storia all'esame di maturità, il ministro dell'istruzione dell'epoca si esprime a favore di una scuola permeabile alle idee e proposte della società civile. Quindi, proporre anche una traccia storica nella prova scritta di italiano non cambia l'esame ma offre solo una possibilità in più. Possibilità importante che conferma il valore della conoscenza del passato per preparare al meglio il futuro.

3. *I ricorrenti attacchi alla teoria evoluzionistica*

L'insegnamento della Storia non è l'unico che ha subito attacchi e tentativi di ridimensionamento o cancellazione dai programmi scolastici. Non è l'unico esempio di atteggiamento denigratorio verso argomenti e contenuti didattici ritenuti pericolosamente sovversivi. Un sapere storico-scientifico che sviluppa il senso critico e come tale ha creato problemi ripetutamente ai benpensanti è l'evoluzione darwiniana³. Essa fu fatta scomparire all'improvviso e in maniera silenziosa qualche anno fa dai programmi ministeriali. Il fatto fu attribuito a una parte, non secondaria, della cultura cattolica, ma dopo molte reazioni avverse e polemiche le cose tornarono come prima e il darwinismo è ancora presente nei programmi scolastici⁴. Come noto il darwinismo fin dagli albori è stato inviso alle religioni alle quali sottraeva, apparentemente, il monopolio nella spiegazione degli inizi e dello sviluppo della vita sulla terra. Con Darwin non c'è bisogno di un Dio trascendente e creatore per spiegare il fenomeno vita, ma questa si dipana in maniera autonoma, guidata intrinsecamente da un processo immanente di produzione continua di individualità e novità, associato a vari meccanismi selettivi che garantiscono la sopravvivenza del più adatto.

Il problema non è tanto se ci fosse contrapposizione tra scienza e fede. In tal caso *nulla questio*, sappiamo come delinearne i rapporti reciproci riservando a entrambe una sfera indipendente nello spazio politico. La controversia si modifica in seguito al presentarsi di condizioni nuove. I sostenitori del progetto intelligente, o neocreazionisti (per distinguerli dai classici creazionisti che propongono un'accezione letterale del libro della

3 E. Mayr, *L'unicità della biologia*, Milano 2005.

4 Un'utile ricostruzione della vicenda in T. Pievani, *In difesa di Darwin*, Milano 2007.

Genesi) ritengono che la loro teoria che prevede la creazione divina della cellula, seguita poi da un processo indipendente di evoluzione di tipo darwiniano, sia da considerare scientifica e, in quanto tale, da insegnare a scuola insieme al darwinismo. In realtà in questo caso, non si tratta né di scienza né di religione, soprattutto non si può ricorrere a Dio come ipotesi scientifica né per confermarne né per confutarne l'esistenza perché, per definizione, la Scienza si propone lo studio dei fenomeni naturali e non si occupa di soprannaturale. Sarebbe come se l'astrologia si proponesse quale teoria scientifica antagonista dell'astronomia rivendicando la parità nelle cattedre universitarie e nell'insegnamento in generale compreso quello delle scuole di ogni ordine e grado. Abbiamo esaminato e indicato lo studio della storia e della teoria darwiniana come generatore di spirito critico, inteso come capacità di partecipare alla vita culturale e politica del proprio paese come cittadino attivo, libero e correttamente informato. A tal proposito niente è escluso dall'esame critico preliminare, anche i dati scientifici vanno interpretati e inseriti in un contesto che ne sappia valutare l'attendibilità. Tale lavoro preliminare è chiamato critica delle fonti, in campo storiografico, controllo della notizia nell'ambito dell'informazione dei mass media, revisione indipendente (attraverso il sistema del *referee* anonimo) nella letteratura scientifica.

4. Il ruolo del sapere critico nella società liberaldemocratica

Educare deriva dal latino *educere*, ossia portare fuori, ma da dove e verso che cosa condurre la persona da educare?

Forse proprio in riferimento a tale significato, a chi gli chiedeva che cosa si potesse fare per i giovani, Benedetto Croce rispondeva semplicemente che per i giovani si poteva fare ben poco, in ultima analisi non si poteva fare altro che aiutarli a diventare vecchi. Nell'ammonimento del filosofo napoletano, a parte la non nascosta polemica col giovanilismo di stampo fascista, è evidente la perplessità del saggio nei confronti del problema della corretta educazione delle giovani generazioni. Che cosa effettivamente si può fare per la loro crescita e maturazione, quali metodi e quali contenuti privilegiare?

Chiunque, come educatore professionale o come semplice genitore, si pone seriamente il problema non può non incontrare difficoltà e contraddizioni. Anche in questo caso, ma non per la moda estenuata e ormai estenuante per le etimologie (dalla quale è buona norma non lasciarsi coinvolgere) si può far riferimento al significato originario. Se con educazione si intende prendere qualcuno dall'infanzia e dall'adolescenza e

accompagnarlo alla maturità della vita adulta, è ovvio e consequenziale che si sceglieranno metodi e contenuti pedagogici adeguati agli obiettivi da raggiungere e, quindi, educare i futuri componenti di una società chiusa e autoritaria o formare la coscienza civile del cittadino di una democrazia non sono, ovviamente, la stessa cosa!

Ma anche per chi professa fedeltà ai valori liberali e democratici non è sempre chiaro un punto fondamentale: la loro convinta affermazione richiede, in primo luogo, l'incoraggiamento nei giovani dello spirito critico. Spirito critico che non è un fluido misterioso di cui il pedagogo, vantandone un possesso esclusivo, farebbe partecipi i discepoli più fortunati o fedeli, quanto piuttosto quella precaria capacità di scelte responsabili e autonome che nasce da un dialogo e confronto reciproco in cui si è sempre, contemporaneamente, maestri e discepoli indipendentemente dall'età. Con la consapevolezza che lo scavo critico nei costumi e nelle consuetudini sociali non è affatto indolore e l'opera del vero educatore è in genere mal retribuita e, dai conservatori di tutte le epoche, è spesso bollata come corruzione, anche se, fortunatamente, non a tutti tocca di subire la croce (Cristo) o la cicuta (Socrate).

Il grado di alfabetizzazione scientifica associato a una capacità critica ben allenata e sviluppata è fondamentale per riuscire a comprendere e a fare propri comportamenti adeguati in situazioni critiche come quella che stiamo attualmente sperimentando. La pandemia da virus Sars-Cov-2 ha testato a fondo la capacità di reazione della comunità scientifica e della popolazione di un determinato paese (in particolare quello che ci interessa maggiormente è l'Italia). Una reazione che si è manifestata tramite l'adesione massiccia a una strategia epidemiologica di contenimento del contagio virale.

Nelle pagine seguenti vedremo di illustrare tale strategia valutandone l'indubbio successo (direttamente proporzionale all'adesione della popolazione generale) mettendone in luce tuttavia le criticità eticamente rilevanti, soprattutto se l'analisi etica assume una consapevole prospettiva evoluzionistica, a mio avviso imprescindibile.

In primo luogo, importantissimi sono stati gli effetti economici negativi della chiusura totale delle attività, con una crisi economica senza precedenti, che ha toccato tutti noi su una scala planetaria. Meno evidenti, almeno inizialmente, le ripercussioni sul piano psicologico e etico, che hanno giocato un ruolo non inferiore a quello dei fattori economici nel determinare e aggravare la crisi generale.

In questa sede proverò a indicare e analizzare gli effetti collaterali negativi della strategia di chiusura totale sulla autocomprensione che la specie

umana ha di sé stessa, delle sue origini e del suo prevedibile percorso futuro. La mia conclusione è che un'altra chiusura totale ci costerebbe molto cara: un altro fermo potrebbe essere irrecuperabile e probabilmente non ce lo possiamo permettere, non solo per ragioni economiche ma anche per ragioni etiche. Per mettere a fuoco gli aspetti bioetici prima accennati è utile una breve ricognizione degli strumenti normativi disponibili, in particolare si presenteranno le metodologie per la valutazione morale in ambito bioetico sia in una prospettiva religiosa, cattolica e islamica, sia in prospettiva laica.

5. Bioetica, fedi religiose e giudizio storico

La fondazione di un universo morale omogeneo si è scontrata, secondo i teorici post-moderni, con la difficoltà di trovare valori condivisi in modo intersoggettivo.

Il conseguente relativismo radicale predica l'inconciliabilità assoluta tra i mondi culturali e morali della contemporaneità, dichiarando una vera e propria bancarotta del politico, se per politico si intende la dimensione di una coesistenza pacifica e fondata su valori (anche minimi) condivisi. Sembrerebbe che non esistano alternative tra il fondamentalismo e il relativismo. Proviamo, tuttavia, a immaginare una possibile terza via e cominciamo col porci degli interrogativi preliminari.

Si possono condividere le critiche post-moderne senza accettarne gli esiti disperanti?

Si può procedere nel tentativo di costruire valori etici condivisi e relativamente stabili nel tempo?

A questi interrogativi si chiamavano a rispondere, nel passato, prevalentemente le fedi religiose che rappresentavano uno sfondo etico condiviso. Ma la fede, come convinzione etica che motiva all'azione, non è un'esclusiva dei saperi rivelati che rinviando alla trascendenza, essa può anche essere il frutto di una ragione immanente. Vediamo di approfondire meglio la questione.

Il richiamo a un ordine naturale concepito in termini normativi e non solo descrittivi, ossia l'interpretazione della natura come sede di una legge morale di diretta derivazione divina è tipico della tradizione filosofica tomistica, fatta propria dalla Chiesa cattolica come propria fonte autoritativa (ricordiamo che nel concilio di Trento i testi di S. Tommaso furono considerati, in quanto autorità prescrittiva, allo stesso livello dei testi sacri evangelici!). L'aggancio alla natura come depositaria di una verità assoluta ed extra-storica crea, tuttavia, non pochi problemi in ambito bioetico e

medico. Spesso si colora di una generale e generica tecnofobia, altre volte accetta di fare delle distinzioni tra i vari interventi artificiali. In questo caso, però, la maggiore plausibilità si raggiunge a scapito della coerenza perché una volta sancita la correttezza morale di un intervento artificiale, ossia non naturale, risulta difficile proibirne un altro analogo sotto questo riguardo. Non è chiaro, ad esempio, perché si incoraggino i trapianti, anche da donatore vivente, e la terapia genetica mentre si condannano la fecondazione in vitro.

La difficoltà teorica dello schema natura uguale bene morale è ulteriormente sottolineata dalla memoria dei tanti esempi storici in cui la Chiesa Cattolica prima si è opposta e poi ha accettato le scoperte scientifiche della modernità, dall'eliocentrismo astronomico al darwinismo biologico. Un atteggiamento che porta ad essere costantemente in ritardo rispetto all'avanzamento della conoscenza scientifica, recitando un ruolo oggettivamente conservatore.

Nella bioetica islamica, invece, il ricorso diretto alla volontà divina, raro nella bioetica cattolica, è praticamente l'unica fonte normativa e scarsissimo peso (se non addirittura nullo) hanno le considerazioni sulla naturalità o meno di un'azione umana. I comportamenti in ambito bioetico sono valutati alla luce del loro potenziale inserimento in una serie continua che classifica gli atti a partire da quelli incoraggiati o approvati, per passare a quelli tollerabili o leciti fino a quelli francamente proibiti. Tale serie, deducibile dalla lettura dei testi sacri, non è una disposizione univocamente riconosciuta ma si differenzia a seconda delle interpretazioni. L'interpretazione del Corano e delle altre fonti autoritative islamiche, infatti, non risente, nel bene e nel male, della presenza di alcun organo ufficiale preposto al controllo dell'ortodossia, ma è aperta e accessibile ai dotti e ai singoli credenti (questo, apre anche, purtroppo alle interpretazioni più integraliste del libro sacro islamico, oggettivamente presenti nelle farneticazioni sanguinose del terrorismo islamico).

In conclusione, contrariamente a quanto si possa immaginare a prima vista, la bioetica islamica con la strategia del richiamo diretto ai testi sacri finisce con l'essere molto flessibile. Infatti, quando i riferimenti diretti a un comportamento mancano (ed è il caso, ovviamente, di tutte le tecnologie moderne) si ragiona per analogia cercando i riferimenti che più si avvicinano al caso in discussione.

Considerati il richiamo all'ordine naturale e al diretto comandamento divino, criteri adottati da autorevoli e influenti religioni passiamo adesso al ruolo che potrebbe svolgere nella riflessione bioetica il giudizio: ossia lo strumento di una ragione immanente nella storia.

Nel mondo occidentale moderno una lunga tradizione culturale, contrastata ma continuamente ripresa e alimentata, tanto da presentarsi come ideale identitario solido, è senza dubbio quella dell'umanesimo emancipatorio. Il valore e la dignità della coscienza individuale come fonte di scelte etiche criticamente orientate è stato alla base della Riforma e della tradizione illuministica e romantica. Si può dire che noi siamo quello che siamo perché il valore della dignità e autonomia delle persone (che pure ha origini antiche e radici cristiane) è diventato quasi una forma secolarizzata e condivisa di religione, tanto da indurre Croce a parlare, nel momento di massima espansione del nazi-fascismo in Europa, di una libertà come valore eterno e indistruttibile, una laica *Religione della libertà*⁵. Se questa vera e propria fede morale è considerata meritevole non solo di rispetto storico retrospettivo ma anche di continuità prospettica, allora le nostre azioni dovranno orientarsi in coerenza con essa. Quindi, gli interventi che corroborano, intensificano e aggiornano l'identità collettiva, il chi siamo e il chi vogliamo essere, ispirata all'ideale dell'emancipazione e della libertà individuale (ideale che, secondo Amartya Sen non necessariamente va circoscritto alla cultura occidentale) sono eticamente approvabili, da disapprovare e, in certi casi, addirittura da proibire tutti gli altri atti che o mortificano o rendono vano quel valore.

In definitiva, non sembra obiettivo utopico una ragione normativa che rifiuti di dettare ad alta voce regole eterne e, tuttavia, non si rassegni alla completa afonia.

6. Strategie epidemiologiche

Le malattie infettive sono quelle in cui le metafore belliche, utilizzate un po' in tutti i settori della medicina, hanno il loro più largo uso, ne ho fatto uso anche in questo scritto: il microrganismo patogeno diventa il nemico invisibile, la replicazione virale all'interno delle cellule dell'ospite e l'intervento degli anticorpi si rappresentano alla stregua di una battaglia tra organismo e battaglioni di anticorpi e cellule immunitarie che accorrono dove le difese passive, ossia la cute e le mucose, analoghe alle mura di un castello, sono state superate.

5 B. Croce, *Storia d'Europa nel secolo decimono*, Bari, si tratta del famoso epilogo della Storia d'Europa, un inno alla libertà in opposizione alle dittature nazista e fascista.

L'esito finale (guarigione o morte) è considerato atto conclusivo della guerra che vede, poi, seduti al tavolo della pace, organismo invasore e organismo invaso con la vittoria di uno a scapito dell'altro.

Tuttavia, l'esito finale non è quasi mai definitivo, in quanto colui che risulta sconfitto in prima battuta può sempre sperare in clamorose rivincite ideando strategie nuove e dotandosi di più sofisticate armi, realizzando una vera e propria corsa agli armamenti. Si pensi, ad esempio alla dialettica antibiotico e resistenza batterica, con la ricerca da parte delle case farmaceutiche di principi attivi nuovi in grado di debellare le infezioni alimentate dai microrganismi che sviluppano resistenza.

Raramente la vittoria è totale in quanto difficilmente si riesce a distruggere completamente il virus o il batterio (ad eccezione del vaiolo).

Dal punto di vista della sopravvivenza di specie poi la guerra sul lungo periodo è una guerra sicuramente persa: troppa è la differenza in termini di adattabilità, tra organismi semplici e organismi complessi. Alcune specie batteriche proliferano in ambienti particolarmente sfavorevoli, dal magma vulcanico a liquidi con un *ph* estremo. Tutte condizioni ambientali incompatibili con la vita umana. Il conflitto di cui sopra si colloca in un contesto ecologico che può facilitare l'uno o l'altro dei contendenti. Nei primi mesi del 2020 si è presentato un esempio di tale confronto-scontro tra organismo umano e microrganismo patogeno (non tutti i microbi sono patogeni nell'uomo) uno scenario ecologico caratterizzato dal confronto diretto tra due specie filogeneticamente agli antipodi, mi riferisco al coronavirus e agli uomini.

Homo sapiens per avere il sopravvento in assenza di terapie e vaccini specifici, strumenti di attacco di prima linea, ha adottato una strategia passiva di mero contenimento. Essendo il virus un'entità priva di autonomia (è dubbio anche che si possa ritenere vivente) che sopravvive solo se infetta un altro essere vivente, il suo destino dipende dal grado di contagiosità e velocità di replicazione. Parametri che consentono al virus di moltiplicarsi esponenzialmente all'interno dei singoli individui e, saltando dall'uno all'altro, di diffondersi territorialmente perpetuandosi e, così, facendo, mantenendo il successo riproduttivo a scapito dell'ospite umano.

Non potendo giocare in campo aperto, mancandogli le armi offensive (farmaci antivirali e vaccini efficaci) l'uomo ha optato a favore di una strategia di difesa passiva, una sorta di catenaccio calcistico applicato alla biologia evoluzionistica. In questo modo, di fronte a un nemico invisibile ai nostri occhi noi ci siamo resi invisibili ai suoi. La tecnica del distanziamento sociale rende impossibile la trasmissione dall'uno all'altro (il virus non vola né ha le doti di un saltatore in lungo) e tende così a bloccare la catena del contagio. Se ben eseguita, in associazione con le mascherine ottiene

il risultato sperato, ossia interrompe la moltiplicazione e la diffusione del virus a patto, ovviamente di una ferrea applicazione da parte di tutti.

7. *Un'analisi etica dalla prospettiva evoluzionistica*

A fronte degli innegabili vantaggi di questa strategia epidemiologica, quali sono, se ce ne sono, i possibili risvolti negativi?

In primo luogo, importantissimi sono stati gli effetti economici negativi della chiusura totale delle attività, con una crisi economica senza precedenti, che ha toccato tutti noi su una scala planetaria. Meno evidenti, almeno inizialmente, le ripercussioni sul piano psicologico ed etico, che hanno giocato un ruolo non inferiore a quello dei fattori economici nel determinare e aggravare la crisi generale. In questa sede proverò a indicare e analizzare gli effetti collaterali negativi della strategia di chiusura totale sulla autocomprensione che la specie umana ha di sé stessa, delle sue origini e del suo prevedibile percorso futuro. A mio avviso l'occultamento agli occhi del virus, di straordinaria efficacia epidemiologica, non è avvenuto né avviene in maniera indolore e gratuita, bensì solo al costo di rinunciare ad elementi identitari fondamentali per gli esseri umani, un'identità sia fisico-attitudinale che etica. Frammentazione e isolamento sociale, immobilità e impermeabilità ai (non) contatti sociali e affettivi sono state le armi relativamente vincenti, per disorientare il nemico. Armi quali l'invisibilità, a ben vedere, rubate all'avversario per riuscire a sconfiggerlo almeno provvisoriamente. Fin qui è veramente andato tutto bene, come ci siamo ripetuti più volte in quelle settimane, ma quali sono gli effetti collaterali negativi di tale strategia mimetica? Un primo risvolto negativo viene dalla consapevolezza dei sacrifici di immagine sostenuti per essere in grado di evitare i contagi. Non si deve dimenticare che per vincere *Homo sapiens* ha rinunciato alle sue caratteristiche peculiari e questo alla lunga difficilmente è un bene in quanto indebolisce l'identità e l'autocomprensione di specie.

Ma vediamo prima a quali rinunce si fa riferimento, ossia quali comportamenti concreti sono stati posti in essere nella lotta col virus. Già solo nell'elencarli si potrà immediatamente riconoscere una impressionante complementarietà con i comportamenti finora evolutivamente vincenti della nostra specie. Una sorta di fotografia in negativo che stravolge l'immagine che normalmente abbiamo di noi stessi. Vediamo quindi quali sono questi comportamenti.

In primo luogo, la rinuncia ad assecondare l'istinto nomade che lo ha reso protagonista di fenomeni migratori di grande impatto spingendolo

dalla primigenia residenza africana alla conquista del mondo, realizzando quella che, a giusto titolo, può essere detta la prima globalizzazione, riuscendo ad adattarsi ad ambienti estremamente diversi tra loro. Restare per mesi chiusi in casa, è un comportamento diametralmente opposto allo spirito esplorativo e alla costante inquietezza che alimentarono il nomadismo di *sapiens* con la rinuncia ad una fissa dimora.

Altra caratteristica di specie ampiamente riconosciuta è la naturale tendenza all'aggregazione e alla cooperazione sociale, l'essere un animale politico, secondo la classica definizione aristotelica. Se l'assembramento è strategia vincente quando si tratta di affrontare e sconfiggere una tigre con i denti a sciabola, è ovvio che quando si ha a che fare con un nemico invisibile le cose cambiano e il vantaggio si trasforma nel suo opposto, in altri termini non sempre l'unione fa la forza. Aggregazione e cooperazione favorite, se non addirittura generate da quello straordinario strumento comunicativo che è il linguaggio, sia gestuale che verbale. Viaggiare in gruppi organizzati e coesi ha reso possibile all'uomo di vincere il confronto con altre specie che, se affrontate a livello individuale non gli avrebbero dato scampo. Anche questa della cooperazione e della vicinanza sociale è una rinuncia dolorosa.

A tali innate tendenze aggregative si è sommata poi l'abilità e l'inventiva pratica capaci di produrre strumenti tecnologici di grande potenza sia offensiva che difensiva, dagli strumenti litici preistorici ai modernissimi strumenti informatici. Vengono in mente le straordinarie pitture rupestri raffiguranti scene di caccia in cui un manipolo di uomini armati di lance circonda e attacca un mammoth, mettendo in mostra un grande coraggio ma una ancora più grande organizzazione. La scena è una raffigurazione iconica della cooperazione tra tecnologia litica e comunicazione verbale. Sottolineare l'importanza del linguaggio ai fini pratici del miglioramento di una cooperazione sociale sicuramente favorita da un sistema di comunicazione così preciso e rapido, tuttavia, non deve indurre alla riduzione dello strumento linguistico ai suoi soli vantaggi utilitaristici nella caccia, sottovalutandone lo straordinario impatto sulle altre funzioni mentali. Le raffinate capacità linguistiche sono determinanti nell'implementare le altre capacità simboliche della specie che si manifestano attraverso l'elaborazione di pensieri astratti e complessi, rappresentazioni artistiche e in rituali religiosi che caricano di senso gli eventi naturali, dalla nascita alla morte. Produzione simbolica che è, del resto, in uno scavo archeologico, il segno più affidabile come indicativo della presenza umana, ossia di una specie che si è evoluta a tal punto da generare da un substrato biologico, il cervello straordinariamente complesso di *homo sapiens*, fenomeni e qualità

emergenti quali appunto linguaggio e mente⁶. In parole povere, dal momento dell'emersione della mente si mette in moto un'evoluzione culturale molto più veloce di quella biologica. Anche questa ricca produzione e fruizione artistica e simbolica viene inibita dalla strategia epidemiologica del distanziamento e del blocco sociale che obbliga a un ridimensionamento drastico delle produzioni simboliche a noi più connaturate e familiari. La chiusura totale di scuole e università, musei e chiese, cinema e teatri, arene e stadi si può considerare una vera e propria amputazione della quota simbolica della nostra identità. Questa forzata rinuncia è forse la più estraniante tra quelle esercitate in questi mesi, in cui qualunque rituale collettivo, laico o religioso che sia, dalla messa alla partita di calcio domenicale, è stato interdetto o fortemente limitato. Abbiamo trascurato, presi dall'ansia e dalla paura comprensibile del contagio, che quelli prima ricordati sono rituali collettivi che puntando sulle capacità empatiche generano identità comunitarie aperte e plurali (comunità di studenti e professori, fedeli e sacerdoti, atleti e tifosi, compositori e fruitori della musica, attori e spettatori etc. etc.).

In conclusione, a me sembra che stare in casa forzatamente, rinunciando a muoversi, associato al divieto di riunirsi in presenza siano i pilastri su cui si fonda quella che potremmo definire la solitudine digitale. Una solitudine che emana dall'annullamento della modalità corporea e affettuosa nella comunicazione e negli scambi interpersonali (stretta di mano, baci, abbracci etc. etc.) e riduce l'interazione sociale a poco più di un incontro tra fantasmi. Bisogna essere consapevoli che proibire qualunque assembramento, obbligando anche il Papa a "giocare a porte chiuse", pone in essere una massiccia forma di autismo sociale, dove le interazioni si fondano in modalità digitale e non analogica per il tramite di segnali freddi che volutamente tengono a distanza l'interlocutore e sono depurati di qualunque manifestazione empatica.

Al vertice di questa progressiva alienazione si collocano la crudele proibizione delle visite ai congiunti nei reparti di terapia intensiva e l'impossibilità di celebrare i funerali e le sepolture individuali. Ma indubbiamente il comportamento potenzialmente più devastante sul piano dell'etica è la limitazione e la selezione degli ingressi nelle terapie intensive sulla base di una discriminazione tra persone che possono più o meno giovarsene, ad esempio il giovane sano comparato all'anziano ammalato verrebbe sicuramente privilegiato nell'accesso e nell'uso prolungato degli strumenti di terapia intensiva. Si determina in tal modo un viraggio da un'etica del valore

6 T. Pievani, *L'evoluzione della mente*, Milano 2008.

individuale e personale a un'etica utilitaristica da scialuppa di salvataggio⁷. Proibizioni che hanno condannato il morente alla più terribile delle solitudini, quella di fronte alla sofferenza e alla morte, negandogli qualunque conforto, laico o religioso che sia, durante le fasi terminali e condannandolo anche alla solitudine postuma delle fosse comuni⁸. Per chi, seguendo Foscolo, pensa che il sonno della morte sia alleviato dallo stare “all'ombra dei cipressi e dentro l'urne”, la consapevolezza di essere destinato a una morte anonima senza un segno di riconoscimento che consenta ai congiunti sopravvissuti di avere un luogo fisico, una tomba dove appoggiare un fiore e recitare una preghiera rende ancora più dolorosa la fine. Con questo il virus assesta il suo ultimo colpo che insegue e raggiunge il bersaglio anche dopo la fine, si potrebbe definire un accanimento *post-mortem*. Tutta questa barbarie montante, pur essendo indispensabile per la sopravvivenza, non cessa di essere comunque una barbarie. Eppure, anche se a malincuore, ce la siamo razionalmente imposta. A questo punto, ripensando a tutto quello che abbiamo fatto e/o subito, siamo consapevoli che si tratta di un'abiura, sebbene transitoria, della nostra identità umana? E, se si dovessero rappresentare le condizioni eccezionali di una sua riproposizione, chi ci assicura che essa sia sempre e totalmente reversibile: in altri termini quante volte e per quanto tempo ce la potremo permettere senza un danno identitario permanente?

7 Si veda il documento della SIAARTI, *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione*, reperibile sul sito di questa associazione di specialisti rianimatori. Nel gennaio 2021 alle ambulanze operanti a Los Angeles fu chiesto di valutare, prima di trasportarlo in ospedale, se il malato fosse talmente grave da avere scarse probabilità di sopravvivenza, in questa evenienza si suggeriva di lasciarlo a casa.

8 La sepoltura in una fossa comune sottrae ai sopravvissuti ogni minima possibilità di riferirsi al proprio caro defunto attraverso un dialogo immaginario o per una preghiera.

VALERIA MARZOCCO

REGOLARE *LA* SCIENZA O REGOLARE A *PARTIRE DALLA* SCIENZA? IL DIRITTO *EVIDENCE-BASED* AL TEMPO DEL COVID-19

1. Non è certo un tema poco studiato quello del rapporto tra il diritto e la scienza¹. Se ne sono esplorate le origini, ne si sono colte le implicazioni epistemologiche sul ragionamento giuridico e in special modo su quello probatorio, si è del tutto avveduti delle sfide che questi temi pongono alla dottrina del diritto². Impensabile, alla luce della sorte tutto sommato fortunata di questi studi, ritrovarsi a rilevare una certa insoddisfazione, dinanzi alla pandemia, per i modelli interpretativi sin qui elaborati su questi temi: criteri consolidati e certamente essenziali, eppure non del tutto idonei a contenere le torsioni, anche significative, osservabili nelle forme in cui essi concretamente si danno, entro il circuito che la crisi sanitaria ha istituito tra il diritto e la scienza.

Sin dalle prime fasi dell'emergenza, il governo giuridico della pandemia è stato al centro di un dibattito che si è concentrato sul ruolo preminente esercitato dal sapere scientifico, come fonte alla quale attingere nel processo di formazione della decisione politica. Nonostante i tratti peculiari che questa specifica vicenda certamente manifesta, l'irruzione della scienza davanti al legislatore non è però un fatto nuovo. Si tratta, piuttosto, della forma consolidata di un processo decisionale pubblico che è già in molti campi fortemente caratterizzato dal ruolo della consulenza esperta.

Soffermandosi su questi ultimi aspetti, lo spettro ormai molto esteso delle questioni poste dal rapporto tra il diritto e la scienza si lascia ricondurre così a problemi più specifici: per un verso, essi riconducono al tema

1 Per una disamina delle principali questioni in materia: L. Chieffi (a cura di), *La medicina nei Tribunali*, Bari, 2016; A. Patroni Griffi, *Le regole della bioetica tra legislatori e giudici*, Napoli 2016.

2 Per il profilo epistemologico implicato sul piano del ragionamento probatorio in ordine alla prova scientifica: M. Taruffo, *La prova scientifica nel processo civile*, in "Riv.tr. dir. proc. civ.", n. 4, 2005, pp. 1079-1100; e, *amplius*, Id., *Verità e prova nel processo*, "Riv.tr. dir. proc. civ.", n. 4, 2018, pp. 1305-1321.

della “co-produzione” del diritto da parte di scienziati e decisori politici³, mentre, per l'altro, ricadono inevitabilmente in un'indagine che riguarda la tipologia di *prodotti* normativi più o meno marcatamente caratterizzati dalla considerazione di fatti e conoscenze scientifiche.

Molto studiati nel contesto dei modelli di regolazione europea e, talvolta intesi, soprattutto negli Stati Uniti, in un più ampio raggio di estensione (che coinvolge il ruolo delle scienze comportamentali nella pianificazione/progettazione delle *architetture* normative, come per il caso del *nudge*)⁴, gli atti normativi *evidence based* costituiscono argomento di cui anche in Italia si coglie sempre più la centralità⁵. Come ha scritto Carlo Casonato, vi sono in effetti molte ragioni per dedicare attenzione alla normazione su basi scientifiche, almeno se ci si fa consapevoli che questa tipologia di atti normativi produce un impatto sul sistema delle fonti e se si riconosce che essa stia, per altro verso, all'esito di un processo di produzione che lascia senza difficoltà individuare implicazioni sulla forma di governo. Oltre a ciò, tuttavia, il diritto *evidence based* consente rilievi di ordine teorico-generale.

Se si osserva il diritto basato sulle evidenze scientifiche, si ha dinanzi un oggetto *multiforme* e rapidamente *cangiante*, che sconta il suo giungere in ritardo rispetto ai tempi che la comunità scientifica impiega a consolidare il proprio *consensus* intorno a determinati enunciati. In questi termini, occorre però sgomberare il campo da una percezione sbagliata, che rischia di essere altresì fuorviante in un'analisi giuridica di questo modello. Contrariamente a come appaia agli occhi del sociologo o dello scienziato della politica⁶, il diritto *evidence based*, proprio perché fa fede sulla conoscenza che la scienza può garantire di un determinato fenomeno, non ha a che fare con ciò che il legislatore ritiene *vero o falso*, adattandosi piuttosto a ciò che è accettato o meno dalla comunità scientifica⁷. Da altro profilo, in ragione della sua natura e del suo orientamento teleologico, il diritto *evidence-based* è un *prodotto* giuridico calato in un orientamento di politica del di-

3 M. Tallacchini, *Scienza e diritto. Prospettive di co-produzione*, in “Rivista di filosofia del diritto”, n. 2, 2012, pp. 313-336.

4 Sul *nudge*: R.H. Thaler e C.R. Sunstein, *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*, Conn, 2008.

5 In una chiave che ne esplorava le ricadute nei giudizi della Corte costituzionale: P. Veronesi, *Le cognizioni scientifiche nella giurisprudenza costituzionale*, in “Quaderni costituzionali”, n. 3, 2009, pp. 591-618.

6 A. Wildawsky, *Speaking Truth to Power*, Boston, 1979.

7 C. Casonato, *Evidence based law. Spunti di riflessione sul diritto comparato delle scienze della vita*, in “BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto”, n. 1, 2014, pp. 179-208.

ritto che privilegia il profilo della *regolazione*, su quello della tradizionale *normazione*. Ciò impone un'estensione dei soggetti che partecipano alla formazione della decisione, accreditando sempre di più il ruolo del sapere esperto in questa fase, mentre lascia centrale il presupposto di costituire intorno alla scienza (considerata come tale) un contesto di giustificazione *esterno* al decisore, basato su di una concezione della razionalità tecnico-scientifica che occorre valutare⁸.

Nel 1992, Peter M. Haas forniva per la prima volta i criteri in base ai quali poter riconoscere una "comunità epistemica": prevaleva il profilo di "una rete di professionisti con una *expertise* ed una competenza riconosciute in una particolare sfera e che autorevolmente vantano di possedere conoscenze di rilevanza politica in quel dominio o nelle questioni che lo riguardano"⁹.

Alla luce di questa definizione, oltre che degli aspetti evidenziati in precedenza, questo saggio svilupperà alcune considerazioni, nella prospettiva di far luce su taluni elementi di criticità e di avanzare qualche ipotesi di lavoro.

2. La normazione emergenziale, occorre specificarlo sin da ora, non è certo l'espressione di una dimensione giuridica che cede sovranità al sapere scientifico. È un diritto prodotto nel quadro di una copertura costituzionale che è stata indagata e ricostruita dagli interpreti ed è anche un complesso di regole non tutte e solo di rango *tecnico*: in questo senso *non regola la scienza*, ma *regola a partire dalla scienza*.

Nell'attesa che emergano, con il tempo, profili legati alla dimensione giurisprudenziale della normazione emergenziale, ciò consente, allo stato, di *limitare* le considerazioni da sviluppare a due domande diverse. La prima cade all'interno di un modello di regolazione che riconosciamo, grazie a Jasanoff e a Tallacchini, nel fortunato lemma della "co-produzione": il legislatore e lo scienziato *co-producono* il diritto dell'emergenza? Apparentemente sì, ma forse non del tutto. Un tale dubbio si insinua nella considerazione della seconda questione, che riguarda il *processo* più ancora che del *procedimento* di formazione della decisione politica¹⁰. Il ruolo di

8 Su questi aspetti: F. Ferraro, *La "legisprudenza" e i problemi della giustificazione legislativa: razionalità e irrazionalità del legislatore*, in F. Ferraro, S. Zorzetto (a cura di), *La motivazione delle leggi*, Torino, 2018, pp. 127-148.

9 P.M. Haas, *Epistemic Communities and International Policy Coordination*, in "International Organization", n. 1, 1992, pp. 1-35 (p. 3).

10 Sul *processo* della legislazione, piuttosto che sul suo mero *procedimento*, richiama l'attenzione Giuseppe Ugo Rescigno, ad avviso del quale è opportuno

autorità epistemica che la scienza riveste in talune esperienze di regolazione si insedia, come è stato sottolineato, in una difficoltà cognitiva con cui il legislatore contemporaneo fronteggia il governo e i rischi delle società complesse. Se si osserva però la struttura dei testi normativi prodotti nel regime dello *stato d'emergenza* è chiaro che una tale dinamica mostra una forma interna nel discorso argomentativo e linguistico del legislatore, e una funzione esterna, nel profilo di giustificazione pubblica in cui essa è inserita. Quali considerazioni possono trarsi in ordine alla razionalità cui attinge il legislatore per *motivare* le proprie scelte normative?

Se il modello del diritto *evidence based* è quello di un diritto *fragile*, che muta con il mutare dello scenario cognitivo su cui si fonda la pretesa regolativa del legislatore, occorre prestare attenzione sulle criticità emergenti dalla legislazione emergenziale. Nello scenario della pandemia, gli strumenti giuridici con i quali il decisore regola sulla base del dato scientifico sono atti il cui processo di formazione è sì fortemente contrassegnato dal sapere esperto, ma di quest'ultimo mette in luce l'incertezza, piuttosto che la conoscenza, con una inevitabile ricadute delle responsabilità delle scelte e della loro forma istituzionale nel campo della dimensione politica e giuridica. Si è per questo andati probabilmente fuori strada quando, con una forse eccessiva pretesa di inquadrare entro consueti e familiari categorie interpretative l'emergenza sanitaria, si è discusso di un'occupazione di spazi della rappresentanza politica da parte degli esperti. La pandemia certamente pone al centro l'umana vulnerabilità, mettendo in risalto la dimensione della *nuda vita*, ma ciò non è sufficiente, e lo si è visto con sempre maggiore chiarezza nel corso dei mesi, a concludere che sia la scienza quel *potere sovrano* che suggella l'avvento di permanente *stato di eccezione* di matrice sanitaria¹¹.

Al netto delle considerazioni preliminari appena svolte, occorre valutare se e in quale misura la legislazione emergenziale risponda ai canoni del diritto *evidence-based*. Il primo punto dal quale è opportuno svolgere alcune con-

considerare la legislazione come attività che si caratterizza per una dimensione temporale estesa, e che coinvolge un numero ampio di soggetti e di interessi, sia prima che dopo l'approvazione: G. U. Rescigno, *I presupposti filosofici, morali e politici della buona redazione delle leggi ed una specifica conseguenza (tra le molte) in sede di applicazione*, in R. Zaccaria (a cura di), *La buona scrittura delle leggi*, Roma 2011, pp. 65-76.

- 11 Il tema della *nuda vita* – *bloß Leben* – (W. Benjamin, *Per la critica della violenza* (1921), in Id., *Angelus novus*, trad. it. R. Solmi (a cura di), Torino, 1999, pp. 5-31) è implicitamente richiamato da quest'ultimo, assieme alla categoria schmittiana dello *stato di eccezione*, quale chiave di una lettura dell'epidemia: <https://ilmanifesto.it/lo-stato-deccezione-provocato-da-un'emergenza-immotivata/>.

siderazioni muove dal modello di “co-produzione” tra scienziati e decisori politici¹², quale esso si rappresenta nello scenario dell'emergenza sanitaria¹³.

Il dato normativo che occorre considerare è di natura sistematica: perché per un verso esso restituisce un ruolo dell'*expertise* scientifica nel campo dell'esercizio della decisione politica sulle libertà fondamentali mai stato così penetrante, per l'altro, mette in forma un ordine deliberativo tra sapere esperto e decisore politico che consacra un ruolo del sapere esperto mai sperimentato in precedenza. Da ciò, più nel dettaglio, emergono due direttrici di indagine. La prima si fa vedere in uno spazio specifico che la consulenza tecnico-scientifica occupa *all'interno* della gestione dell'emergenza, il che ne fa interprete di tensioni *scientifiche* e *politiche*¹⁴. L'altra riguarda la forma che la legittimazione del sapere scientifico ha assunto sul piano del discorso pubblico, nel contesto più generale di un discorso sui criteri (tecnico-scientifici) che intervengono a integrare il profilo della razionalità legislativa.

Collocare gli atti normativi prodotti nell'ambito del diritto *evidence-based* consente così di analizzare quale sia *l'uso* che del sapere esperto fa il decisore nel contesto dell'emergenza, e isolare, conseguentemente, alcune prime considerazioni sull'integrazione dei canoni di razionalità e ragionevolezza rinvenibili nella forma del rinvio alla conoscenza tecnico-scientifica. Considerando la seconda delle questioni appena menzionate, la produzione normativa dell'emergenza restituisce certamente una peculiarità, che è data dall'uso dell'argomento scientifico che, ora implicitamente, ora in termini espressi, si ritrova richiamato nella produzione del diritto emergenziale¹⁵.

12 S. Jasanoff (a cura di), *States of Knowledge: The Co-Production of Science and Social Order*, London-New York, 2004.

13 R. Bin, *La Corte e la scienza*, in A. D'Aloia (a cura di), *Bio-tecnologie e valori costituzionali. Il contributo della giustizia costituzionale*, Torino 2005, pp. 1-23; S. Penasa, *La ragionevolezza scientifica delle leggi nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in “Quaderni costituzionali”, n. 4, 2009, pp. 817-842.

14 F. Fischer, *Democracy and Expertise. Reorienting Policy Inquiry*, Oxford, 2009.

15 Giova precisare i significati con cui ci si intende riferire ai due lemmi riportati nel testo: per *norme tecniche* vale la definizione che fa leva sulla *giustificazione teleologica* della regola giuridica (“la regola tecnica ricava un obbligo di comportarsi in un certo modo dal perseguimento di questo interesse assunto come un fine”: G.H. Von Wright, *The Foundation of Norms and Normative Statements*, 1965; tr.it. a cura di R. Guastini, in P. Comanducci, R. Guastini (a cura di), *L'analisi del ragionamento giuridico*, Torino, 1987, p. 74).

3. L'inquadramento più consolidato del rapporto che si instaura tra lo scienziato e il decisore pubblico riguarda la produzione di una normazione *tecnica*, caso che gli esperti di questi temi studiano come esempio di inferenza di contenuti *extra-giuridici* nel linguaggio normativo¹⁶. In queste ipotesi, si considera il ruolo degli esperti quali autorità che formulano, trasferendoli al lavoro del decisore, enunciati che per loro natura si sottraggono al senso comune. Nella gran parte dei casi, l'opera di traduzione che impegna il legislatore si concretizza nella elaborazione di "regole tecniche"¹⁷, le quali sono regole funzionali al raggiungimento di un fine mentre, in altre ipotesi, essa si consolida in definizioni che conferiscono forza normativa a fatti di natura scientifica.

Qualche indicazione utile può derivarsi dagli studi sul *linguaggio* del diritto *evidence-based*, nel cui quadro emerge con decisione la centralità del processo di *traduzione* del linguaggio scientifico in disposizioni normative. A farsi vedere, proprio nell'ambito di queste ultime analisi, è la *non neutralità* della legislazione su basi scientifiche, anche quando di natura *tecnica*, giacché le esigenze alle quali risponde questa tipologia di regolazione non si sottraggono alle influenze *esterne* e *interne* che maturano nel processo di formazione della decisione.

Uno dei più noti precipitati di questo difficile processo di costruzione linguistica tra enunciati scientifici e giuridici¹⁸ è l'*opacità* che si frappone tra lo scienziato, il decisore e il giurista interprete: i modelli e le teorie con le quali la scienza è in grado di fornire spiegazioni rispetto a un dato fenomeno sono spesso in conflitto tra loro e ciò determina in rapporto al ragionamento giuridico problemi di non poco conto. Ciò implica che, per quanto siano controllabili i criteri di selezione della *migliore scienza*, il tratto dell'asimmetria che caratterizza i due linguaggi (quello delle *definizioni* della scienza e quello della *qualificazione* del diritto) renda *opachi* all'uno e all'altro dei soggetti della co-produzione normativa (l'esperto e il giurista) i punti chiave del processo interpretativo. Più specificamente, se non sono chiari, perché ricadenti all'interno di un linguaggio specialistico, i termini (o le teorie su cui essi si fondano) ciò che accade è che, nell'approccio a un testo normativo, all'interprete non è intellegibile la disposizione – come atto linguistico – e, da ciò, il significato stesso della

16 P. Westerman, *Breaking the Circle: Goal-Legislation and the Need for Empirical Research*, in "Theory and Practice of Legislation", n. 1, 3, 2013, pp. 395-414.

17 Cfr. *supra*, nt. 14.

18 G.E. Garzone, *Scientific Knowledge and Legislative Drafting: Focus on Surrogacy Laws*, in "Lingue, culture, mediazioni/Language, Culture, Mediation", n. 2, 2018, pp. 9-36.

norma con riguardo ai criteri procedurali che ne guidano l'ingresso nel processo¹⁹. Oltre a queste ipotesi, vi è anche il caso in cui oggetto dell'attività normativa siano specifici contenuti scientifici che interferiscono per loro natura con scelte individuali, talvolta moralmente rilevanti. Cassa di risonanza di tale specifico aspetto è il ricorso nella scrittura del testo a definizioni che *ridenominano* il significato scientifico di concetti ed entità biologiche alle quali ci si riferisce. Si tratta di una prassi che non tiene conto, nella gran parte dei casi, dello spettro semantico che i lemmi o sintagmi esprimono nel linguaggio specialistico al quale essi appartengono²⁰, finendo per irrigidirne il significato, grazie alla capacità di *amplificazione* di cui il testo normativo è portatore²¹.

Vi è però, come si diceva, un'ulteriore direttrice d'indagine che viene dal modello del diritto *evicende-based*, che chiama in causa criticamente il quadro della co-produzione che fa del sapere esperto funzione di un discorso più ampio sulla razionalità della legge.

4. Il diritto è una pratica sociale complessa, il cui processo di formazione e la cui effettività dipendono dalle concezioni della scienza con cui esso si ritrova ad interagire nelle società contemporanee. Nel regime politico e giuridico dell'emergenza, la scienza – o, più correttamente, quella sua particolare e ibrida espressione, che è il sapere esperto – si colloca una relazione con il decisore dai contorni sfuggenti. Se si considera il modello teorico della co-produzione, i criteri di legittimazione democratica degli esperti o, ancora, i canoni ai quali deve soggiacere la selezione delle evidenze scientifiche da parte del legislatore, sono temi che assumono luce più distinta nel contesto della crisi epidemiologica.

Quando si prova a considerare il piano della razionalità legislativa nel caso del diritto *evidence-based*, occorre valutare, come suggerisce Maria-chiara Tallacchini, il tramonto del “sogno cartesiano”²² che ha messo in forma, nella modernità, *conoscenza* e *normatività* come due domini di-

19 D. Canale, *Norme opache. Il ruolo degli esperti nel ragionamento giuridico*, in “Rivista di filosofia del diritto”, n. speciale 2015, pp. 93-124.

20 R. Temmerman, *Towards New Ways of Terminology Description: The Sociocognitive Approach*, Amsterdam-Philadelphia, 2000, pp. 63-67.

21 A. Belvedere, *Aspetti ideologici delle definizioni nel linguaggio del legislatore e dei giuristi*, in A. Belvedere, M. Jori, L. Lantella (a cura di), *Definizioni giuridiche e ideologie*, Milano, pp. 349-482 (spec. pp. 468-469).

22 M. Tallacchini, *Tecnoscienza e razionalità nell'Unione europea*, in F. Ferraro, S. Zorzetto (a cura di), *La motivazione delle leggi*, cit., pp. 149-166.

stinti²³. Sempre più il legislatore ha bisogno della scienza, richiedendo a quest'ultima di integrare un *deficit* cognitivo via via più esteso nella selezione dei significati da far prevalere nell'ordine delle relazioni di cui è intrisa la realtà fenomenica. È la crisi di un certo modello di razionalità della legge fondato sul suo *carattere autoevidente* e sulla tradizionale assenza della motivazione della legge²⁴, paradigmi ai quali si accompagna l'emersione di un profilo giustificativo cui fa appello il discorso del legislatore. In questa direzione, può interpretarsi il ricorso ad una forma di legittimazione esterna delle scelte legislative, che ha toccato, soprattutto nel diritto dell'Unione europea, prevalentemente due aree di regolazione, le tecno-scienze e l'economia. È un processo decisionale che si accompagna all'opportunità di rendere *esperte* le forme di governo, ricorrendo a modelli ricavati dal sapere tecnico-scientifico²⁵ e che ha avuto nella positivizzazione dell'esigenza della motivazione degli atti normativi comunitari il suo principale precipitato, per espressa previsione dell'art. 296 TFUE (ex art. 253 TCE)²⁶.

Occorre rilevare che, in Europa, in sottotraccia al diverso atteggiamento del Parlamento e della Commissione sul tema della riforma della qualità della legislazione, si fronteggiano due distinte concezioni della razionalità della legge: la prima di esse, espressa dal Parlamento, pone l'accento su canoni di *chiarezza* delle leggi europee, necessari a facilitare la loro comprensione da parte dei cittadini²⁷; l'altra, condotta in seno alla

23 Su questi temi: H. Kelsen, *Lineamenti di dottrina pura del diritto* (1934), Torino, 2000, p. 48 ss.; e, più diffusamente: Id., *Società e natura* (1952), Torino, 1953.

24 La motivazione delle leggi è tema su cui si è concentrata soprattutto la *Legisprudence*: il punto di partenza è la perdita di credibilità di un'idea di legislazione razionale connessa alla certezza e all'oggettività della legge (e del diritto): A. Daniel Oliver Lalana, *Migliori e peggiori argomentazioni legislative – come valutare la giustificazione parlamentare delle leggi*, in F. Ferraro, S. Zorzetto (a cura di), *La motivazione delle leggi*, cit., pp. 67-126.

25 Commission of the European Communities, European Governance. A white paper: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/DOC_01_10.

26 Scrive Tallacchini: "Un interessante esempio [...] è rappresentato da preamboli e 'considerando' (Whereas) delle leggi, le sezioni narrative o pseudodescrittive destinate non solo ad individuare e delimitare i riferimenti normativi rilevanti – sostanziali (quadro delle disposizioni normative esistenti) e procedurali (organi e comitati coinvolti, distribuzione delle competenze normative) –, che precedono e sovente giustificano un atto normativo, ma anche a illustrare lo 'sfondo' cognitivo generale e le premesse della regolazione. I considerando sono sempre meno rappresentabili come la mera introduzione all'articolo successivo, ma hanno acquisito un'ampia prospettiva funzione di giustificazione razionale e di accettazione di specifiche prospettive epistemiche – per esempio l'adozione di specifiche definizioni di nozioni scientifiche o di relazioni causali" (M. Tallacchini, *Tecnoscienza e razionalità nell'Unione europea*, cit., p. 152.).

Commissione, si è rivolge modello di analisi e valutazione adottati per i procedimenti tecnico-scientifici alla regolazione.

Da questo discorso generale, possono cogliersi le sollecitazioni più evidenti nel caso del processo decisionale adottato durante la pandemia, per provare a riflettere su qualcuno dei suoi aspetti principali.

Ora, nel considerare il ruolo degli esperti nel processo di formazione delle norme, ci si addentra in un campo di indagine complesso, per le differenti angolazioni dalle quali esso si fa osservare, *politica* (la scienza come *fonte* dei contenuti da normare) e *tecnica* (il sapere scientifico come linguaggio che co-produce la regola giuridica).

Da ciò è possibile isolare due distinte rifrazioni del sapere esperto sull'attività del legislatore: una prima, in cui il decisore interviene su procedimenti che a vario titolo siano espressione degli sviluppi del sapere tecno-scientifico, e un'ulteriore, in cui la scienza è invocata quale *autorità* (o ragione) *epistemica esterna*, alla quale ancorare la posizione di regole che riguardano la condotta dei consociati.

Si profila in questi casi una diversa forma di interazione del sapere esperto con il processo di formazione della decisione, in cui il legislatore radica nell'autorità della scienza l'esercizio di una razionalità *esteriore* alla norma, dalla quale derivare il contesto informativo su cui fa leva la regolazione di una condotta o un complesso di condotte sociali. In casi come questi, l'autorità scientifica è il sapere al quale il decisore attinge per *giustificare* la normazione, la quale è costruita come tecnica di orientamento rivolta ai destinatari comuni: più nello specifico, in siffatte ipotesi, non è in questione un complesso di statuizioni riguardanti *direttamente* procedimenti scientifici né si è al cospetto di un apparato definitorio che *normativamente* traspone nel linguaggio della regola enunciati di tipo scientifico. In termini più immediati, in casi come questi, il decisore non regola *sulla* scienza, ma regola *a partire dalla* scienza.

In quest'ambito, l'indicazione delle direzioni verso le quali occorre procedere nell'analisi del diritto *evidence-based* non possono che muovere dalla relazione che si istituisce tra *expertise scientifiche* e decisione pubblica, e dei caratteri che possono evidenziarsi con riguardo al ruolo dei comitati di consulenza legislativa: a) la competenza (*in luogo* della conoscenza); b) la trasgressione (perché le decisioni non si fanno immediatamente riconoscere per la loro specificità tecnica; c) l'asimmetria (tra *chi* è esperto, e come tale detentore della competenza, e *chi non lo è*)²⁷. A

27 L. Pellizzoni, *Dalla retta alla spezzata. Il ruolo dell'expertise nei conflitti ambientali*, in N. Podestà, T. Vitale (a cura di), *Dalla proposta alla protesta, e ritorno*.

muovere dall'identità *tecnica* e *politica* dell'*expertise*, la maggiore criticità può riconoscersi un ruolo, in fondo, sempre meno pervasivo che la scienza come *comunità* esercita nel circuito democratico, in ragione “delle competenze specifiche o degli specifici generi di conoscenza che il non esperto non possiede”²⁸.

Conflitti locali e innovazione politica, Milano 2011, pp. 105-134.

28 A. Giddens, *Le conseguenze della modernità* (1990), Bologna, 1994, p. 133.

PASQUALE GIUSTINIANI

LA TEOLOGIA E LA CHIESA DI FRANCESCO DI FRONTE ALLE CRISI EPIDEMICHE

1. *Premessa*

Mentre si continua a far la conta del numero dei morti da Covid-19, che in alcuni luoghi hanno superato le vittime della seconda guerra mondiale; mentre si comincia a praticare il vaccino in qualche parte d'Europa e ci si prepara alle fasi 3 e successive per il progressivo e graduale ritorno alla "normalità", una riflessione di *bioetica del biosistema* svolta dal punto di vista delle discipline proprie di una Facoltà di teologia – quale vorrebbe essere quella consegnata in queste pagine – non può non interrogarsi, tra l'altro, sul "senso stesso della pandemia". La domanda di senso, infatti, è tipica delle discipline filosofiche e teologiche e si è come accentuata nella stagione di papa Francesco¹, pur all'interno di un più generale discorso sulla complessità dei temi bioetici².

2. *Un fattore scatenante la nuova ricerca di senso*

Il fattore scatenante di una riflessione di tal tipo è stato un essere non vivente, un virus la cui struttura genetica potrebbe in generale implicare genoma ad RNA o DNA, oltre che un corredo enzimatico necessario per avviare i meccanismi di replicazione virale. Ma, nel caso specifico del co-

-
- 1 Nell'anno accademico 2018-2019, la sezione san Tommaso d'Aquino ha celebrato un Seminario sul tema della bioetica al tempo di papa Francesco. In merito cfr. P. Giustiniani, *La bioetica al tempo di papa Francesco*, in https://www.academia.edu/9752932/La_bioetica_al_tempo_di_papa_Francesco (accesso del 4.1.2019). Un analogo Corso è stato tenuto da don Paolo Sanna nell'anno accademico 2019-2020 nella Facoltà teologica della Sardegna. Cfr. anche L. Lo Sapia, *Bioetica cattolica e bioetica laica nell'era di papa Francesco*, Introduzione di Giovanni Fornero, Torino 2017.
 - 2 Cfr. G. Chieffi, *Bioetica e complessità: il punto di vista di un biologo*, a cura di P. Giustiniani, R. Prodomo, Milano-Udine 2019.

ronavirus di cui discutiamo, siamo stati resi inermi e *distanziati* (con il fermo delle attività del lavoro, delle imprese e degli scambi commerciali) a motivo di un *virus a RNA con capsula*. Cov-Sars-2, “saltando” nella specie umana, ha infatti causato tra noi umani di ogni latitudine malattie respiratorie di gravità variabile dal raffreddore comune alla polmonite fatale, mettendo in crisi la “recettività” delle terapie intensive e non solo. La percezione del dolore e della morte di tanti viventi umani, suscitata paradossalmente da un non vivente, sembra uno *scherzo dei tempi* per i filosofi e i teologi “di mestiere”, e non solo. Provocati, come già nel Settecento, dagli esiti inattesi del cattivo funzionamento di una macchina cosmica ritenuta pressoché perfetta, ci si è dovuti interrogare sul “colpevole” del funzionamento difettoso e non armonico, ascrivibile a un orologiaio cosmico che forse ha sbagliato qualche calcolo. Ed ecco il rigenerarsi della domanda sul *perché del male*, ricorrente nel momento moderno del terremoto di Lisbona (una domanda la cui premessa erano stati gli *Essais* della Teodicea leibniziana)³. Essa ritorna drammaticamente quasi in maniera periodica: prima e dopo la tragedia della *Shoah* e, per quanto riguarda il Meridione d'Italia, durante e dopo il terribile terremoto dell'Ottanta, e ora, con nuove risonanze nel pieno della pandemia globale. Una domanda che resta senza risposta evidente; come senza risposta fu il grido dell'Abbandonato della Croce nella Gerusalemme del primo secolo sotto il dominio di Roma⁴. Qualcuno ripete che, allo Giobbe di ieri e di oggi, il divino non risponde, essendo per definizione distinto e distante rispetto ai suoi stessi prodotti creati. Quindi inutile chiedere *perché*; meglio, forse, far vedere al vicino sofferente la *prossimità* degli ospedali da campo cristiani, che ricordano a tutti un antico sentimento di fratellanza di specie, che certamente si fa più evidente quando le cose vanno molto male (altro che *Andrà tutto bene*, come spesso è stato ripetuto nei momenti *clou!*). L'unico antidoto alla malattia da Covid-19 è stato incrementare le distanze inter-umane, vietare gli assembramenti, lasciare scoperti soltanto gli occhi, per evitare d'infectare e infectarsi. E poi, la necessità impellente di governare (di sfondare i docu-

3 Si riprendono qui alcuni aspetti del volume: G. Di Palma, P. Giustiniani (a cura di), *In tempo di pandemia: piccolo manuale per navigare a vista*, Capua 2020.

4 Paventare il rischio dell'abbandono (anche l'eutanasia da abbandono) è ricorrente nel magistero di papa Francesco. Valga per tutti il seguente passaggio: “Quando consegniamo i bambini alla privazione, i poveri alla fame, i perseguitati alla guerra, i vecchi all'abbandono, non facciamo noi stessi, invece, il lavoro ‘sporco’ della morte?”: Francesco, *Discorso ai partecipanti all'Assemblea generale della Pontificia Accademia per la Vita*, Sala Clementina, 25.6.2018: http://www.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2018/june/documents/papafrancesco_20180625_accademia-provita.html (accesso del 30.11.2020).

menti finanziari), ovvero di decidere le priorità, le tutele, l'erogazione di benefici, la fermata delle produzioni... I politici si son dovuti circondare di tecnici, con il rischio di *crampi semantici* tra sapienti e decisori, non senza riverberi, per quanto riguarda l'Italia, sugli stessi accordi tra Stato e Chiesa⁵. I saperi quantitativi e statistici non sono, infatti, in grado di conoscere altro che dati, statistiche, occorrenze... e riportarli a paradigmi interpretativi consolidati da parte della comunità scientifica e tecnica⁶, che a sua volta si basa sulla *evidenza*; i saperi sociali e politici, essendo molto più affini alle scienze *soft* e umanistiche, non sono in grado di far altro che decidere quanto è meglio, quanto è bene, quanto conviene fare qui e ora alla luce di qualche criterio più o meno condiviso o condivisibile (del giusto, del bello, del bene, del meglio...).

3. Nella Babele delle interpretazioni

Pur nella babele di interpretazioni e di scelte, la pandemia qualche lezione ce l'ha data. L'ha data anche ai teologi e allo stesso Magistero pontificio. Per esempio, facendo capire che non possiamo più pensare le cose e il mondo in maniera antropocentrica; l'orizzonte non può che essere non soltanto globale, ma ecosistemico: fino a che punto siamo preparati o disponibili a tale svolta? La cosiddetta *casa comune*, anche se non razionale come insieme, soggetto com'è a forze propulsive non del tutto prevedibili, richiede comunque delle scelte razionali che, prima di essere compiute, devono almeno calcolare l'impronta ecologica di ogni determinazione e procedere con azioni di tutela⁷. Inoltre, dovremmo aver imparato la lezione che il modello di sviluppo occidentale, tendenzialmente inquinante e depredante la terra, ha fatto il suo tempo; ma la finanza internazionale sarà disponibile a ri-modulare le sue attuali scelte? Mentre, infine, la pandemia faceva e fa

5 Cfr., in merito, R. Santoro, G. Fusco, *Diritto canonico e rapporti Stato-Chiesa in tempo di pandemia*, Napoli 2020. Si ricordi il DPCM 8 marzo 2020: "l'apertura dei luoghi di culto è condizionata all'adozione di misure organizzative tali da evitare assembramenti di persone, tenendo conto delle dimensioni e delle caratteristiche dei luoghi, e tali da garantire ai frequentatori la possibilità di rispettare la distanza tra loro di almeno un metro [...]. Sono sospese le cerimonie civili e religiose, ivi comprese quelle funebri".

6 Si allude alla teoria dei paradigmi scientifici, circa la quale cfr. almeno *Paradigmi e rivoluzioni nella scienza*, (scritti di Thomas S. Kuhn, Joseph D. Sneed, Wolfgang Stegmüller), Introduzione di M. Baldini, Roma 2015.

7 Cfr. Francesco, Lettera enciclica *Laudato si* (24 maggio 2015), n. 68: *AAS* 107 (2015), 847.

ancora il suo corso, con elevato numero di morti, in moltissimi quadranti del mondo si continuava a morire di fame e di sete e in altre zone addirittura le uniche produzioni che non si fermavano erano quelli degli armamenti: la "lezione" del contagio universale non dovrebbe ricordare ai potenti del mondo che siamo come l'erba di un campo comune? "*L'uomo: come l'erba sono i suoi giorni!// Come un fiore di campo, così egli fiorisce. Se un vento lo investe,/ non è più, né più lo riconosce la sua dimora*" (Sal 103,5-6). È comunque ancora nell'immaginario collettivo universale la bianca figura di papa Francesco in una piazza san Pietro pressoché deserta, il 27 marzo 2020, per un *Momento straordinario di preghiera in tempo di epidemia*:

'Venuta la sera' (Mc 4,35). Così inizia il Vangelo che abbiamo ascoltato. Da settimane sembra che sia scesa la sera. Fitte tenebre si sono addensate sulle nostre piazze, strade e città; si sono impadronite delle nostre vite riempiendo tutto di un silenzio assordante e di un vuoto desolante, che paralizza ogni cosa al suo passaggio: si sente nell'aria, si avverte nei gesti, lo dicono gli sguardi. Ci siamo trovati impauriti e smarriti. Come i discepoli del Vangelo siamo stati presi alla sprovvista da una tempesta inaspettata e furiosa. Ci siamo resi conto di trovarci sulla stessa barca, tutti fragili e disorientati, ma nello stesso tempo importanti e necessari, tutti chiamati a remare insieme, tutti bisognosi di confortarci a vicenda. Su questa barca... ci siamo tutti. Come quei discepoli, che parlano a una sola voce e nell'angoscia dicono: "Siamo perduti" (v. 38), così anche noi ci siamo accorti che non possiamo andare avanti ciascuno per conto suo, ma solo insieme.⁸

Come la peste e le guerre, anche la pandemia da Covid-19 non guarda in faccia a nessuno, né segue i tempi dei calcoli algoritmici. Ora improvvisamente subisce un'impennata, particolarmente in zone come la nostra, giudicate dagli esperti e dall'Autorità politica "ad alto rischio"; ora colpisce chi non se lo aspettava, ora attacca sia produttivi che improduttivi, smentendo le facili attese e le previsioni degli esperti di finanza e di economia. Ma soprattutto, genera un ben più pericolosa *pandemia sociale*: assistiamo al ri-emergere di odi e di egoismi, vediamo crescere i timori per il lavoro e quindi per il futuro dei singoli e delle famiglie, mentre ogni tanto crollano i mercati finanziari. È una pandemia che smentisce perfino i logaritmi dei sanitari e degli esperti ministeriali, spingendo ora a contare le fasi e le *escalation* e suggerendo nulla di più, almeno per ora, che le soluzioni del *distanziarsi interpersonale* e della *protezione delle vie aeree*

8 Papa Francesco sul sagrato della basilica di san Pietro, venerdì 27.3.2020: <https://www.vaticannews.va/it/papa/news/2020-03/papa-francesco-omelia-testo-integrale-preghiera-pandemia.html> (accesso del 7.12.2020).

mediante mascherine. Sperando che ce la caviamo, magari con uno dei vaccini ormai imminenti... Come gli apostoli sul lago nel mezzo della tempesta, siamo davvero tutti sulla stessa barca del timore e del tremore, mentre la Provvidenza sembra dormire o essere appisolata⁹. All'inizio del terzo millennio, Martini e Verzé avevano pubblicato un libro intitolato *Siamo tutti sulla stessa barca*¹⁰. Un autentico breviario di riflessione per meglio comprendere, già allora, i nostri giorni e le connesse nuove questioni, mediante un appassionato alternarsi di domande e risposte, che proponevano e analizzavano argomenti riguardanti soprattutto l'ambito religioso. Quasi trecent'anni prima Voltaire si era chiesto in un suo *pamphlet*:

'Tutto è bene, voi dite, e tutto è necessario'. Senza questo massacro, senza inghiottir Lisbona, l'universo peggior sarebbe dunque stato? Siete davvero certi che la causa eterna che tutto può, che tutto sa, creando per se stessa non poteva gettarci in questi tristi climi senza accenderci sotto dei vulcani? Così limitereste la potenza suprema? D'esser clemente allor le impedireste? Non ha forse l'eterno artigian nelle sue mani Mezzi infiniti adatti ai suoi disegni? Umilmente vorrei, senza offendere il Signore, che questo abisso infiammato di zolfo e salnitro, avesse acceso il fuoco in un deserto; rispetto Dio, ma amo l'universo. Se l'uomo osa dolersi di un sì terribile flagello non è perché è orgoglioso, ahimè, ma sofferente.¹¹

Tuttavia al di là degli aspetti sanitari e biologici (sistemi messi alle corde dal numero imprevisto di casi da sottoporre a tampone o ad altri controlli biologici e, soprattutto, dalla situazione inefficiente delle unità di terapia intensiva negli ospedali tradizionali, al punto che sono stati necessari interventi di ordine etico¹²) sono gli effetti di una vera e propria crisi, simile a una crisi di guerra, che tali unità virali hanno provocato nella pur comples-

9 Papa Francesco sul sagrato della basilica di san Pietro, venerdì 27.3.2020: <https://www.vaticannews.va/it/papa/news/2020-03/papa-francesco-omelia-testo-integrale-preghiera-pandemia.html> (accesso del 7.12.2020).

10 C. Martini-Verzé, *Siamo tutti sulla stessa barca*, Editrice san Raffaele 2009.

11 François M. Arouet (Voltaire), *Poema sul disastro di Lisbona o analisi della filosofia del Tutto è bene*, tradotto e curato da F. Tanini, Hyroniche Edizioni Telematiche, marzo 2006: <https://digilander.libero.it/hyroniche/Francois%20Marie%20Arouet%20de%20Voltaire%20-%20Poema%20sul%20disastro%20di%20Lisbona.pdf> (accesso del 7.12.2020).

12 Tra gli altri, i ben cinque pareri del CNB sui vari profili collegati al Covid-19 (ricerca scientifica, bambini, sperimentazione biomedica, salute pubblica e solidarietà sociale, criteri di accesso alle terapie intensive in epoca di emergenza pandemica. Tutti reperibili in <http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/i-pareri-del-cnb-sul-Covid-19/> (accesso del 6.12.2020).

sa e globalizzata organizzazione umana. Per la prevenzione, e quindi per ridurre al minimo gli effetti fatali, non si è potuto far altro che *distanziare socialmente gli individui umani*, al punto che gli organi di governo si son dovuti trasformare in *unità di crisi* (con uso delle stesse forze di polizia e militari in una situazione analoga, come si è più volte ripetuto, ad uno *stare in guerra*). Inoltre, il potere politico, esercitando una problematica interferenza nella sfera religiosa e culturale, è stato nella situazione di *forza maggiore* di dover dettare norme anche a delle realtà, come quella ecclesiastica cattolica, che nonostante il Concordato, si son dovute adattare, *obtor-to collo*, alla necessità di evitare assembramenti umani nei luoghi di culto, nei cimiteri, nelle aggregazioni ecclesiali laicali.

E tutto, in linea con l'*accelerazione* che caratterizza l'intera postmodernità, è precipitato in pochi mesi. L'Organizzazione mondiale della sanità ha reso disponibile la cronologia del Covid-19 a partire dal 31 dicembre 2019, allorché la Cina segnalò un gruppo di casi di pneumonia a Wuhan, nella provincia dello Hubei¹³. Era, quello, il primo caso, detto coloritamente *caso zero*, di coronavirus identificato, la cui sequenza genetica fu dalla Cina pubblicata già il successivo 12 gennaio 2020. Il piano strategico di risposta e di preparazione della risposta della comunità internazionale per i paesi sanitariamente fragili risale, però, al 3 marzo 2020, allorché anche in Italia abbiamo cominciato a programmare la "reclusione" forzata nelle abitazioni (ovviamente, per coloro che dispongono di abitazioni, come drammaticamente si è dovuto presto constatare!). Certamente, è diventata tragicamente attuale la riflessione bioetica del Magistero cattolico che, prima in un'enciclica del 2005 e poi in un'esortazione apostolica del 2020, avevano indotto una più ampia riflessione filosofico-teologica sulla *casa comune*. In particolare, a partire dal citato 27 marzo 2020, gli interventi del Pontefice si susseguono con ritmo incalzante. Si va, solo per citare gli interventi più recenti, dal "Giorno di fratellanza, giorno di penitenza e preghiera" di *Giovedì, 14 maggio 2020*¹⁴, al Seminario virtuale di *Giovedì, 19 novembre 2020* su "America latina: chiesa, papa Francesco e gli sce-

13 Cfr. il sito dell'OMS alla voce specifica: <https://www.who.int/fr/news-room/detail/08-04-2020-who-timeline---Covid-19> (accesso del 21 aprile 2020).

14 Nell'Omelia papa Francesco dichiara la "sorpresa" e presagisce le conseguenze possibili sul piano teologico e socio-economico: "Noi non aspettavamo questa pandemia, è venuta senza che noi l'aspettassimo, ma adesso c'è. E tanta gente muore. Tanta gente muore da sola e tanta gente muore senza poter fare nulla. Tante volte può venire il pensiero: 'A me non tocca, grazie a Dio mi sono salvato'. Ma pensa agli altri! Pensa alla tragedia e anche alle conseguenze economiche, le conseguenze sull'educazione, le conseguenze [...], quello che avverrà dopo": <http://www.vatican.va/content/francesco/it/cotidie/2020/documents/papa-france->

nari della pandemia¹⁵. Un discorso a parte merita la *Nota* della Pontificia Accademia per la vita su “Pandemia e fraternità universale” (30.3.2020). Constatata l'imprevedibilità e l'impreparazione dell'umanità alla tempesta della pandemia, la Nota intende muoversi dentro un rinnovato spirito che deve alimentare la socialità e la cura della persona. Lo fa evocando la vulnerabilità e il limite della persona umana, il modo di procedere tipico delle scienze e della tecnica e soprattutto suggerendo di prendere coscienza della interconnessione di tutti i sub-sistemi del biosistema:

Siamo quindi chiamati a riconoscere, con emozione nuova e profonda, che siamo affidati gli uni agli altri. Mai come oggi la relazione di cura si presenta come il paradigma fondamentale della nostra umana convivenza. Il mutamento dell'interdipendenza di fatto in solidarietà voluta non è una trasformazione automatica. Ma già abbiamo vari segni di questo passaggio verso azioni responsabili e comportamenti di fraternità.¹⁶

Del resto, papa Francesco, ancora prima dello scoppio della pandemia, aveva indirizzato al Presidente della Pontificia Accademia, in occasione del XXV anniversario della sua istituzione, una Lettera nella quale aveva così formulato la situazione paradossale nella quale ci si era venuti a trovare:

Questa emergenza rivela un paradosso: come è potuto accadere che, proprio nel momento della storia del mondo in cui le risorse economiche e tecnologiche disponibili ci consentirebbero di prenderci sufficientemente cura della casa comune e della famiglia umana, onorando la consegna di Dio stesso, proprio da esse, dalle risorse economiche e tecnologiche, vengono le nostre divisioni più aggressive e i nostri incubi peggiori?¹⁷

sco-cotidie_20200514_giornodi-fratellanza-penitenza-preghiera.html (accesso del 2.12.2020).

- 15 Le connessioni tra effetti della pandemia e sistema ecologico sono messe in evidenza dal Papa: “In questo momento sto pensando anche ai fratelli e alle sorelle che, oltre a subire l'impatto della pandemia, vedono con tristezza che l'ecosistema attorno a loro è in serio pericolo a causa degli incendi boschivi che stanno distruggendo vaste zone come il Pantanal e l'Amazzonia, che sono il polmone dell'America Latina e del mondo”: http://www.vatican.va/content/francesco/it/messages/pont-messages/2020/documents/papa-francesco_20201119_videomesaggio-americalatina.html (accesso del 2.12.2020).
- 16 Pontificia Accademia per la vita, *Pandemia e fraternità universale*. Nota sull'emergenza da Covid-19(30.3.2020): http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pont-acd_life_doc_20200330_pandemia-fraternita-universale_it.html (accesso del 2.12.2020).
- 17 Francesco, *Humana communitas*. Lettera al Presidente della Pontificia Accademia per la vita in occasione del XXV anniversario della sua istituzione (11 febbraio

4. I “diritti” di un virus nel più ampio discorso dei diritti del biosistema

La pandemia, generata da un virus a RNA ha posto drammaticamente davanti agli occhi di tutti uno dei rischi che i viventi umani corrono nell'ecosistema se continuassero ad autopercepirsi come “separati” e in un certo senso dominatori, in quanto dotati di strumenti razionali di controllo e del potere di *tecnoscienza*, incrementato enormemente nell'*epoca biotech*¹⁸ – l'era del controllo e del commercio genetico –. Non esiste più un rapporto *io-esso* tra persona umana e ambiente, ma siamo tutti nella stessa barca, anzi nella stessa Terra, che è appunto il pianeta in cui l'evoluzione, quasi obbedendo a un progetto finalistico, ha provocato l'apparizione di senzienti intellettivi umani, quali siamo noi persone. Le opportunità e i rischi non sono soltanto antropici, ma riguardano sempre e comunque gli animali non umani e persino dei non-viventi come i virus. Per cui bisogna dotarsi di opportuni sistemi di calcolo dei rischi integrali, come, già all'inizio del millennio, veniva ricordato dallo *International Journal of Risk Assessment and Management*. La “trovata” di allora fu molto semplice: occorre applicare, anche per i nostri problemi bioetici, principi e teorie della valutazione e gestione del rischio in campo militare. Come *in una guerra*, siamo tutti alla prese con la gestione dei rischi e delle catastrofi ecosistemiche, sempre più plausibili su scala regionale e globale.

Il che, già vent'anni fa significò la necessità di avviare un processo di sostenibilità globale per prevenire crisi mondiali. Si sarebbe trattato di ragionare non più in termini antropocentrici, e neppure in termini biocentrici ma, come fu detto, nella prospettiva di una *ecologia integrale*, di un *biosistema* e, più recentemente, di un *bioterritorio*. *Biosistema* è un termine che gli scienziati correlano alla *biodiversità*, che è la *più rilevante risorsa per l'equilibrio della natura*, intesa qui come sistema in cui concorrono subsistemi viventi e non viventi, in reciproca interazione (a livello di scambi, sia nella linea somatica che germinale) e in progressiva complessificazione. Di fronte al *biosistema*, l'essere umano consapevole, in primo luogo lo scienziato, mentre scopre e inventa anche grazie all'accelerazione tecnoscientifica, si autoriconosce sempre e comunque come sub-sistema pensante-volente.

io 1994-11 febbraio 2019):

http://www.vatican.va/content/francesco/it/letters/2019/documents/papa-francesco_20190106_lettera-accademia-vita.html (accesso del 30.11.2020).

18 J. Rifkin, *Il secolo biotech: il commercio genetico e l'inizio di una nuova era*, Milano 1998.

La prospettiva del *biosistema* ha provocato, tra gli scienziati più attenti ma anche tra i teologi, un altro fortunato e rilevante termine: *bioterritorio*. Che cosa sia un bioterritorio, e quale ne sia la rilevanza nel primo degli scenari che stiamo esaminando, lo ricaviamo da un recente lavoro di Matassino-Occidente, in cui si legge:

Un contributo insostituibile per la *sostenibilità globale* viene da una corretta gestione di un “*bioterritorio*”. Ma cosa è un “*bioterritorio*” o “*bioregione*”? Un “*bioterritorio*” può essere considerato il *momento olistico* di un *percorso atomistico*; *percorso che è costituito dalla molteplicità delle sue risorse endogene*. Esso viene definito dalle Organizzazioni internazionali (*World Resources Institute, World Conservation Union, FAO, UNESCO, United Nations, 1992*) come “*Un modello di gestione sostenibile delle risorse naturali di un territorio da parte delle comunità locali*”. “*Un ‘bioterritorio’ si può identificare con uno spazio che ha la potenzialità di trasformarsi in un mosaico di attività diverse, un mosaico abitato e con radici rurali*”... Nell’espressione “*mosaico abitato e con radici rurali*” vi sono la *potenzialità* e l’*emblematicità* del radicamento dell’uomo nel “*bioterritorio*” in cui abita quale *fonte della sua identità culturale*.¹⁹

Ora, nel mosaico bioterritoriale, ci sono anche i virus, che mediante la tecnica del *Genome editing* sono addirittura osservabili mediante una vera e propria “*foto segnaletica genetica*” che un batterio utilizza per “ricordarsi” dei virus che lo hanno attaccato in precedenza, in modo da disattivarli in caso di nuova infezione. Matassino e Occidente ricordano che “questo meccanismo funziona grazie a una ‘*guida a RNA*’ che direziona l’attività di taglio del DNA virale da parte di un enzima; tale sistema viene scoperto nel 1987 (Ishino Y. *et al.*); tuttavia, il suo potenziale applicativo viene realizzato solo nel 2012-2013”. Tutti i contagiati da Covid-19 hanno in qualche modo maturato nei loro organismi delle fotocopie genetiche (lo si può verificare non tanto nei morti, che non possono ancora essere “donati” alla ricerca, ma nei vivi, a-sintomatici oppure sintomatici ma guariti), che potrebbero essere perciò molto utili nel campo della medicina preventiva.

Questi scenari spingono a decidersi di dover parlare sempre più fondatamente non soltanto di diritto umano all’habitat o di sviluppo sostenibile, bensì di *diritti dell’ambiente*²⁰. Proprio quest’ampliamento dei poteri

19 D. Matassino, M.C. Occidente, *Alcune riflessioni sull’animale autoctono quale coadiutore “principe” per uno sviluppo sostenibile di un “bioterritorio”*. Dattiloscritto messo gentilmente a mia disposizione dal prof. Donato Matassino, che qui ringrazio.

20 P. Giustiniani, L. Parente (a cura di), *Diritti umani e diritti dell’ambiente*, Milano-Udine 2020.

d'intervento e di gestione delle linee della vita sia umane che non umane spinge ad approfondire un secondo scenario, in cui hanno acquisito spessore e drammatica attualità i principi definiti all'inizio del terzo millennio nella *Carta della terra*. Non è un caso che, a partire dall'input papale, l'espressione "ecologia integrale" vada diventando molto comune nel "gergo" dei credenti cristiani contemporanei, sempre più preoccupati dei danni inferti al pianeta-terra da diversi decenni a questa parte. Essi, secondo alcune espressioni utilizzate anche dal Sommo Pontefice Francesco, stanno mostrando nell'essere umano ultramoderno una sensibilità di "disprezzo", anziché di rispetto e di cura, nei confronti della nostra *sorella e madre terra*; ma soprattutto, tali danni hanno dimostrato l'infondatezza di una certa interpretazione del Testo sacro a proposito del biosistema: in nome del *dominio* inteso come autorizzazione al *saccheggio*, il creato viene trattato come pozzo senza fondo, sfruttato impietosamente e ridotto a una discarica degli scarti tecno-industriali e dei rifiuti sociali prodotti da quella parte di umanità ormai ipertecnologica. Davvero il biosistema presenta non pochi segni di degrado e di disarmonia, in parte anche a motivo dell'impronta ecologica antropica, di cui lo stesso *salto di specie* di un virus coronato (un ente a RNA che si insedia in un ente a DNA e provoca danni e patologie) potrebbe essere il preoccupante segnale. Tutto ciò, in una rilevante e sapiente opera di integrazione/congiunzione di diverse tipologie d'indagine, consente di accreditare una diversa lettura dell'esistente e, soprattutto, di proporre come plausibile una diversa *terapia* della situazione economica ed ecologica contemporanea. Nulla del passato può ri-accadere nell'oggi. Si tratta, piuttosto, di ri-guadagnare uno sguardo contemplativo sul passato, il presente e il plausibile futuro; e, indagando con mente serena contenuti e metodi di un passato, forse troppo velocemente cancellato in nome di un modulo progressista ed evolutivo, verificarne l'utilizzabilità. E ciò proprio nel momento in cui la modernità avanzata è alla ricerca di nuovi sguardi, di nuovi argomenti per motivare certe scelte etiche, di nuovi fondamenti alla legittima stagione dei diritti.

SALVATORE PRISCO

DELLE EPIDEMIE
*UN (PER)CORSO FRA LETTERATURA E
DIRITTO. PRIMI APPUNTI DI VIAGGIO*

1. Prologo: Dietro le quinte

Il 26 febbraio 2020 chi scrive presiedette una seduta di laurea nel Dipartimento di appartenenza, immergendosi nel solito festoso carnevale di giovani (le studentesse in genere in *tailleurs* pantaloni blu, poche che osano il bianco, qualcuna a concedersi abbigliamento e colori vivaci, ma pur sempre nei limiti dell'ufficialità della situazione; i ragazzi con la cravatta una delle prime volte nella loro vita e scarpe non di ginnastica, con un disagio in molti palpabile) e di parenti e amici giubilanti e fotografanti, che chi dirige nell'occasione la musica deve sapere governare con fermezza, ossia con pugno di ferro in guanto di velluto.

Da qualche settimana le voci sull'epidemia di febbre polmonare scoppiata in un continente lontano si erano infittite e ormai serpeggiava anche qui l'inquietudine, perché il progredire del contagio stava incominciando a riguardarci, cosa che prima non avevamo ritenuto possibile (non solo noi, persone prive di competenza al riguardo, ma anche esperti intervistati in televisione e sui giornali, che avevano tranquillizzato). Il Governo aveva dichiarato lo stato di emergenza per motivi sanitari, in vigore dall'inizio del mese, i voli da e per la Cina erano stati vietati, gli ospedali lombardi incominciavano a riempirsi di ammalati, ma il mantenere le distanze era ancora una pratica solo consigliata, né c'era traccia di mascherine da portare sul volto, per apprestare un riparo alle vie respiratorie.

Feci un discorsetto iniziale adatto alla circostanza, il cui senso era: "Auguri e buona vita. Siamo tutti preoccupati e dobbiamo essere prudenti, ma presto il male passerà e godrete gli effetti dell'importante risultato che raggiungere oggi, che in ogni caso non è un traguardo, ma un punto di partenza". Tornato a casa accesi il *computer*, apprendendo che, per decreto del prorettore vicario (il rettore era diventato nel frattempo ministro dell'università e della ricerca scientifica), già dall'indomani i laureandi sarebbero

entrati in aula uno alla volta, con due accompagnatori al massimo per testimoni e a simboleggiare il pubblico festante, avrebbero discusso la tesi e sarebbero stati proclamati dottori in giurisprudenza alla svelta, al momento (dal mese dopo le sedute si tennero addirittura solamente da remoto, tanto per la commissione, quanto per i candidati). Poi gli eventi precipitarono. Il mio ultimo – nel senso che dopo sarei andato in pensione – corso di *Diritto e Letteratura* era programmato nella solita forma a partire dal 5 marzo. Bloccati il giorno precedente dalle disposizioni governative sulla chiusura totale di scuole e università, non ne abbiamo dunque mai tenuto alcuno in tale forma nel semestre primaverile.

Avevo pensato di dedicarlo, dopo le sempre uguali lezioni introduttive, a Maestri italiani che avevano coltivato questo modo “stravagante” di accostarsi al diritto, prendendola insomma larga (se non addirittura contro) rispetto al giuspositivismo imperante ai loro tempi, perché, pur non soffrendo di nazionalismo culturale, volevo dimostrare ai miei studenti che ascrivere la tradizione di questi studi unicamente alla sensibilità fiorita nel mondo statunitense nell'epoca contemporanea è un'idea alquanto parziale e riduttiva.

I miei appunti su Ferruccio Pergolesi, Piero Calamandrei, Salvatore Pugliatti e Salvatore Satta (il fatto che due sommi giuristi che avevano mostrato tale interesse si siano chiamati come me è una coincidenza, che ho però sempre considerato beneaugurante: siamo tutti nani sulle spalle di giganti) sono tuttavia finiti in una cartella su un ripiano della libreria e forse un giorno li riordinerò e pubblicherò. Mi sarebbe sembrato però elusivo guardare altrove proprio allora, mentre un'enorme vicenda ci stava investendo, dopo avere ricordato per una vita agli studenti che la lettura dei giornali è la preghiera del mattino dell'uomo moderno, secondo Hegel: una massima che la stragrande maggioranza di loro capisce benissimo, ma riferisce alla consultazione del *web*, il collegamento al quale via *smartphone* mantiene in ogni momento della giornata, mentre legge poco o per nulla i quotidiani cartacei tradizionali.

Usai così i giorni di fermo forzato imposto dall'Ateneo allo scopo di riorganizzare in fretta la mia offerta formativa, come si dice burocraticamente, insomma per ripensare il contenuto delle lezioni che avrei tenuto. Esse, oltre a una necessaria parte iniziale piuttosto stabile, come ho già detto, di conversazioni che davano conto del motivo per cui da molti anni considero la letteratura, il cinema, il teatro indispensabili a scoprire il ritmo narrativo profondo e dialogico con cui il diritto – sempre riplasmato dal mobile fatto – costruisce il proprio “discorso regolativo”, dopo la crisi del legalismo logicistico classico, compresero perciò i temi dei quali offro una rapida sintesi nelle pagine che seguono.

Prima di ripercorrerli, peraltro, devo fare una precisazione e qualche ringraziamento.

Della didattica universitaria a distanza ho scritto altrove e non mi ripeterò a lungo. Impossibile fare diversamente in tempi di emergenza. Utile certo a integrare nella formazione, inoltre, chi non è solito frequentare i corsi, ovvero per contingenti ragioni soggettive od oggettive non può farlo. Secondo me essa rimarrà dunque in campo anche a pandemia passata e del resto consente di mantenere anche contatti tra colleghi, abbattendo ad esempio i costi dei trasferimenti da un luogo all'altro. Il rovescio della medaglia, però, consiste nel depauperamento netto dei rapporti umani intesuti di presenza, che il loro surrogato virtuale non può eguagliare, giacché un processo formativo (e anche un consolidamento di relazioni amicali) avvengono solo "ad altezza d'occhio" e in compresenza fisica, in un gioco di suggestioni e rimandi in aula che il contatto da remoto rende inattuabile e moltiplicando le ragioni di incontro e discussione, per esempio nei cortili dell'università, o davanti a un caffè o a una birra. L'entusiasmo di un illustre collega di cui non farò il nome e di altri con lui per le lezioni asincrone – ossia registrate, modulari, che possono essere fruite dall'utente in qualunque momento della propria giornata e di cui si raccomanda che ciascuna esaurisca in se stessa un argomento, senza collegarlo a un prima e a un dopo nel dipanarsi di un discorso critico, secondo il modello di successo commerciale delle università telematiche – mi lascia perciò la stessa sensazione che avrei mangiando, dopo averlo riscaldato nel forno a micro-onde, un piatto surgelato, o rendendo commestibile al bisogno una pietanza liofilizzata. In mancanza di meglio, ci si alimenta e certo non si muore, ma alla lunga lo stomaco ne soffre e il gusto non ne è comunque mai educato al meglio.

Qualcosa per rimediare al forzato distanziamento, superando questo modo assai limitato e a mio avviso sbagliato di intendere la didattica da remoto e le sue possibilità formative, al fine di esplorarne applicazioni diverse e più virtuose, si può peraltro fare. Racconto di seguito la mia esperienza al riguardo e così mi scioglio anche dai debiti contratti verso alcuni amici.

Ne giorni in cui maturavo, molto più in fretta delle mie abitudini (in questo mi sento vicino a chi ha lavorato a produrre il vaccino anti Covid-19 senza poterlo sperimentare a lungo), il proposito di cambiare in corsa l'oggetto delle lezioni, mi sono consultato a lungo con alcuni colleghi vicini alla mia sensibilità, da Cristina Vano a Giuseppe Guizzi (che ha approfittato del *lockdown* per dare gli ultimi tocchi al suo magistrale studio sul "caso Balzac"), giovandomi inoltre costantemente del confronto che dura da anni con Fulvia Abbondante e Rosanna Fattibene.

Le mie sono state audiolezioni, che ho registrato con il rammarico di non potere dialogare in tempo reale con gli studenti, di ignorarne visi, espressioni e sguardi, inizialmente collocate sulla piattaforma Federica.eu. Poi – incontrando le difficoltà di impostazione insite in una mia diversa “mentalità” e formazione di didatta delle quali ho appena accennato, nonostante la grande cortesia e professionalità dei suoi operatori – si è con loro convenuto di separarci consensualmente e allora le ho pubblicate tutte nella mia pagina personale dell'università di servizio.

Alcuni colleghi, che sarebbero stati in tempi normali con me in aula, mi hanno fatto sapere che avevano poco agio nell'uso dello strumento elettronico e li capisco perfettamente: io stesso, senza i suggerimenti di quei tecnici e di mio figlio Giuseppe, nonché l'aiuto materiale da lontano della mia dottoranda Michela Tuozzo, non avrei saputo risolvere le difficoltà incontrate. Uno di loro è stato Matteo Palumbo, un Maestro della critica letteraria cui avevo estorto l'impegno di una conversazione su Boccaccio e la peste, che si è dovuto perciò negare, ma in compenso mi ha rinviato a un suo bellissimo articolo apparso sull'edizione napoletana di *Repubblica* e così gli studenti e io abbiamo egualmente potuto averlo con noi. Inoltre Sergio Givone, che avevo contattato, ci ha regalato (in contemporanea con l'università di Siena) una conversazione sui temi di un suo libro seminale, Antonio D'Aloia e Iaia De Marco hanno fatto omaggio di due densissimi e raffinati interventi, rispettivamente su *La peste*, di Albert Camus e *Cecità*, di José Saramago, mentre Entela Cukani, dell'università del Salento, ha tenuto un paio di conversazioni sulla gestione dell'emergenza nell'assai problematico teatro ungherese.

Ho lasciato per ultima una allora studentessa ed oggi brillante laureata, Cristina Gagliotta, senza la cui inventiva non avrei – a essere sincero – salvato il corso. Quando sapemmo come avremmo potuto condurre l'insegnamento in una circostanza eccezionale, mi cercò via *e-mail*, rammaricata del fatto che con audiolezioni pre-registrate si sarebbe persa la sostanza del mio metodo, ossia la *flipped classroom* e il colloquio in aula con immediatezza, che lei conosceva per avere in precedenza frequentato con me diritto pubblico comparato e dato l'esame. Mi propose allora di affiancare alle conversazioni che avrei tenuto un gruppo su *Facebook*, alimentandolo con materiali e messaggi da scambiare tra chi lo avesse frequentato. Idea vincente, perché è stata questa la sede nella quale si è sviluppato un ricco dialogo, pieno di osservazioni intelligenti, *a latere* delle lezioni, che ha permesso di allargare il campo a chi ci aveva incominciato, anche da esterno, a seguirle: ne menziono due per tutti, la collega dell'università di Firenze Micaela Frulli, molto assidua e sempre stimolante e la a me altrettanto cara Stefania Torre, con osservazioni lucide e preziosi suggerimenti.

Nel frattempo, colleghi di altre discipline facevano lo stesso nel rispettivo lavoro: devo ricordare a Scienze Umanistiche della Federico II Francesco de Cristofaro, collega di Letterature comparate, che pubblicò su *Facebook* i suoi ricchissimi seminari, sotto il titolo complessivo *Nel contagio* e Sotera Fornaro, grecista classica dell'università di Sassari, il cui bellissimo *blog* si chiama *Visioni del tragico*. So per certo che miei studenti hanno sbirciato in casa loro e reciprocamente è avvenuto cm on corsisti dei rispettivi insegnamenti, incuriositi dal lavoro che, assieme ai giovani che avrebbero dato l'esame con me, si veniva sviluppando.

A tutti va perciò, dal profondo del cuore, il mio ringraziamento. Mettendo in campo queste risorse e unendole a tanta passione e fantasia, abbiamo costruito un percorso di lavoro e collaborazione interdisciplinare che non avremmo nemmeno immaginato, se la necessità non ci avesse costretto ad aguzzare l'ingegno. Abbiamo in qualche modo ricostituito così, aiutati dalla tecnologia – anche se purtroppo col limite decisivo di non poterci incontrare di presenza fisica, del quale dicevo – il clima intellettuale e il foro di confronto delle università delle origini, quelle medievali dei *clerici vagantes*.

Non tutti i mali, allora, vengono per nuocere: *ex captivitate salus*, potrei ripetere in conclusione con Carl Schmitt. In questi termini e soltanto così – cioè per l'integrazione della lezione "classica", non dunque per sostituirla – la didattica a distanza posso trovarla accettabile anche io.

2. Si va ad incominciare: che cosa ci insegnano sull'argomento i classici della letteratura

Se c'è una certezza che la storia della medicina e dell'economia trasmettono, questa è che dalle epidemie (siano o no esse pandemie) si esce, pur se acciacciati e piangendo il numero enorme di scomparsi che hanno purtroppo causato. Ci lasceremo dunque alle spalle anche questa e continueremo a ripeterci alcune raccomandazioni e a ricevere imposizioni in realtà costanti, invariabili da quando si è fatta narrazione delle "pestilenze", categoria complessiva sotto la quale sono stati a lungo riportati morbi che in realtà sono stati di diversa natura.

Ci diremo ancora, dunque, che la maggiore parte di esse sono zoonosi, ossia nascono dal "salto di specie" provocato dalla promiscuità di vita tra specie umane e quelle animali, ad esempio in contesti rurali; che si propagano favorite dal fatto che ci si aggrega in comunità popolose, per mettere assieme i vantaggi della comunicazione interpersonale, nonché della divisione e specializzazione del lavoro; che l'intensificazione dei traffici

economici, in tempi di pace e i trasferimenti dei militari dai fronti di battaglia a quelli delle guerre, finite queste, sono potenti fattori di diffusione dei contagi; che (come si diceva tra Medioevo e prima età moderna) i germi patogeni viaggiano “per l’aere” [Portagnuolo]; che prima di estinguersi producono ripetute ondate, nuovi assalti, anche a distanza di tempo dalla prima, per cui è sventato cantare vittoria e abbassare la guardia troppo presto. Anche come si possa difendersene al primo impatto lo sappiamo: innanzitutto prevenendo il prodursi del male con corrette pratiche igieniche e quindi isolandoci dai nostri simili. Il grande clinico Claudio Galeno di Pergamo, che si trovava a Roma al manifestarsi nel 165/ 180 d.C. della peste antonina – probabilmente un’epidemia di vaiolo o di morbillo, secondo alcuni di tifo, propagata nelle terre imperiali dai soldati romani che tornavano dall’aver combattuto i Parti – pensò bene di tornare in patria in tutta fretta e non si fece rivedere nell’Urbe che quando i segni di essa furono scomparsi, salvo riprendere a vigoreggiare dopo un decennio. L’apoforisma popolare che coniò nell’occasione è infatti: “*Cito, longe, tarde*”, ossia: “Fuggi presto, va’ lontano, torna più tardi che puoi”.

La letteratura greca che ci ha lasciato capolavori alle origini della civiltà occidentale attesta pestilenze di origine soprannaturale: l’*Iliade* è la cronaca dell’ira di Achille contro Agamennone che gli aveva sottratto la schiava Briseide, dopo avere lasciato tornare dal padre – Crise, sacerdote di Apollo – la propria, cosa che in un primo tempo aveva rifiutato di fare, provocando l’ira del dio, il quale aveva scatenato coi suoi dardi infezione e morte nel campo acheo. Nell’*Antigone* Edipo, divenuto re di Tebe, che egli ha liberato dalla Sfinge, indaga su un pericoloso morbo che angoscia la città, scoprendo durante l’investigazione di esserne lui stesso la causa, per non avere compreso l’oracolo di Delfi e avere così ucciso senza saperlo suo padre Laio ed essersi congiunto con sua madre Giocasta, generandone figli incestuosi, ma già

Ippocrate aveva scollato la medicina dall’ambito teurgico e quindi era crollata la tradizione dello strale avvelenato lanciato dagli dei. Nel mondo greco-romano si affermò la convinzione che essendo colpite nello stesso tempo più persone la causa doveva risiedere nell’aria. La dottrina dominante accreditò più i miasmi, cioè le impurità dell’aria inspirata, piuttosto che il contagio, cioè la trasmissione interumana [Malta, XX].

Se con la poesia omerica e la tragedia sofoclea è dunque ancora forte il nesso tra pestilenza e mito, con il padre della medicina che operò durante la peste di Atene del V secolo avanti Cristo (di quella sofoclea il modello, risalendo la prima rappresentazione della tragedia al 427) e con Tuciddide,

lo storiografo che la descrisse, l'evento è oggetto di pratiche e osservazioni che potremmo dire invece "laiche", se rispetto a quell'orizzonte culturale non peccassimo in questo modo di decontestualizzazione e anticipazione concettuale, ma in ogni caso non di spiegazioni che riconducessero l'origine del morbo alla divinità, peraltro mai del tutto venute meno nemmeno in seguito, come si vedrà continuando la lettura: i rituali anche magico-simbolici dell'esercizio dell'arte medica sono dalle ricerche etno-antropologiche sorprendentemente proiettati nella nostra modernità, come hanno mostrato gli studi [Lanternari], ed ancora durante le pestilenze italiane del Cinquecento e del Seicento l'origine di simili mali veniva sovente fatta derivare da congiunzioni astrali. Manzoni non avrebbe altrimenti satireggiato certi presunti sapienti del tempo, sintetizzandone la figura e la dottrina in quelle di don Ferrante, o Camus messo in bocca al gesuita Paneloup, durante una predica, l'invito agli uomini (nell'Europa dell'immediato secondo dopoguerra mondiale) a pentirsi di azioni scellerate, causa dell'ira divina a base del contagio. Perfino oggi, in seno alla spiritualità cattolica, vi è stato chi ha collegato la pandemia che stiamo affrontando o i terremoti al castigo divino per le nequizie umane, tali essendo ad esempio la legalizzazione dell'aborto e delle unioni omosessuali, provocando l'intemerata correttiva di papa Francesco [nell'enciclica *Fratelli tutti*, (I, 32/ 36) e le appuntite precisazioni della *Civiltà Cattolica* [Neuhaus].

L'epidemia del 430 a. C. toccò Socrate e lo stesso Tucidide, che le sopravvissero, ma stroncò Fidria e Pericle, padre dell'esperimento protodemocratico ateniese. Tale circostanza stimola alcune notazioni.

Nella *Guerra del Peloponneso*, la cruda e realistica narrazione della pestilenza da parte dell'autore, che sarà ripresa da Lucrezio alla fine del *De Rerum Natura*, ricorda per molti aspetti l'esperienza che stiamo vivendo.

Il morbo disarticola le relazioni interpersonali fra gli uomini, che secondo Aristotele sono "animali sociali", dunque colpisce l'essenza stessa dell'umano:

Se, per timore, evitavano di avvicinarsi gli uni agli altri, morivano abbandonati – e molte case furono spopolatesi svuotarono, poiché non ci fu più nessuno che prestasse le cure necessarie -; ma se si accostavano ai malati, cadevano subito vittime del male.

Questo richiama alla mente il nostro confinamento e le morti di anziani, isolati o residenti nelle case di riposo. I cadaveri vennero allora ammassati in fretta in fosse comuni e l'immagine fa tornare alla nostra memoria la teoria dei camion militari che portano via da Bergamo le ceneri di chi è morto senza nemmeno il conforto di sapere che sarebbe stato accompa-

gnato alla tomba da chi in vita gli aveva mostrato affetto. Si moltiplicarono inoltre la corruzione e i reati, perché

Nessuno era più disposto a perseverare in quello che prima giudicava fosse il bene, perché – pensava – non poteva sapere se sarebbe morto prima di arrivarci.

La cronaca degli eventi segue immediatamente al discorso commemorativo di Pericle per i morti del primo anno della guerra, un'orgogliosa apologia del modello di forma di governo libero (almeno per i cittadini in senso stretto) e della sua superiorità assiologica su quello autoritario degli Spartani: una scelta narrativa e stilistica eccezionale, come a dire l'acme contrapposto alla tragedia, per sottolineare implicitamente quanto gloria e rovina siano facce opposte e sempre compresenti della stessa medaglia.

Che il *λοῖμός* atterri anche lo stratega padre della Patria mostra altresì la faccia oscura di quell'eguaglianza fra cittadini di cui gli Ateniesi menavano appunto vanto e ci fa però misurare anche una differenza col nostro tempo: oggi i *leaders* politici si sono protetti con i migliori strumenti di profilassi e le più adeguate terapie disponibili; è rimasto clamoroso che il Presidente degli Stati Uniti, positivo al virus, abbia interrotto solo per pochi giorni la campagna elettorale per la rielezione, poi comunque mancata. La circostanza infine che Fidia sia morto in carcere, dove si trovava perché condannato per una banale faccenda di malversazione di fondi pubblici a proposito delle sue sculture, ci fa da un lato riandare ai tanti artisti scomparsi in questo nostro periodo buio e assieme riflettere sulla doppia debolezza della condizione detentiva, già sottolineata da Foucault, perché in tale luogo c'è una vita segregata, imposta del resto anche a chi è fuori ed è teoricamente libero, ma in realtà confinato nel suo domicilio e impedito dunque nell'esercizio della libertà di circolazione e riunione, tuttavia non per questo difesa dall'aggressione del virus, in quanto il carcere è comunque aperto all'ingresso del personale che vi lavora e dei visitatori, tant'è che oggi misure inibitorie o restrittive a carico di chi vi entri e di parziale alleggerimento numerico della popolazione che vi è ristretta, con la disposizione di detenzioni e controlli domiciliari, hanno riguardato anche tanto detenuti, quanto guardie carcerarie, operatori amministrativi, legali e ammessi ai colloqui.

Facciamo adesso un salto di secoli. A metà del Trecento in Europa imperversa nuovamente la peste nera, bubbonica (qui si proprio una pestilenza in senso stretto), dopo quelle dell'età di Giustiniano che si evidenziò tra il 1347 e il 1353 e altre e prima di ripresentarsi come peste di Londra, sulla quale si ritornerà, tutte in ogni caso manifestazioni del batterio ride-

nominato in tempi da noi meno lontani *Yersinia Pestis*, dal cognome dello scienziato franco-svizzero scopritore a fine Ottocento del batterio patogeno che la provoca, derivante dalle pulci dei ratti.

Nei dintorni di Firenze, una brigata di dieci giovani, nella quale le donzelle sono in misura più che doppia dei maschi, si autoconfina in una villa e qui, per trascorrere lietamente il tempo, distogliendo il pensiero dalla morte che li assedia, si raccontano l'un l'altro novelle che forniscono un quadro vivacissimo della civiltà borghese mercantile all'uscita dal Medioevo. Si tratta, come noto, della cornice e dell'*incipit* del *Decameron*, di Giovanni Boccaccio, al quale il morbo tolse molti nella famiglia e tra gli amici.

La peste – e comunque una malattia diffusa tra la gente – quando sia oggetto di un romanzo è sempre inevitabilmente la sua protagonista. È un rilievo comune, ma che ad esempio per l'opera maggiore di Manzoni è stato oggetto di ampia riflessione tra i critici letterari. In verità lo è anche per Boccaccio, benché a taluni dei suoi specialisti questo non sia sembrato, trovando essi che la cornice iniziale dell'opera sia più che altro motivo per esibire una compiaciuta prosa d'arte in cui l'autore si rifà a determinati modelli, come la *Historia Langobardorum* di Paolo Diacono e i classici ricordati in precedenza [Giansante]. Da semplice lettore empatico, questo giudizio non mi appare tuttavia fondato: nel *Decamerone* essa è presente anche durante lo sviluppo della vita in villa, proprio perché incombe psicologicamente sul lieto novellare della comitiva che la sfugge, tanto più viva quanto più motore del dramma di cui si cerca da parte dei giovani che si sono isolati l'oblio, la rimozione.

Si riprende innanzitutto con potenti immagini un motivo tucidideo, che a noi ricorda però non cattive disposizioni dell'animo che svelano miserie umane, ma precauzioni imposte oggi da decreti del presidente del Consiglio dei ministri:

E lasciamo stare che l'uno cittadino l'altro schifasse e quasi niuno vicino avesse dell'altro cura e i parenti insieme rade volte o non mai si visitassero e di lontano: era con sì fatto spavento questa tribolazione entrata ne' petti degli uomini e delle donne, che l'un fratello l'altro abbandonava e il zio il nepote e la sorella il fratello e spesse volte la donna il suo marito; e, che maggior cosa è e quasi non credibile, li padri e le madri i figliuoli, quasi loro non fossero, di visitare e di servire schifavano.

Notevole inoltre (per le suggestioni che provoca in noi attori e spettatori di un'altra vicenda che ci è oggi comune) la fotografia dei diversi atteggiamenti possibili di fronte al contagio. Ci sono infatti quanti

fatta lor brigata, da ogni altro separati vivevano, e in quelle case ricogliendosi e racchiudendosi, dove niuno infermo fosse e da viver meglio, delicatissimi cibi e ottimi vini temperatissimamente usando e ogni lussuria fuggendo, senza lasciarsi parlare a alcuno o volere di fuori, di morte o d'infermi, alcuna novella sentire, con suoni e con quegli piaceri che aver poteano si dimoravano.

E, all'opposto

Altri, in contraria opinion tratti, affermavano il bere assai e il godere e l'andar cantando a torno e solazzando e il sodisfare d'ogni cosa all'appetito che si potesse e di ciò che avveniva ridersi e beffarsi esser medicina certissima a tanto male: e così come il dicevano il mettevano in opera a lor potere.

Più cautamente, senza essere preoccupati in misura esagerata, bensì nel giusto mezzo,

Molti altri servavano, tra questi due di sopra detti, una mezzana via, non strignendosi nelle vivande quanto i primi né nel bere e nell'altre dissoluzioni allargandosi quanto i secondi, ma a sufficienza secondo gli appetiti le cose usavano e senza rinchiudersi andavano a torno, portando nelle mani chi fiori, chi erbe odorifere e chi diverse maniere di spezierie.

Senonché

E come che questi così variamente oppinanti non morissero tutti, non perciò tutti campavano: anzi, infermandone di ciascuna molti e in ogni luogo, avendo essi stessi, quando sani erano, essempro dato a coloro che sani rimanevano, quasi abbandonati per tutto languieno.

Qualsiasi comportamento si fosse tenuto, non c'era insomma e in ogni caso garanzia di salvezza. Torniamo però ai nostri confinati volontari nella villa di campagna attorno a Firenze. Per riaffermare il valore della vita, per la fame di afferrare di nuovo il bandolo della sua matassa, i giovani si raccontano storie e, così facendo, si arricchiscono di riflessioni ed esperienze che ciascuno da solo non avrebbe mai avuto, di altre vite oltre la loro individuale ne vivono cento.

Curarsi con i racconti, ecco il segreto: un narratore italiano contemporaneo che ad altro titolo, ossia come saggista, si ricorderà ancora, più avanti [Stassi], l'ha fatta diventare la specializzazione di un suo personaggio, che esercita per l'appunto l'arte del terapeuta attraverso i libri. Del resto, un finissimo critico ha appunto scritto, proprio a proposito del capolavoro letterario di cui si sta parlando:

La brigata che, alla fine dell'opera, ritorna nella città che ha lasciato, non è uguale a quella che era partita. Ognuno dei suoi membri conserva dentro di sé la memoria di una serie di avventure, da cui può trarre quello che, volta per volta, appare per lui giusto e logico. Se la peste è il trionfo della morte, il mondo del Decameron celebra la vita rinata, che resiste al suo nemico e ritorna con una forza ancora più grande [Palumbo].

Il tema dell'appestamento ritorna all'inizio dell'età moderna anche in Daniel Defoe. La cronaca del morbo che infestò la città nel biennio 1664 – 1665, stesa da un sellaio londinese, è un documento di grande giornalismo e di impressionante attualità, dalla descrizione della fuga dal perimetro urbano di chi poteva (non dei poveri, che né erano in grado di farlo, né di isolarsi, nelle povere e sovrappopolate case in cui abitavano) al crescere dei morti, al divieto dei funerali e al moltiplicarsi delle fosse comuni e delle pire dei cadaveri; dalle ordinanze delle autorità, con raccomandazioni e divieti anche allora assolutamente in linea con quelle che oggi ci vengono propinate, alla davvero stupefacente – per le conoscenze del tempo – consapevolezza da parte del ceto medico della pericolosità di coloro che abbiamo imparato a chiamare “asintomatici”, fino alla documentazione analitica della catastrofe del commercio e di ogni attività economica, con la fame del popolo minuto e alle guerre commerciali combattute, approfittando della contingenza, dalle potenze concorrenti dell'Inghilterra.

Nello stesso torno di tempo, precisamente venticinque anni prima, ossia nel 1629 – 1630 (terza ripresa di un morbo che, a distanza costante di una cinquantina d'anni l'una dall'altra, colpì la città, essendovi infatti stata nel 1524 quella “di Carlo V” e nel 1576 quella detta di “di San Carlo”), la peste era peraltro ritornata a funestare anche Milano, introdottavi, come si mormorava, dai lanzichenecchi e propagata – riteneva sempre la *vox populi* – da misteriosi untori, che la spargevano lungo i muri delle case, a loro volta emuli di quattro delinquenti francesi, già evasi dalle galere spagnole.

La successione e il precipitare degli eventi, dopo l'iniziale sottovalutazione anche da parte del Governatore Spinola, impegnato in una campagna guerresca e del Tribunale della Sanità – mentre si riapriva il lazzeretto dato in gestione a frati cappuccini (ancora oggi il quartiere di Porta Venezia ne reca nella toponomastica i segni: via del Lazzeretto, via Lodovico Settala, dedicata al profetico, cioè al presidente dell'Ordine professionale dell'epoca) – e altresì di molti fra gli stessi medici, viene così descritta nel capitolo XXXI de *I Promessi Sposi*, con una narrazione che continua nel seguente:

In principio dunque, non peste, assolutamente no, per nessun conto: proibito anche di proferire il vocabolo. Poi, febbri pestilenziali: l'idea s'ammette

per isbieco in un aggettivo. Poi, non vera peste, vale a dire peste sì, ma in un certo senso; non peste proprio, ma una cosa alla quale non si sa trovare un altro nome. Finalmente, peste senza dubbio, e senza contrasto: ma già ci s'è attaccata un'altra idea, l'idea del venefizio e del malefizio, la quale altera e confonde l'idea espressa dalla parola che non si può più mandare indietro.

Valutazioni tecniche sbagliate, commiste a credulità popolare, le une e le altre reciprocamente alimentandosi, che l'amara ironia manzoniana – nutrita del giusto metodo scientifico-sperimentale che sarebbe invece occorso – commenta in questi termini:

Non è, credo, necessario d'esser molto versato nella storia dell'idee e delle parole, per vedere che molte hanno fatto un simil corso. Per grazia del cielo, che non sono molte quelle d'una tal sorte, e d'una tale importanza, e che conquistino la loro evidenza a un tal prezzo, e alle quali si possano attaccare accessori d'un tal genere. Si potrebbe però, tanto nelle cose piccole, come nelle grandi, evitare, in gran parte, quel corso così lungo e così storto, prendendo il metodo proposto da tanto tempo, d'osservare, ascoltare, paragonare, pensare, prima di parlare. Ma parlare, questa cosa così sola, è talmente più facile di tutte quell'altre insieme, che anche noi, dico noi uomini in generale, siamo un po' da compatire.

Questo è già l'orizzonte della *Storia della colonna infame*. Per il corso da cui questo lavoro nasce mi ero indotto a chiedere una conversazione su di essa al caro amico e collega Vincenzo Maiello, ordinario di diritto penale nel mio stesso Dipartimento e prestigioso avvocato. Ne avrebbe fatto – mi aveva anticipato – una ricostruzione storica del giudizio contro Piazza e a Mora (untori confessi, ma in ragione di torture), nonché una perorazione a favore del “giusto processo”, descrivendone il prima faticoso progredire dell'idea, poi il trionfo attuale. Lasciammo però cadere la cosa, da professori attempati, purtroppo non ancora adusi sulle prime alla pratica dei *webinar*, di cui siamo in seguito dovuti forzatamente diventare tutti esperti.

La ricca, erudita e letterariamente godibile nota posposta da Leonardo Sciascia all'edizione selleriana suggerisce però di affiancare a questa, che pure resta classica e nobile, un'altra prospettiva di lettura, meno consueta. Egli ricorda infatti tanto come il diffondersi delle epidemie sia sempre stato addossato in via di primo tentativo al “diverso”, all'altro minaccioso che vive al di là dei confini, quanto contemporaneamente accompagna-to da speculazioni popolari su venefici provocati da misteriosi figure, con trame oscure e per scopi non chiariti: così, ad esempio, per la spagnola che devastò l'Europa alla fine della prima guerra mondiale, della quale si almanaccava che sarebbe stata addirittura favorita dai governi attraverso

la diffusione di misteriosi liquidi infettanti in bottiglia, per contribuire a sfoltire malthusianamente l'eccesso di popolazione ancora sopravvissuta alle operazioni belliche, che originariamente si prevedeva durassero più a lungo. Dice inoltre a un certo punto:

Che si potesse, come oggi in un laboratorio batteriologico, *manufare* la peste e diffonderla, intanto era questione controversa. Il Tadino, medico, ci credeva: ma allora non c'era differenza tra uno che si diceva o dicevano medico e una qualsiasi persona colta. Le conoscenze del Tadino, in fatto di medicina, non erano né diverse né superiori a quelle di un don Ferrante: il quale risulta come un personaggio comico, caricatura, nelle pagine dei *Promessi Sposi*, col senno di poi, ma è in effetti, il ritratto del Tadino tal quale. Anzi: il Tadino vedeva la peste scendere dalle stelle e andare a finire nelle ampolle degli untori; don Ferrante invece si fermava alle stelle, e morì prendendosela con le stelle e non cogli untori

Credo che il lettore di oggi (Sciascia scriveva all'inizio dell'ultimo ventennio del Novecento) abbia di che restare, ancora una volta, meravigliato e dolorosamente colpito dalle analogie: qui è già profeticamente anticipata la convinzione cospiratoria, veicolata attraverso i *social network*, che il virus Covid-19 nasca in un ben nascosto laboratorio, americano o cinese, in cui un esperimento sia sfuggito di mano, o che ne sia stato dolosamente fatto uscire per alimentare manovre di rottura e consolidamento di equilibri geopolitici ed economici e in più si ironizza – richiamandone un paio, emblematicamente chiamati a rappresentarla – sulla categoria degli esperti, taluno dei quali si è forse lasciato eccessivamente sedurre nella circostanza presente dal veleno egualmente aereo e perciò rapidamente penetrante (appunto: contagioso), della sovraesposizione mediatica.

Con Manzoni è già posto il tema che oggi rubrichiamo come la tragedia del populismo, con le sue vociferazioni colpevolizzanti, con allusione in lui – si è detto da taluno [Prosperi] – al Terrore nella Rivoluzione francese, ma torna soprattutto l'interrogativo sul rapporto tra il divino e il male, in termini vicini alla nostra sensibilità: non si tratta più dei danteschi “dei falsi e bugiardi” che, animati da spirito vendicativo, diffondono il male saettando frecce avvelenate sugli uomini, né – per un cattolico non bigotto, saldamente infisso per origine familiare e consuetudini amicali nella parte migliore dell'illuminismo lombardo – dell'irato Dio cristiano veterotestamentario, che si caratterizza come il punitore delle loro nequizie, ma del “Dio che atterra e suscita/ che affanna e che consola”, consapevole della fragilità umana e sollecito verso le sue stesse creature.

La domanda sottesa circa la peste è allora se essa possa dunque essere una “provvida sventura” e la risposta è che il divino è imperscrutabile: non è l’epidemia “scopa dei malvagi” di don Abbondio, né quella che, nella prospettiva di Renzo Tramaglino, vendica il male subito dai più piccoli e deboli della società, ma si tratta dello strumento arcano di una Giustizia che solo collocandosi sul piano escatologico può venire compresa e accettata. Diversamente, nulla può trovare una spiegazione: come molti grandi scrittori si sono chiesti, perché la sofferenza di esseri sicuramente innocenti, per esempio dei bambini (così, nel romanzo, l’addio della madre alla piccola Cecilia, amorosamente deposta sul carro dei monatti), o nei campi di sterminio? Dov’era allora Dio, da quale parte guardava?

Con la modernità novecentesca, questo dato simbolico esplode in molte varianti [Stassi] che interpellano tutte la responsabilità dell’uomo in terra, piuttosto che il silenzio del cielo lontano e le risposte sono varie, dall’impegno di umanesimo laico del dottore Rieux, che preferisce nella *Peste* di Camus la cura dei corpi a quella delle anime, terapia invece scelta dal gesuita padre Paneloux, che tuttavia poi gli si allea nell’aiutare a contrastare sofferenze più concrete, a quella di Aureliano Buendia, con l’autore del romanzo che in *Cent’anni di solitudine* suggerisce, in una narrazione fantastica, che pestifero si trovava a Roma l’oblio, ossia che la tragedia si caratterizza sempre come smemoratezza, ferita del ricordo. Anche la chiusura del romanzo di Camus, del resto, ammonisce

Lui sapeva quello che ignorava la folla e che si può leggere nei libri, ossia che il bacillo della peste non muore né scompare mai, che può restare per decine di anni addormentato nei mobili e nella biancheria, che aspetta pazientemente nelle camere, nelle cantine, nelle valige, nei fazzoletti, e nelle cartacce e che forse verrebbe giorno in cui, sventura e insegnamento degli uomini, la peste avrebbe svegliato i suoi sorci per mandarli a morire in una città felice.

Al di là, dunque, delle determinazioni storiche che sono occasione per il manifestarsi del male (per lo scrittore franco-algerino l’occupazione nazista dell’Europa e della Francia in particolare), la miseria morale e l’egoismo umano restano il brodo di coltura sempre potenzialmente attivo del contagio e “l’homme révolté” ha appunto il compito di ricordarlo agli immemori, attraverso l’esperienza estetica.

Più desolato, invece, l’orizzonte senza solidarietà fra gli umani di José Saramago, in cui il pianto è affidato solo al “cane delle lacrime”

La moglie del medico legge via via le targhe delle strade, di alcune si ricorda, di altre no, e a un certo momento capisce di essere disorientata e persa. Non

c'è dubbio, si è persa. Ha fatto un giro, ne ha fatto un altro, non riconosce più né le strade né i loro nomi, e allora, disperata, si è accasciata su quel terreno sporchissimo, impastato di fango nero, e, priva di forze, di tutte, è scoppiata a piangere. I cani l'hanno circondata, fiutano i sacchetti, ma senza convinzione, come se l'ora di mangiare ormai fosse passata, uno la lecca in faccia, forse lo hanno abituato fin da cucciolo ad asciugare i pianti. La donna gli tocca la testa, scorre la mano sul dorso inzuppato, e le altre lacrime le piange abbracciata a lui. [...]. Non era tanto lontana quanto credeva, aveva unicamente deviato per un'altra direzione, dovrai solo proseguire per questa strada fino a una piazza, lì conti due traverse a sinistra e poi svolti alla prima a destra, è quella che cerchi, il numero non lo hai dimenticato. A poco a poco i cani sono rimasti indietro, qualcosa li ha distratti via facendo, oppure sono talmente abituati al quartiere che non vogliono lasciarlo, soltanto il cane che aveva bevuto quelle lacrime ha accompagnato chi le ha piante, probabilmente questo incontro della donna e della mappa, tanto ben preparato dal destino, includeva anche un cane

mentre la donna (in *Cecità*, com'è noto, i personaggi non hanno nemmeno più un'identità onomastica, che non serve perché, alla fin fine, ognuno di loro è ciascun altro uomo o ciascuna donna, esso sono insomma – in questa sconsolata contemplazione della dis-umanità – riportabili a ogni possibile lettore), constata che

Secondo me non siamo diventati ciechi, secondo me lo siamo, ciechi che, pur vedendo, non vedono.

Qui il nostro viaggio, magari s-conclusionato (ossia con una conclusione temporanea e solo convenzionale) provvisoriamente si conclude. Per ragioni di spazio e di tempi di consegna del lavoro ne sono rimasti fuori altri materiali, ossia ulteriori autori con le loro pagine, ispirate ad esempio dalla lebbra, dalla tubercolosi, dal colera, oltre a moltissimi film. In poche tappe non si poteva concentrare tutto. Quello che qui non c'è potrà domani essere esplorato (perciò il sottotitolo recita: “primi appunti”) da chi scrive qui ora, o – meglio ancora – da parte di altri viaggiatori curiosi e più freschi.

3. *Che cosa possono apprenderne i giuristi*

È tempo di affrettarci a concludere, si intravede già il porto di arrivo.

Le emergenze – lo dice la parola stessa – “emergono”, si palesano, come isole improvvisamente risalite dal mare, dal basso oltre la sua superficie e questo accade periodicamente e costringe a ridisegnare l'ordine degli

eventi. Da che l'uomo conosce la propria storia, ne è insomma incerto il *quando*, non l'*an*.

Del compito di riorganizzare e mantenere continuamente l'ordine il diritto è investito in prima fila, essendo appunto questa la sua funzione essenziale. Se essa si esprime attraverso il pre-vedere ordinando, deve adattarsi anche all'imprevisto e lo fa ricollegandosi a sistemi di regole formali introdotte in forza di fonti atto, o di precedenti giudiziari, a seconda delle culture giuridiche, più spesso con una combinazione, ormai, fra questi due modi di plasmare la realtà sociale.

Molte Costituzioni si sono così dotate di clausole emergenziali di varia portata e specificazione, anche in Stati i cui modelli sono vicini al nostro per struttura (con autonomie territoriali e funzionali riconosciute e garantite) e perché a forma di governo parlamentare: così per esempio la Germania e la Spagna.

Non così però l'Italia, che ha solo due strumenti, uno aspecifico, come il decreto legge *ex art. 77*, genericamente applicabile a tutti i casi di straordinaria necessità ed urgenza e uno invece molto specifico, nel senso di larghissimo nell'applicazione, ma da riservare a un'evenienza davvero inusuale, a un'eccezionalità per così dire al quadrato, ossia il caso dei decreti del Governo, a seguito di deliberazione bicamerale autorizzatoria al loro impiego, dei poteri necessari per la gestione dello stato di guerra, *ex art. 78*.

Agirano in tale scelta sui nostri Costituenti sia il giudizio sul cattivo uso dello stato di assedio, più volte applicato a tutela dell'ordine pubblico durante lo Statuto albertino, che sospendeva in zone specifiche del Paese l'ordinario corso della legalità, affidando pieni poteri e giurisdizione sull'uso dei medesimi (spesso tradotto anche in esecuzioni sommarie di "ribelli", senza nemmeno un processo) ai militari, sia la "sindrome di Weimar", che rammemorava come, a seguito dell'applicazione della vaga disposizione dell'art. 48 di quella Costituzione, il presidente del Reich tedesco, maresciallo Hindenburg, avesse spianato con due propri decreti del 1933 la strada al regime hitleriano, non convincendo il legislatore costituzionale italiano a tornare sui suoi passi nemmeno la circostanza che la ripresa che ne fece poi nel 1958 la Costituzione francese, riscritta a misura del generale De Gaulle in forma semipresidenziale, comportasse contrappesi al potere presidenziale di adottarli.

Sicché, dichiaratosi dal governo lo stato di emergenza, da allora ripetutamente prorogato e tuttora in vigore, si è proceduto nella presente contingenza come si poteva, ossia combinando la normativa primaria di protezione civile con la decretazione d'urgenza (a coprire formalmente i dd.p.c.m. previsti dalla prima) e successivamente integrando in sede di conversione

il secondo di tali decreti legge (19/ 2020, convertito dalla legge 35/ 2020), per coinvolgere in qualche modo le Camere nell'impulso e nel controllo, per quanto possibile, e disciplinare – essendo anche a questo proposito assenti altri strumenti di coordinamento, come una esplicita clausola di supremazia del primo in condizioni di stress sistemico, nei rapporti tra Stato e Regioni, o la Camera delle Regioni – i rapporti tra Governo e autonomie territoriali.

Il modello effettivamente percorso ricorda cioè, senza dirlo e con un discostamento importante (la mancata autorizzazione preventiva delle Camere), quello dell'art. 78, già richiamato. Chi scrive ha con altri sostenuto che questa soluzione meriterebbe, superata la pandemia, di essere tradotta in un'apposita legge costituzionale che allargasse la disposizione alle emergenze ambientali e sanitarie (purtroppo destinate – come rende certi l'esame degli eventi e di altri, di cui al paragrafo che precede – a ripetersi periodicamente), con l'ulteriore previsione di un secondo comma che preveda catena di comando, forme e limiti, anche temporali, di gestione dei poteri straordinari, ma (se alcuni hanno addirittura ritenuto che tale ampliamento di applicazione possa avvenire già in via interpretativa, il che non sembra però confortato dal carattere eccezionale della disposizione), vi sono studiosi che hanno ritenuto bastevole la strumentazione costituzionale e legislativa attuale [Prisco; Id., con F. Abbondante].

In ogni caso, diverse sono state le critiche sulla appropriatezza della gestione effettiva della situazione, con riferimento soprattutto alla deficitaria organizzazione degli interventi pubblici dispiegati, al sacrificio – da molti ritenuto poco o male bilanciato dei diritti fondamentali, compresi quelli della frequenza scolastica e della salute, atteso che questa andrebbe considerata come condizione di benessere complessivo, a determinare il quale concorre quindi l'esercizio per quanto possibile di tutti i diritti fondamentali – nonché di scarsa trasparenza dei dati scientifici sulla base dei quali si è proceduto a decisioni politiche [un esempio della severità di giudizio in Fattibene].

La storia e la letteratura, peraltro, egualmente insegnano molto, a questo riguardo: ad esempio la necessità assoluta di ripensare e rafforzare la struttura della medicina territoriale, coi suoi “sensori di allarme”, costituiti da laboratori di competenze integrate di medici di base, diffusi in ogni quartiere, disponendo altresì appositi luoghi di quarantena, senza aggravare oltre misura gli ospedali o le residenze per anziani, che possono – per la concentrazione dei malati e la mancanza di personale – diventare luoghi perfino iatrogeni. L'effetto di una buona o al contrario carente organizzazione in materia si vede già specialmente in Defoe e nel Manzoni dei *Promessi sposi*.

Beninteso, un'ulteriore osservazione è non solo possibile, ma necessaria: la pandemia è stata, almeno in due sensi, non creatrice, ma rivelatrice ai più di tendenze già note agli studiosi dei rispettivi problemi. Com'è stato infatti opportunamente e con molta forza espressiva scritto, a partire da una riflessione su Fernand Braudel:

Le disuguaglianze economiche, sociali, culturali, accentuate dalla pandemia, si rispecchiano anche nelle differenze, nei dislivelli del modo di vivere il tempo. (...). Le condizioni del vissuto differenziano, gerarchizzano. Il malato, l'intubato, il paziente in terapia intensiva vivono il tempo della solitudine, la sua immobile inquietudine, lo stato di progressiva spersonalizzazione e di privazione del sentimento di individualità.(...). Tempo delle disuguaglianze, disuguaglianza del tempo. Dobbiamo chiederci come vive il tempo della pandemia il mondo degli "invisibili", di chi, cioè, non emerge quasi mai sul proscenio dei media, dell'informazione: i senza fissa dimora, i reclusi nelle carceri, donne e uomini che svolgono lavori massacranti e precari, eccetera. E, al polo opposto, i privilegiati economicamente e socialmente che, sciolti da ogni freno inibitorio, ingaggiano un corpo a corpo col tempo rischioso del contagio e si immergono nel *cupio dissolvi* dell'attimo fuggente del piacere, costi quel che costi. Lo aveva già efficacemente scritto Tucidide nella sua descrizione della peste di Atene. E sicuramente la disuguaglianza del tempo appare in tutta la sua evidenza nei comportamenti diversi delle generazioni: i giovani che, anch'essi costi quel che costi, sacrificano la salute del proprio corpo sull'altare dell'aperitivo, dell'assembramento nei baretti [Musi]

Sul piano istituzionale, l'accentramento di poteri in capo ai governi e la personalizzazione anche di Esecutivi parlamentari, l'"espertocrazia", le tensioni tra Stato e Regioni, in conseguenza di errori di concezione del titolo V della Costituzione, il ricorso al lavoro agile e alla formazione scolastica e universitaria "da remoto", oltre alle telematizzazioni procedurali amministrative e processuali, erano fenomeni in corso da tempo, che l'emergenza ha solo accelerato, intensificato e generalizzato, non inventato. Il diritto *della* crisi è insomma un diritto già da tempo *in* crisi, rispetto agli ordini concettuali fisiologici ricevuti dal passato e a lungo stabilizzati.

Sul piano economico-sociale, la debolezza della nostra specifica variante dello Stato sociale, con la dismissione in favore dell'intervento privato di molti servizi pubblici, come scuole, tutela della salute e trasporti e la mancanza di una politica che favorisse la disponibilità di abitazioni dignitose a canoni o prezzi d'acquisto accessibili, unita ad un documentato arretramento complessivo del *welfare*, non essendosi presentata come priva di difficoltà ed errori di attuazione nemmeno la precedente esperienza di sostegno alla povertà attraverso la distribuzione di un reddito di inclusione,

come fattori di partecipazione e di promozione di una “cittadinanza” in senso sostanziale e in genere della persona [Fattibene], ha nel complesso finito per rendere più rapidamente e diffusamente penetrante il contagio virale, ostacolando ad esempio il distanziamento fra le persone e non favorendo il sostegno ai bisogni, materiali e non, dei soggetti effettivamente infragiliti. Ora che lo Stato italiano si appresta a ricevere notevoli somme di denaro dall’Unione per ammodernare i suoi apparati e procedimenti e per risollevare i disagi emersi nella popolazione, questo *caveat* andrebbe tenuto presente come bussola per orientare la sua azione futura.

Un ultimo rilievo. Nella pagina conclusiva del *Diario della peste di Londra*, Defoe narra che in un primo tempo, allo scemare progressivo dell’epidemia, i cittadini si mostravano aperti l’un l’altro e comunicavano a chi ancora non le conoscesse la buona di un calo sempre più forte dei contagi e per un certo periodo sembravano cambiati. Poi, conclude lo scrittore con amarezza, “tutto ritornò come prima”.

Quando ce la prendiamo coi detentori *pro tempore* del potere, dovremmo ricordare che essi sono pur sempre nostra espressione e specchio dei nostri vizi e delle nostre virtù.

4. Nota biblio e webliografica essenziale

Questa nota è puramente indicativa di alcuni testi notevoli, nonché di audio e teleconferenze, a cui si è fatto riferimento per la stesura del lavoro e non può certo intendersi come esaustiva. Dei libri ristampati in anni ed eventualmente con traduzioni diverse si è citata l’edizione in possesso dello scrivente.

Va in premessa doverosamente segnalato che l’associazione culturale èStoria, con sede a Gorizia, ha dedicato l’intera XVI edizione del suo annuale Festival Internazionale di Storia, dal luglio 2029, al tema *Controvirus*; l’evento si è ovviamente tenuto *online* e la serie delle conferenze a più voci, tutte di alto livello, può essere recuperata in registrazioni collocate sul sito della stessa. Analoga importanza hanno le *Proposte di audio-lettura al tempo del coronavirus*, dedicate alle opere di Tucidide, Defoe e Manzoni, a cura di Mariapia Donat-Cattin, che possono essere ascoltate sul sito dell’omonima fondazione. Chi scrive si dichiara una volta per tutte – con gratitudine e spero con grande profitto di chi ha letto le pagine che precedono questa – tributario verso queste fonti preziose di notizie e suggestioni critiche, che sono state le basi per le proprie successive riflessioni.

* * *

C. ACOCCELLA, *L'epidemia come metafora della sospensione e della compressione delle libertà fondamentali. Rileggendo la peste di Camus*, in *Diritti Regionali*, 1/ 2020, 463 ss.; ID., *Ancora su diritto e tecnica. Le valutazioni tecnico-scientifiche come premessa delle decisioni politico-amministrative assunte per fronteggiare l'emergenza pandemica da Covid-19*, in *PA. Persona e Amministrazione. Ricerche giuridiche su Amministrazione ed Economia*, 2/ 2020, 267 ss.; C. R. ALEGIANI, *Note sull'epidemia descritta da Tucidide*, testo nel sito della *Fondazione Donat-Cattin*; G. ALFANI, *La storia dei contagi dall'antichità al Covid-19*, in *Corriere della Sera / La Lettura*, 436, 5 aprile 2020; G. BASCHERINI, *Lo stato d'assedio nell'esperienza statutaria italiana*, in *Giur. Cost.*, (1994), 4267 ss.; G. BOCCACCIO, *Decamerone*, a cura di V. Branca, Milano, 1985; A. CAMUS, *La peste*, trad. it., Milano, 1948; ID., *L'uomo in rivolta*, trad. it., Milano, 2002; F. CARDINI, *Le cento novelle contro la morte: Giovanni Boccaccio e la rifondazione cavalleresca del mondo*, Roma, 2007; C. M. CIPOLLA, *I pidocchi e il Granduca*, Bologna, 1979; ID., *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, ivi, 1986; *Miasmi ed umori*, ivi, 1989; *Il burocrate e il marinaio. La sanità toscana e le tribolazioni degli Inglesi nel XVII secolo*, ivi, 1992; G. COSMACINI, prefazione a G. P. ARLUNO, *La peste (impressum Mediolani, per Zanotum de Casteliono, ad impensis Io. Iacobo et fratrum de Legnano, 1515)*, nuova ed., con traduzione, introduzione e note di F. di Ciaccia, Milano, 1999; D. DEFOE, *Diario della peste di Londra*, trad. it., Roma, 2014; R. FATTIBENE, *Povertà e Costituzione*, Napoli, 2020; ID., *Il carattere multidimensionale della povertà alla luce della pandemia*, in *Dialoghi in emergenza*, a cura di F. Niola e M. Tuozzo, Napoli, 2020, 199 ss.; ID., *La centralità della (decisione) politica nella gestione di un evento pandemico, tra valutazione scientifica, diritti e libertà, caratteri delle norme*, in ...; M. FOUCAULT, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, trad. it., Torino, 1976; M. GIANSAnte, *Amistà, vicinanza, parentado. Le strutture sociali alla prova del morbo*, in *Heliotropia*, 15 – 16, 87 ss.; G. GARCIA MARQUEZ, *Cent'anni di solitudine*, trad. it., Milano, 2017; S. GIVONE, *Metafisica della peste. Colpa e destino*, Torino, 2012; G. F. INGRASSIA, *Informatione del Pestifero, et contagioso morbo il quale affligge et have afflitto questa città di Palermo, & molte altre città, e terre di questo Regno di Sicilia, nell'anno 1575 et 1576, (in Palermo, appresso Giouan Mattheo Mayda, 1576)*; nuova ed. a cura di A. Salerno, A. Gerbino, M. Buscemi, T. Salomone, R. Malta, I. Bagheria, 2012; T. LUCREZIO CARO, *La natura delle cose*, a cura di I. Dionigi. Milano, 2016,

libro VI, 607 ss; A. MANZONI, *I Promessi Sposi / Storia della Colonna Infame*, a cura di F. de Cristofaro, M. Viscardi, M. Palumbo, N. De Blasi, Milano, 2014; ID., *Storia della colonna infame*, con una nota di L. Sciascia, Palermo, 1981; *Medicina, magia, religione, psichiatria*, I, Napoli, 1994; II: *dall'Antropologia all'Etnopsichiatria*, Napoli, 1998 (entrambi a cura di V. Lanternari, il secondo con M. L. Ciminelli); A. MUSI, *Ripensare il tempo storico alla luce della pandemia Covid-19*, in *Identità di Clio*, 18 Gennaio 2021; W. G. NAPHY, A. SPICER, *La peste in Europa*, trad. it., Bologna, 2006; D. NEUHAUS, *Il virus è una punizione di Dio?* in *La Civiltà Cattolica*, 2/ 2020, 238 ss.; M. PAOLANTONIO, *Il De peste di Giuseppe Ripamonti, fonte primaria della documentazione per le pagine sulla carestia e sulla peste nei Promessi sposi*, Romagnano al Monte, 2015; B. PISELLI, *Scienza e religione ne "La peste" di Camus*, in *Studi Francesi*, 179 (LX | II), 2016, 233 ss.; S. PRISCO – F. ABBONDANTE, *I diritti al tempo del coronavirus. Un dialogo*, in *Federalismi.it*, 24 marzo 2020; ID., *Gli insegnamenti istituzionali della crisi del coronavirus*, in *Dialoghi in emergenza*, cit., 461 ss.; ID., *La dignità nel dibattito biogiuridico e biopolitico*, versione accresciuta per gli *Scritti in onore di Antonio Ruggeri*, § 5, in corso di stampa, Napoli, 2021; V. PORTAGNUOLO, *Il contagio aereo fra Medioevo e attualità*, in *Insula europea*, 23 gennaio 2021; A. PROSPERI, *Manzoni, la peste, il Terrore. Il complotto e la storia nel capitolo XXXI dei Promessi Sposi*, in *Studi Storici*, 1/ 2018, 23 ss.; J. SARAMAGO, *Cecità*, trad. it., Milano, 2013; F. STASSI, *Per una cosmografia della peste. Appunti sulla storia di una metafora nel romanzo del secondo Novecento*, in *Dimensioni e problemi della ricerca storica*, 2/ 1998, 217 ss.; ID., *La lettrice scomparsa*, Palermo, 2016; TUCIDIDE, *La guerra del Peloponneso*, a cura di L. Canfora, I, trad. it., Milano, 2007, libro II, 227 ss.; G. TURANO, *La peste di Milano: inchiesta su un caso di cronaca di 400 anni fa*, in *L'Espresso*, 24 marzo 2020; ID., *Morte sull'Acropoli: la peste ad Atene*, ivi, 29 aprile 2020.

Una versione del presente testo, adattata alle esigenze della rivista – quindi con taluni tagli e con inserimenti di alcuni periodi – ma in sostanza analoga, è pubblicata in “*Historia e Jus*”.

OSVALDO SACCHI

NOMOTROPISMO E DIGNITÀ DELLA PERSONA UMANA AL TEMPO DEL CORONAVIRUS COVID-19

“(Scipione Emiliano) ciascuno Stato riflette l’indole o la disposizione di chi lo regge”.

[Cicerone, *De re publica*¹]

“in uno Stato travolto dalla corruzione, le leggi si moltiplicavano”.

[Tacito, *Annales*²]

1. *Il problema del nomotropismo (o abuso di norme)*

Nel quadro davvero preoccupante di ciò che sta accadendo a causa della pandemia di Covid-19 (mentre scrivo siamo all’inizio della fase acuta della seconda ondata e già qualcuno parla di una terza) mi pare che, insieme ai tanti altri che affliggono il nostro tempo, sia emerso in tutta la sua gravità anche il problema del *nomotropismo* (o “entropia della legge”, da *entropè* = trasformazione) ossia dell’*agire-in-funzione-di-una-legge*. Sembra infatti essersi diffusa nel nostro tempo un’ossessione di normare ogni comportamento delle persone fin nei più minimi dettagli³.

Il concetto di *agire nomotropico* o *nomotropismo* in senso stretto è un neologismo, abbastanza recente, che definisce i modi di agire in relazione a norme o regole (*Regelbezogenheit*) che possono essere di tre specie: a)

1 Cic. *de re p.* 1.31.47: “(Scipio) *et talis est quaeque res publica, qualis eius aut natura aut voluntas qui illam regit*”. La tr. it. in esergo è mia.

2 Tac. *ann.* 3.27.3 “[...] *et corruptissima re publica plurimae leges*”. La tr. it. in esergo è di M. Stefanoni da Tacito, *Annali*, Milano, 1990, p. 224.

3 Massimo Cacciari si è di recente sfogato proprio contro il *delirio normativistico* e il *controllismo fuori senso* messo in atto dalle Istituzioni per contrastare la pandemia. Fonte: *Cacciari furioso a Cartabianca: “Basta con questo delirio normativistico! Cosa sono, un deficiente?”*, CorriereTV, giovedì 16 ottobre 2020.

agire *in-funzione-di* una norma (Max Weber); b) agire *secondo* una norma (Kant); c) agire *per* una norma (ancora Kant)⁴.

Agire *in-funzione-di* una norma (situazione “a”), sarebbe quel comportamento che *può non coincidere*, nè con l’agire *secondo* una norma, nè con l’agire *per* una norma. È il comportamento del baro che non rispetta le regole del gioco (Amedeo G. Conte); ovvero del ladro che fugge, o nasconde la refurtiva, perché agisce in funzione della norma che sa di aver violato (Weber)⁵. Agire *secondo* una norma è il comportamento di chi si conforma a una norma, ma questa non ne è stato il movente (*Triebfeder*) (situazione “b”)⁶; è il concetto kantiano di *azione-secondo-la-legge* (*gemäß dem Gesetz*)⁷. Agire *per* una norma è invece il comportamento di chi si conforma a una norma, se è tale norma che lo ha mosso ad agire (situazione “c”)⁸; è il concetto kantiano di *azione-per-la-legge* (*um des Gesetzes willen*)⁹.

La situazione “a” è potenzialmente più dannosa, non solo perché può ingenerare la falsa idea che sia consentito fare “tutto ciò che la legge non vie-

4 P. Di Lucia, *Il nomotropismo di Antigone*, in *Dike*, 17, 2014, pp. 153-168, spec. 157 definisce *nomotropismo* un concetto chiave della sociologia del diritto di Amedeo Giovanni Conte. La *sociologia filosofica del diritto* riguarda ciò che è definita la sociologia “comprendente” (*verstehende Soziologie*) di Max Weber (1864-1920), che studia l’orientamento dell’azione a un ordinamento posto (*Orientierung des Handelns an einer gesatzten Ordnung*). V. ancora P. Di Lucia, *u.l.c.*, p. 157, nt. 11. È in questa prospettiva che allargherei quindi questa determinazione concettuale: sia nel senso di *un eccessivo uso dello strumento normativo da parte del legislatore*, che per *le conseguenze negative che questo determina nei comportamenti dei cittadini*.

5 L’agire *in-funzione-di-una-norma* è anche il comportamento del funzionario pubblico che, quando viene colto in fallo, dichiara sempre “non ho violato nessuna norma”. Eppure, già gli antichi insegnavano che *non omne quod licet honestum est*. Cfr. D. 50.17.144pr. (Paul. 62 *ad ed.*) su cui mi permetto di rinviare ora a O. Sacchi, *Lo scudo riflettente di Perseo. Archetipi del giuridico nel cinema contemporaneo*, Napoli 2019², pp. 1-184, spec. 25 ss. Rientrerebbero in questo quadro: il comportamento dell’evasore fiscale indotto a evadere le tasse per l’eccessiva pressione fiscale (vedi le finte separazioni coniugali o coniugi con residenze diverse solo formali per non pagare l’IMU sulle seconde case); il fenomeno della cd. “medicina difensiva” (causa nel passato anche di un’eccessivo ricorso a esami clinici non necessari); il problema della carenza di medici rianimatori (dovuta al rischio eccessivo di contenziosi legali); infine, l’intollerabile disumanità delle regole di accesso agli ospedali (anche in pronto soccorso) riguardanti gli ammalati e i loro parenti.

6 P. Di Lucia, *Il nomotropismo di Antigone*, cit., p. 163, nt. 30.

7 I. Kant, *Kritik der praktischen Vernunft* (1788), heraus. von O. Höffe, Berlin 2002, pp. 136 s.

8 P. Di Lucia, *Il nomotropismo di Antigone*, cit., p. 163, nt. 31.

9 I. Kant, *Kritik der praktischen Vernunft*, cit., pp. 136 s.

ta”, dimenticando che la legge non può né prevedere tutti i casi della vita, né eliminare da sola il male dal mondo. Ma anche perché potrebbe indurre le persone *a comportarsi in un certo modo solo perché sia vigente una tale norma*, a prescindere da ogni valutazione sulla sua opportunità o legittimità. Anzi, capita spesso che una norma sia percepita come un ostacolo e in questi casi tende a diventare anche un alibi (*trovata la legge, trovato l'inganno*). Di qui l'amaro commento di Tacito sull'eccesso di normazione dell'età sillana per cui “in uno Stato travolto dalla corruzione, le leggi si moltiplicano”: *et corruptissima re publica plurimae leges*¹⁰.

Una produzione normativa pletorica e superficiale¹¹, ma anche “spudorata” (cioè poco dignitosa¹²) può quindi essere causa di impoverimento culturale, etico e anche di peggioramento dei rapporti sociali. Come esempi di leggi “spudorate” direi: la legge elettorale con “nominati” (che viola il principio della rappresentanza¹³); le leggi *ad personam* (che violano il principio della generalità della legge¹⁴); il reddito di cittadinanza (ma l'art. 1 Cost. non dice che “L'Italia è una Repubblica democratica fondata sul

10 Tac. ann. 3.27.3.

11 Emblematico direi il caso del cd. *Decreto dignità* (D.L. n. 87/2018), pensato lodevolmente per apportare dei correttivi in tema di disciplina del lavoro (fra l'altro, ridurre il tempo dei contratti a tempo determinato a-causali a non più di 12 mesi, salvo eccezioni, rispetto ai 36 del *Jobs-act*), ma costruito in modo affrettato e farraginoso (perché privo di una disciplina transitoria), creando grossi problemi applicativi che la legge di conversione (L. n. 96/2018) è riuscita a correggere solo in parte. Un esempio di applicazione “spudorata” della legge è l'assurda richiesta ai parenti di una vittima delle spese processuali per il procedimento che ha portato alla condanna della persona dichiarata colpevole della sua morte. Si v. A.E. Piedimonte, *L'omicida è nullatenente, per le spese processuali lo Stato chiede oltre 18 mila euro alla famiglia della vittima*, da laStampa.it del 22 settembre 2020.

12 Sul nesso tra *pudor* e *dignitas* v. O. Sacchi, *Lo scudo riflettente di Perseo*, cit., pp. 148-160; ma anche Id., “*Pudor in melius mutet*” (*Tac. ann. 3.54*). *Il valore etico-giuridico di pudor nel pensiero di G.Vico e in diritto romano*, in *Il pudore delle cose, la responsabilità delle azioni. 11. L'Era di Antigone. Quaderni del Dipartimento di Scienze Politiche “Jean Monnet” dell'Università della Campania “Luigi Vanvitelli”*, Milano 2019, pp. 89-127, spec. 121-124 e *passim*.

13 Si v. anche *infra* in nt. 16.

14 Il principio della generalità della legge è l'esatto opposto del concetto di dignità nell'accezione classica di “status” o “rango sociale”. Così F.A. von Hayek, *La società libera*, Soveria Mannelli 2007, p. 326: “Il vero opposto dello *status* è il regno delle leggi generali, delle norme uguali per tutti o, potremmo dire, del governo delle *leges* nel senso originario del termine latino: ossia *leges* come opposte a *privi-leges*”. L'idea di dignità come *status* dovrebbe essere estranea alla Costituzione italiana, come mostra l'art. 3, 1 comma Cost., che contempla la “pari dignità sociale”, rimandando all'art. XIV, 1 comma, *disp. trans. e fin.* Cost., dove è previsto che: “I titoli nobiliari non sono riconosciuti”.

lavoro”?)¹⁵; le quote “rosa” (che per me violano il principio dell’uguaglianza ex art. 3 Cost.)¹⁶; e amenità del genere.

- 15 Col reddito di cittadinanza si vede bene come l’*agire nomotropico* incida nella realtà sociale: sia dal punto di vista dell’*abuso dello strumento normativo* da parte del legislatore che come *agire-in-funzione-di-una-norma* da parte dei destinatari delle norme. Da un lato, il Governo emana decreti applicativi cervellotici e in qualche caso anche grotteschi sui requisiti per ottenere il beneficio. Dall’altro, come effetto collaterale di tali norme, si riscontrano comportamenti davvero riprovevoli dei cittadini. Solo un esempio: nell’elenco delle auto il cui possesso non impedisce tale concessione (in base al principio della cilindrata non superiore a 1.600 cc.) spiccano la BMW i8 Roadster con ameno 6 mesi di vita (165.400 euro) e la Mercedes C200 Cabrio Premium Plus cabriolet (65.760 euro). Cfr. *Dieci auto di lusso che non fanno perdere il reddito di cittadinanza*, 22 gennaio 2019, fonte: wheels.iconmagazine.it. Così si legge: *Reddito di cittadinanza e auto di lusso, finto povero denunciato*, fonte: adnkronos.com, 15 luglio 2020; *Auto di lusso col reddito di cittadinanza*, fonte: ilrestodelcarlino.it, 25 ottobre 2020. Di ben altro spessore (per il grave disagio sociale a monte) l’*agire-in-funzione-di-una-norma* di talune persone che, forse costrette dalla necessità, accettano di lavorare “a nero” per figurare disoccupati agli occhi dello Stato. Cfr. L. Sablone, *Percepisce il reddito di cittadinanza: E intanto lavora in nero*, fonte: ilgiornale.it, 17 febbraio 2020. E ancora, fenomeni generati dalla tipicità di alcune realtà sociali come quella dei “parcheggiatori abusivi”, su cui v. *Il parcheggiatore abusivo con il reddito di cittadinanza: scoperto e denunciato a Napoli*, fonte: www.ilmattino.it, 30 settembre 2020; *Napoli, scoperto parcheggiatore abusivo “seriale” con il reddito di cittadinanza: deve restituire 7mila euro all’Inps*, fonte: tgcom24.mediaset.it, 1 ottobre 2020; *Napoli, denunciati parcheggiatori abusivi con reddito di cittadinanza*, fonte: repubblica.it, 28 ottobre 2020. Fatta la tara del sensazionalismo mediatico sono notizie su cui riflettere.
- 16 La legge elettorale vigente in Italia obbliga i cittadini a dare una preferenza a una donna *solo perché è una donna*, prima di ogni possibile valutazione sulla sua capacità. Si v. ad es. l’art. 1, punto 2, D.L. n. 86/2020 emanato nei confronti della Regione Puglia (perché recepisce i principi posti dalla L. n. 20/2016) che ha modificato (introducendo la lettera c-bis) l’art. 4, comma 1, della L. n. 165/2004 *Sulla promozione delle pari opportunità fra donne e uomini nell’accesso alle cariche elettorali* prevedendo: “a) ciascun elettore può esprimere due voti di preferenza, di cui una riservata a un candidato di sesso diverso dall’altro, e le schede utilizzate per la votazione sono conseguentemente predisposte; b) nel caso in cui siano espresse due preferenze per candidati del medesimo sesso, si procede all’annullamento della seconda preferenza”. Non sono un ingenuo, quindi non discuto la legittimità formale di tale norma, mi limito soltanto a segnalare l’inutilità o la ridondanza di una norma di questo tipo dato che, sin dal II sec. d.C., in diritto romano non si dubitava affatto che dove la legge dicesse *homines* intendesse dire anche “donne”: D. 50.16.152 (Gai. 10 *ad legem Iuliam et Papiam*): “*Hominis*” *appellatione tam feminam quam masculum contineri non dubitatur*: v. anche Plaut. *Cist.* 4.2 e Cic. *pro Cluent.* 199). Senza dire che la normativa *de quo* potrebbe comprimere la libertà di scelta dei candidati eleggibili, in senso anche

A monte di questo fenomeno, segnali preoccupanti in questo senso, sono dati anche dalle istituzioni che nulla fanno per limitare l'invadenza e la pervasività (troppo spesso ottuse) della burocrazia. C'è poi il "sentenzialismo politico" delle Corti superiori (dove, da qualche tempo in Italia, impera l'uso troppo spesso distorto o sofisticato del metodo del "bilanciamento") e così via. Inutile continuare, la propensione dell'esecutivo verso la falsa idea del primato della legge sul diritto, genera confusione e offre alibi per imporre la "legge del più forte" (v. i "falchi" di Bruxelles) o la "legge di mercato" (v. in questi tempi di pandemia, l'assurda contrapposizione tra tutela della salute e tutela dell'economia). Per questo è così praticata.

Essa però, come è stato opportunamente segnalato, incrementa anche il pericolo (che la pandemia ha solo reso più evidente) di una certa assuefazione "a forme di vita sociale improntate alla disciplina e alla sorveglianza"¹⁷. E da questo bisogna assolutamente guardarsi.

2. *Pandemia e nomotropismo*

Durante la prima ondata della pandemia si sono osservati quindi dei comportamenti che potrebbero chiamare in causa anche il problema del *nomotropismo*. Norme (o solo comportamenti) dell'autorità, di manifesta o dubbia incostituzionalità, sorrette da motivazioni approssimative, inconferenti (a volte di basso profilo), ci hanno esposto al rischio concreto dell'induzione all'inosservanza o all'*agire-in-funzione-di-una-norma* nella

discriminatorio nei confronti dei candidati di sesso maschile. Analogo discorso vale per i cd. "nominati" dove però la questione è molto più grave. Sono questi, per me, tutti effetti di *nomotropismo* e quindi di leggi "spudorate", promulgate forse per motivi di demagogia elettorale, ma di sicuro senza pensare troppo alle loro implicazioni dal punto di vista della coerenza giuridica e del danno sociale.

- 17 Cfr. N. Urbinati, *La democrazia al tempo del Covid-19. Sopportare i limiti, a quale prezzo?*, in *Civiltà delle Macchine*, 2, 2020, pp. 31 s.: "Abbiamo sperimentato in questo periodo, quanto facile sia per chi ha una divisa o ricopre una funzione pubblica interpretare con zelo i suoi poteri: sindaci che rincorrevano i loro con cittadini per riportarli a casa; forze di polizia dispiegate contro un cittadino solo su una spiaggia deserta. Il potere, grande o piccolo, alimenta il piacere del comando in chi lo esercita, e questo ci deve insospettire. Quale che sia la legittimità delle norme restrittive, resta il fatto che la mentalità che queste norme giustificano è pericolosa, anche in una democrazia costituzionale. Lo Stato – anche quando si mobilita per il nostro bene – dispone di una quantità di mezzi di interferenza che è sproporzionata ai nostri mezzi di resistenza. Questo è un fatto, quale che sia il regime politico. La più liberale delle democrazie non è meno esposta ai rischi del comando di un sistema che è preordinatamente dispotico".

sua forma deteriore¹⁸. Senza solide garanzie di costituzionalità siamo stati infatti investiti da un diluvio di norme (DPCM e ordinanze regionali) che, in casi non sporadici, si sono rivelate un ostacolo per chi le ha subite (*lockdown* con modalità esagerate e contraddittorie) e un alibi per chi se ne è avvantaggiato (penso alla rincorsa ai ristori anche senza effettivo bisogno). Con danni collaterali enormi (non solo economici) per la collettività e senza una reale percezione sull'efficacia dei sacrifici imposti per la soluzione dei problemi causati dalla pandemia¹⁹.

Nel caso di specie non si pone solo un problema di costituzionalità dei decreti e dei loro contenuti. Ma anche (insieme ad altro) di aver applicato con superficialità, almeno in prima battuta, il *principio di precauzione* a un problema "non ordinario" come il Covid-19; ossia secondo modi solitamente usati per le emergenze "ordinarie" naturali (terremoti, inondazioni, incendi o altro) o politiche (guerre, invasioni, rivolte armate, attacchi terroristici)²⁰. La differenza (qui sta il punto), è che mentre le dinamiche delle prime sono già note e dunque prevedibili, rispetto alla pandemia si era quasi del tutto impreparati²¹.

A onor del vero, sul piano formale il Governo italiano, indicando con i suoi consulenti la *preparedness* come premessa ai criteri dell'*adeguatezza clinica* e dell'*attualità* per l'accesso alle terapie intensive in condizioni di emergenza (v. il parere 8 aprile 2020 del CNB)²², ha mostrato consapevo-

18 Emblematico il caso dell'utilità delle mascherine su cui v. M. Evangelisti, *Coronavirus, le giravolte sulle mascherine: prima inutili e ora obbligatorie*, da il messaggero.it del 25 aprile 2020. Sulla fattura richiesta dallo Stato ai parenti delle vittime da Covid-19 per la cremazione delle salme, v. F. Garaus, *Virus, la fattura per la cremazione. "È un'altra vergogna di Stato"*, da ilgiornale.it del 23 aprile 2020.

19 Così, su un piano più generale, non si può essere davvero sicuri del fatto che l'interruzione del pubblico servizio dei trasporti, per un aumento abnorme di certificati medici, sia stato dovuto soltanto al caso. E si potrebbe dire lo stesso per la fuga dei dipendenti pubblici verso lo smart-working che in qualche caso si è trasformato di fatto nella chiusura *sine die* di uffici pubblici. Parlo per esperienza personale.

20 Si v. per questo D. Amirante, *Il Covid-19 fra sicurezza sanitaria e sicurezza ambientale*, in *Democrazia e Sicurezza-Democracy and Security Review*, in *democraziaesicurezza.it*, 28 ottobre 2020.

21 Col decreto-legge n. 6/2020, del 23 febbraio, il Governo italiano ha dichiarato di aver scelto di applicare il *principio di precauzione* pensando di utilizzare modalità operative già collaudate per le emergenze ordinarie (v. il discorso alla Camera di Giuseppe Conte del 30 aprile 2020). Traggo da D. Amirante, *Il Covid-19 fra sicurezza sanitaria e sicurezza ambientale*, cit., p. 2.

22 Nel parere del CNB 8.4.2020 cit., p. 7 si legge che tale requisito (posto come premessa agli altri due requisiti dell'*appropriatezza clinica* e dell'*attualità*) consiste nel "[...] predisporre strategie di azione nell'ambito della sanità pubblica, in vista di condizioni eccezionali rispetto ad emergenze causate da pandemie. In altre parole, si deve valutare come gestire in situazioni eccezionali l'inevitabile

lezza del problema, correggendo il tiro, evitando di insistere nel paradosso (sublime) in cui era caduto all'inizio²³: voler applicare il principio precauzionale senza che ci fossero le premesse teoriche per farlo, dato che in base al cd. *precautional constitutionalism*, una gestione precauzionale dovrebbe basarsi su un approccio di tipo preventivo che “enumeri i casi (noti e prevedibili) ai quali dovrebbero essere applicate misure di prevenzione”²⁴.

Un altro effetto del *nomotropismo* nella sua versione peggiore riguarda il tema della sovranità. In una fase di evidente emergenza pandemica mondiale e di sicura necessità, appare come un assurdo giuridico vedere

conflitto fra gli obiettivi collettivi di salute pubblica (assicurare il massimo beneficio per il maggior numero di pazienti) e il principio etico di assicurare la massima tutela al singolo paziente: un dilemma difficile da risolvere nella concretezza delle scelte, come mostra la vasta letteratura in proposito”. Il *Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework* è stato il primo e unico modello teorico di riferimento per le pandemie sviluppato dall'OMS nel 2008. Cfr. S. Brunelli, C. Falivena, L. Anselmi, *Applicazione e potenziamento del PIP (Pandemic Influenza Preparedness Framework) in ambito OMS: un'arma in più per affrontare le crisi successive al picco da Covid-19*, in *Mecosan*, 2020, pp. 9-15 (sul web). Si v. per tutto il *Parere del CNB dell'8 aprile 2020*, pp. 6 e 7, ntt. 3, 4 e 5 dove la letteratura citata è tutta (tranne il *PIP Framework* dell'OMS) datata 2020.

- 23 Sul principio precauzionale la Comunità europea, sin dal 2000, si era già espressa fornendo delle linee guida sebbene in materia di tutela ambientale: “il principio di precauzione deve essere applicato tramite un approccio sull'analisi del rischio che comprende tre elementi: valutazione del rischio, gestione, comunicazione del rischio”. Le misure cautelative, qualora risultassero necessarie, dovrebbero essere inoltre “proporzionate al livello di protezione scelto, non discriminatorie quanto all'ambito di applicazione, coerenti con misure analoghe già adottate, basate su analisi costi/benefici (di tipo economico e non), soggette a revisione alla luce dei dati scientifici”. Fonte: *La Commissione adotta una comunicazione sul principio di precauzione*, 8 febbraio 2000 (sul web); su cui D. Amirante, *Il Covid-19 fra sicurezza sanitaria e sicurezza ambientale*, cit., p. 2. È evidente che questo protocollo non sembri adeguato per imporre regole coercitive rispetto al Covid-19, di cui la comunità scientifica (a parte i litigi e le contraddizioni) dimostra ancora oggi (ottobre 2020) di non sapere abbastanza.

- 24 V. ancora D. Amirante, *Il Covid-19 fra sicurezza sanitaria e sicurezza ambientale*, cit., p. 2. Anche per questo penso che la pandemia abbia reso solo più evidente una carenza di *governance* generale o complessiva (a tutti i livelli, fatta salva sempre la buona volontà dei singoli) che già da tempo mostrava evidenti punti di debolezza. Così è parsa inadeguata (ma anche “rivelatrice”) la rigidità dell'Europa verso l'Italia nella prima fase del contagio, cioè quando l'epidemia colpiva solo il nostro paese prima che il problema assumesse una dimensione europea. Emblematica la notizia per cui: “Il capo dello Stato chiede che dall'Europa non arrivino “ostacoli” dopo la frase della presidente della BCE sullo spread”. Fonte: *La pugnolata di Lagarde alle spalle dell'Italia ha fatto infuriare Mattarella*, da *agi.it* del 13 marzo 2020. Ma anche la grottesca impreparazione all'evento pandemico mostrata dall'OMS.

come gli Enti preposti abbiano assunto (e continuano ad assumere) misure restrittive in evidente contrasto tra loro e in un clima di aperta conflittualità²⁵. Può uno Stato di Diritto, sebbene in “stato di eccezione”, contemplare l'ossimoro giuridico di una moltiplicazione di sovranità (Comunità Europea, Stato Nazionale, Regione, Comune, etc.), esercitata per giunta con norme di grado diverso (e molto spesso inferiore²⁶) alla legge? La sovranità ceduta dal cittadino ai suoi rappresentanti, col voto espresso nei modi previsti dalla legge, si può frazionare, forse concentrare, ma non moltiplicare, neanche in uno “stato di eccezione”²⁷. Dispiace precisare l'ovvio, ma la sovranità non va confusa né con l'autonomia, né con l'indipendenza²⁸.

-
- 25 Ritengo emblematica la vicenda del Sindaco di Civitavecchia che, il 31 gennaio 2020 (quindi non in tempi di pandemia conclamata), in base al solo sospetto di due crocieristi cinesi che potevano risultare contagiati dal Covid-19, ha impedito lo sbarco a oltre seimila passeggeri della Costa Smeralda senza evidenti sintomi di malattia, pretendendo l'esito di tamponi negativi dallo Spallanzani (fonte: www.rainews.it; P.G. Brera, L. Venuti, *Coronavirus, nave da crociera ferma a Civitavecchia: negativi i test su pazienti sospetti*, in roma.repubblica.it, 30 gennaio 2020). Per non dire dei droni che abbiamo visto volare il 16 marzo 2020 nel cielo di Acerra (NA) per controllare eventuali assembramenti di persone (fonte: *Coronavirus ad Acerra: droni per evitare assembramenti di persone*, da tg24.sky.it del 16 marzo 2020).
- 26 Luigi Labruna ha recentemente “bacchettato” Presidenti di Regione e Sindaci per il loro comportamento da autocrati in questi mesi di pandemia, caratterizzato anche dall'uso di strategie di legiferazione ritenute “disoneste” in ragione del fatto (ineccepibile) che *appena pubblicati e presentati al Parlamento, quei decreti hanno “forza di legge”*. Cfr. L. Labruna, *Governatori e sindaci autocrati*, in napoli.repubblica.it, 27 ottobre 2020: “[...] [*n.d.r.*, i comportamenti autocratici] incidono perciò, con tutte le norme “spurie” aggiunte senza alcun lecito controllo, su interessi, diritti, persino sulla vita di tutti noi, di solito almeno per gli interi due mesi concessi alle Camere per l'eventuale approvazione dalla Costituzione. Che anche così viene bellamente aggirata nel mutismo di chi tollera e autorizza, mentre la democrazia corre pericolo. Come le nostre vite”.
- 27 In questi tempi di pandemia da Covid-19, il comportamento dei governanti sembra invece dirci il contrario, confermando una tendenza in atto già da tempo e che forse nasconde un grosso equivoco a monte. La riforma del titolo V della Costituzione nasce secondo la ratio dell'art. 117 Cost. (ogni Regione è “autonoma” *ratione materiae* e *ratione loci*), non ha istituito in Italia il federalismo. Molti cadono (o fanno finta di cadere) in questo equivoco nella quasi totale assuefazione di media, politici, esperti di diritto e cittadini che per es. continuano a chiamare “Governatori” i Presidenti di Regione.
- 28 Di certo non aiuta (per me) la pletorica e ridondante formulazione dell'art. 117, 1° comma, Cost., così come sostituito dall'art. 3 della Legge Costituzionale, 18 ottobre 2001, n. 3; e modificato dall'art. 3 della Legge Costituzionale, 20 aprile 2012, n. 1: “La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali”.

Sul piano pratico vorrei inoltre ricordare, a chiunque la eserciti, che forse questo “è un atto di educazione civica e di civismo democratico e non di arroganza o di sfrontatezza incivile nel confronti di chicchessia”²⁹. Questo perché, come scrisse Bruno Visentini sul *Corriere della Sera*, ormai più di quaranta anni fa: “Lo Stato e gli enti pubblici non sono titolari della sovranità, non sono soggetti attivi, ma sono strumenti giuridici per l’esercizio di essa, secondo le scelte operate dal Parlamento e nel rispetto del dovere di imparzialità sancito dall’art. 97 della Costituzione. Se allo Stato e agli enti pubblici fosse consentito di avere ed esprimere un proprio pensiero, essi si trasformerebbero in partecipi e protagonisti della sovranità nazionale, in contrasto con le disposizioni degli artt. 1 e 97 della Costituzione”³⁰.

3. Sulla questione del Triage in carenza di risorse disponibili

Molto pressante in questi giorni è soprattutto il problema dei criteri da adottare in caso di squilibrio tra i presidi sanitari e i pazienti che ne richiedono l’uso. E in questo quadro che assume rilievo la notizia (che fa molto scalpore) dell’adozione del requisito dell’età, come criterio selettivo per l’accesso al *Triage* per le cure di rianimazione in Svizzera³¹.

Il commento del presidente dell’Ordine dei Medici del Canton Ticino, Franco Denti, mi pare indicativo del clima in cui si è arrivati a prendere questa difficile decisione: “Scelta pesantissima per qualsiasi medico, ma le regole sono queste”³². Aggiungendo: “[...] questo documento, che è pubblico, è a garanzia dei medici e degli stessi pazienti che potrebbero

29 Così A. Bertuzzi, *La Costituzione comoda*, Milano, 1981, p. 31.

30 Per l’esattezza il 21 dicembre 1979, su cui ancora A. Bertuzzi, *La Costituzione comoda*, cit., pp. 31 e 32.

31 Mi riferisco al documento elaborato dall’*Accademia Svizzera delle Scienze Mediche* e dalla *Società Svizzera di Medicina Intensiva*, il cui protocollo, a certe condizioni “prevede che, in caso di sovraffollamento delle terapie intensive, la rianimazione sarà negata agli anziani malati di corona virus”. La prima versione di tale protocollo, approvato anche dalla *Commissione centrale di etica*, intitolato *Triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse* è entrato in vigore il 20 marzo 2020. La notizia si riferisce a una seconda versione di tale documento, aggiornata il 24 ottobre 2020, ulteriormente modificato per la seconda ondata della pandemia il 24 ottobre 2020. Fonte: m.huffingtonpost.it del 24 ottobre 2020. Cfr. *Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorsa*, si v. sul web: assm.ch/fr/coronavirus.

32 *Ibidem*.

non aver voglia di essere sottoposti a ulteriori cure”³³. In breve “in presenza di uno dei criteri a sfavore del ricovero, il paziente non viene accettato nel reparto di terapia intensiva”³⁴.

Con raffinatezza luciferina, quindi, il protocollo svizzero sul *Triage* per la terapia intensiva, elaborato a *garanzia dei medici e di chi vuole morire* – a parte l'inutile *excusatio* di aver scartato criteri come l'estrazione a sorte, il principio *first come, first served*, o della priorità a persone con un elevato valore sociale, richiamandosi a un lavoro del 2009³⁵ – nega l'assistenza salva-vita anche in base al criterio dell'età qualora i presidi sanitari non fossero sufficienti a garantire le cure per tutti gli avente bisogno. Questa decisione, rispetto al parere CNB dell'8.4.2020, per me distorce il significato dell'*appropriatezza clinica* in nome di un'applicazione molto discutibile del requisito della *preparedness*. Giusto di passata, mi riesce difficile anche capire come questo sia conciliabile con la notizia del premio Ignobel per la pace 2008, conferito alla Commissione Federale di Etica Svizzera “per aver sostenuto il principio legale secondo cui anche le piante hanno una loro dignità”³⁶. Forse anche questo è un segno dei tempi. Per chiudere sul punto (ricordando agli amici svizzeri che Antigone preferì morire piuttosto che negare i riti sepolcrali al cadavere del fratello), riporto un sapido commento di Michela Marzano sulla notizia, che trovo del tutto condivisibile:

Ma io penso tutto il contrario. Non perché ignoro che le risorse siano scarse. Anzi. In nome del principio di giustizia, che è uno dei cardini dell'etica medica, sono proprio queste risorse che dovrebbero essere ampliate, investendo sulla sanità invece di erodere com'è stato fatto fino ad ora anno dopo anno le risorse allocate agli ospedali e al personale medico. Sono però profondamente convinta che sia immorale anche solo provare a definire un criterio generale di

33 F. Poletti, *La Svizzera sceglie: rianimazione negata agli anziani malati di corona virus*, in *laStampa.it*, 24 ottobre 2020.

34 Cfr. *Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse*, cit., p. 5. In questo documento si fa riferimento alle persone di età superiore a 85 anni; ovvero a 75 anni (con cirrosi epatica; o insufficienza renale cronica stadio III (KDIGO); insufficienza cardiaca di classe NYHA > I; sopravvivenza stimata < a 24 mesi), in base al principio per cui l'età è un indicatore per la prognosi. E ci si richiama a uno studio di F. Zhou et al., *Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study*, in *Lancet*, 11 marzo 2020.

35 *Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse*, seconda versione aggiornata del 24 ottobre 2020 cit., p. 3 che cita G. Persad, A. Wertheimer, E.J. Emanuel, *Principles for allocation of scarce medical interventions*, in *Lancet*, 2009, pp. 423-431, spec. 373.

36 Traggo da M. Rosen, *Dignità. Storia e significato*, tr. it. F. Rende, Torino 2013, p. 6.

ammissione nei reparti di terapia intensiva. Farlo, e scegliere il criterio dell'età, significa far passare il messaggio che le persone anziane possono essere trattate come scarti. Come se la vita avesse un valore crescente o decrescente e, a partire da una certa età si valesse di meno [...]»³⁷.

Comunque la si pensi, resta il fatto che se in un sistema si sente la necessità di regolamentare in ogni dettaglio anche requisiti e modalità per cui un medico, in una struttura sanitaria pubblica, possa o meno praticare delle cure salvavita (*nomotropismo?*), vuol dire che in questo sistema qualcosa non funziona e che dev'essere ripensato dal profondo³⁸.

4. *Brevissime sul problema della dignità come valore costituzionale*

È possibile che quanto scritto finora spieghi (anzitutto a me stesso) perché tra le tante cose venute fuori in questa pandemia, ha molto colpito la mia sensibilità di persona (e dunque di studioso) la dichiarazione rilasciata da Wolfgang Schäuble (e subito ripresa dai media internazionali) il 26 aprile

37 M. Marzano, *Se la Svizzera non cura gli anziani*, in *laStampa.it*, 24 ottobre 2020, p. 27.

38 Nel resto d'Europa sembrano fortunatamente prevalere criteri più ragionevoli. Ad esempio, Il Comitato di Bioetica spagnolo parla di *valore ontologico della dignità umana*. Fonte: Eduardo Osuna Carrillo de Albornos (Cattedratico di medicina legale), intervenuto al Convegno del CIRB del 7.7.2020 dal titolo *Accesso alle cure e carenza di risorse in emergenza pandemica: il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica*. In Italia, il *Comitato Nazionale per la Bioetica*, l'8 aprile 2020, ha preso in esame il problema dell'accesso dei pazienti alle cure in condizioni di risorse sanitarie limitate, optando per il criterio "clinico": "Sulla base dei principi fondamentali della Costituzione (diritto alla tutela della salute, principio di uguaglianza, dovere di solidarietà) e del criterio universalistico ed egualitario su cui si basa il Servizio Sanitario Nazionale, il Comitato ritiene che nell'allocazione delle risorse si debbano rispettare i principi di giustizia, equità e solidarietà. In questo contesto, il CNB riconosce il criterio clinico come il più adeguato punto di riferimento, ritenendo ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, eticamente inaccettabile". Sull'uso del *triage* in emergenza pandemica è stato ritenuto inoltre, eticamente doveroso, sia nella gestione delle diverse patologie che in quella dei pazienti affetti dalla medesima malattia "escludere automatismi e scelte aprioristiche nell'accesso ai diversi percorsi di cura" [fonte: *Presidenza del Consiglio dei Ministri* (sito web)].

2020, a un giornalista del *Tagesspiegel*³⁹. Il Presidente del *Bundestag* tedesco, sulle restrizioni da Covid-19 della prima ondata, ha detto: “*La dignità viene prima della salvaguardia della vita*”. Questa grave affermazione mi ha fatto venire la curiosità di approfondire il tema della dignità dal punto di vista etico e storico-giuridico, osservato anche rispetto al problema del *nomotropismo*⁴⁰. La questione non è semplice perché (molto in breve) si tratterebbe di capire la ragione per cui, ad onta del massimo rilievo dato a livello normativo sul piano nazionale e internazionale alla tutela della *dignità della persona umana*, questo parametro in sé considerato non goda di buona fama tra i filosofi che, al contrario, tacciano tale principio di *ridondanza*, *relativismo* e *mancaanza di universalità*⁴¹.

Ciò non corrisponde al vero (della Storia) perché, se la Dignità come fondamentale principio di riferimento presente nelle leggi nazionali⁴² e interna-

39 P. Valentino, *Coronavirus Germania, Schäuble: “La dignità delle persone viene prima della salvaguardia della vita”*, in *Corriere della Sera*, 20 aprile 2020 (sul web).

40 Per quanto mi riguarda, al di là delle questioni formali, un provvedimento come il “divieto di passeggiata” è di per sé poco dignitoso, sia per l'autorità che lo dispone, che per il cittadino che lo subisce; così come il requisito dell'età che esclude il trattamento salva-vita anche a particolari condizioni: è semplicemente indegno.

41 Per un ampio ed aggiornato ragguaglio si v. ora M. Rosen, *Dignità*, cit., pp. 3-64 e *passim*.

42 Mi riferisco in particolare alla prima parte dell'art. 1 della legge fondamentale (*Grundgesetz*) della Repubblica Federale di Germania (1949) che dispone: “*La dignità dell'uomo è intangibile. È dovere di ogni potere statale rispettarla e proteggerla*”. Per il clima storico politico che portò alla determinazione di tale articolo e sulla oscillante applicazione di tale principio nelle Alte Corti di Giustizia tedesche si v. Rosen, *Dignità* cit., p. 4. Quanto alla Costituzione italiana (i costituzionalisti mi scuseranno se ripeto nozioni ben note), la parola dignità compare come sostantivo due volte in modo letterale (art. 3, 1 comma: “Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale”; e 41, 1 e 2 comma Cost.: “L'iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana”); mentre, come aggettivo, una volta sola (art. 36, 1 comma Cost.: “Il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa”). Nell'art. 32, 2 comma, 2 parte, Cost. rileva implicitamente, richiamata da una perifrasi di significato equivalente: “La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. Qui la Costituente ha preferito usare, al posto di dignità la parola “rispetto” (la formulazione dell'originario art. 26 Cost. era: “Sono vietate le pratiche sanitarie lesive della dignità umana”). Cfr. *La Costituzione della Repubblica nei lavori preparatori della Assemblea Costituente*, I, Camera dei Deputati – Segretariato Generale, Roma, 1948, p.

zionali⁴³, viene diffusamente contemplato ancora oggi per tutelare l'individuo contro gli abusi di Stato, questo di per sé già dovrebbe essere indicativo. Per quanto mi riguarda, mi spingerei anche oltre, estendendo la portata del principio della Dignità *anche* al profilo della tutela dagli abusi della Legge.

Per motivi di spazio non posso ovviamente occuparmi col dovuto approfondimento di una questione tanto complessa per cui mi riservo di tornarvi in altra sede⁴⁴. Saltando di qualche secolo arriverei tuttavia a Immanuel Kant che, come è noto, valorizzò l'idea di Dignità in un'ottica deontica, aprendo forse la via (almeno è questa la mia ipotesi) anche alla possibilità

LIX.); dai lavori preparatori si evince però con chiarezza che l'eliminazione della parola dignità fu dovuta a ragioni di contingenza e non di sostanza. Si v. *La Costituzione (u.l.c.)*, p. II: 1229. Ma anche il celebre intervento di Aldo Moro del 28 gennaio 1947 su cui cfr. *La Costituzione della Repubblica Italiana illustrata con i lavori preparatori da V. Falzone, F. Palermo, F. Cosentino del Segretariato Generale della Camera dei Deputati*, Roma 1949, p. 72 (sul web).

43 Si v. la *Dichiarazione universale dei Diritti Umani* (1948) che esordisce così: "Tutti gli esseri umani nascono liberi e uguali in dignità e diritti". A questo aggiungasi quanto dispongono il *Preambolo* ("Consapevole del suo patrimonio spirituale e morale, l'Unione si fonda sui valori indivisibili e universali di dignità umana, di libertà, di uguaglianza e di solidarietà; l'Unione si basa sui principi di democrazia e dello stato di diritto. Essa pone la persona al centro della sua azione istituendo la cittadinanza dell'Unione e creando uno spazio di libertà, sicurezza e giustizia") e l'art. 1, capo 1, della *Carta europea dei diritti fondamentali* (CDFUE) di Nizza (18.12.2000): "La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata". Nella *Convenzione Europea per la salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle Libertà Fondamentali* (CEDU), entrata in vigore il 1 giugno 2010, il riferimento alla dignità manca, ma compare nel *Protocollo n. 13*, relativo all'abolizione della pena di morte in tutte le circostanze, approvato a Vilnius, il 3.5.2002, dove si legge: "Gli Stati membri del Consiglio d'Europa, firmatari del presente Protocollo, convinti che il diritto di ogni persona alla vita sia un valore fondamentale in una società democratica, e che l'abolizione della pena di morte sia essenziale per la protezione di tale diritto e per il pieno riconoscimento della dignità inerente a tutti gli esseri umani". Non ci sono dubbi quindi sul dato normativo per cui la Dignità, come valore di riferimento fondamentale, sia configurabile come un presidio irrinunciabile di portata mondiale, europea e nazionale.

44 Per approfondire il significato di *decor* o *dignitas* e il contributo dato dall'esperienza storico-giuridica antica allo sviluppo di tali concetti si v. almeno L. Peppe, *Note sulla dignitas*, in L. Monaco, O. Sacchi (a cura di), *Individui e res publica. Dall'esperienza giuridica romana alle concezioni contemporanee. Il problema della persona*, Atti del VI Seminario Internazionale "Diritto romano e attualità", S. Maria C.V. – Napoli 26-29 ottobre 2010, Napoli 2017, pp. 213-254, spec. 213-222 e *passim*.

che tale principio potesse estendersi alla Legge⁴⁵. Non solo, tale possibilità, trova un precedente illustre anche in Giambattista Vico, dato che il filosofo napoletano aveva già esplicitamente affermato, come si evince da un fondamentale passaggio della *Scienza nuova* (da me già discusso altrove⁴⁶), che una Legge giusta sia da considerare *Digna vox*⁴⁷.

45 Nella *Fondazione della metafisica dei costumi* (*u.l.c.*, p. 105) il filosofo come è noto scrive che l'autonomia è “il fondamento della dignità della natura umana”. Autonomia, come è altrettanto noto, è una parola formata da *autós* (volontà) + *nomos* (legge) ed è indubbio che Kant abbia cercato di stabilire “una relazione tra il concetto di dignità e quello di autonomia”. Così M. Rosen, *Dignità* cit., p. 29. Tuttavia, dato che “autonomia” (ovviamente) non può significare “darsi delle leggi da soli”; o scegliere il tipo di vita e di comportamenti che “si preferiscono” (utilitarismo volgare o crematistico), la questione diventa stabilire allora quando si può dire che la legge (o una legge) abbia una sua dignità. Il Rosen ha interpretato le parole di Kant nel senso che il filosofo tedesco, stabilendo un legame tra autonomia e dignità, avrebbe inteso riferirsi *solo* alla prerogativa, *tipicamente* umana, di darsi delle leggi (*Dignità* cit., p. 29): “É quindi, in prima istanza, la *legislazione*, ovvero il darsi delle leggi, ad avere dignità. Ciò che Kant intende per *autonomia* è l'idea che siamo noi stessi a darci la legge morale che dobbiamo riconoscere come vincolante”. Questa soluzione però mi convince solo in parte perché lo stesso Kant, nella stessa pagina (*u.l.c.*, p. 105), precisa: “la stessa legislazione, che assegna ogni valore, deve appunto per ciò avere dignità”; e che (*ibidem*) “tutto ciò che non ha un prezzo, e quindi che ha un valore intrinseco, ha una dignità”. Così anche Cicerone in una lunga dissertazione in *de leg.* 1.43-47 dove la dignità della legge è costruita sulla contrapposizione tra *honestum* e *turpe*.

46 Cfr. ora O. Sacchi, *Lo scudo riflettente di Perseo* cit., pp. 151-160; ma anche Id., “*Pudor in melius mutet*” (*Tac. ann.* 3.54) cit., pp. 121-124 e *passim*.

47 Cfr. Vico SSN 1744 cpv. 1470, II: 311 (Appendice): “Lo che Tacito, sapientissimo di cotal diritto, ben avvertì ove, trattandosi in senato di moderare con le leggi suntuarie il lusso profusissimo delle cene, Tiberio rispose che non abbisognavano, con quel motto pieno d'una elegantissima sapienza civile: ‘*Pauperes necessitas, divites satietas, nos pudor in melius vertet*’. Che è la profonda e finor nascosta ragione della legge ‘*Digna vox*’”. Traggo da G. Vico, *La Scienza nuova Seconda giusta l'edizione del 1744 con le varianti dell'edizione del 1730 e di due redazioni intermedie inedite*, [in due voll. (1=parte prima, libri I-II; 2=parte seconda, libri III-IV e Appendice)], Bari, 1953⁴, a cura di Fausto Nicolini]. Si tratta di Vico che legge Tacito (*ann.* 3.54) su un discorso pronunciato dall'imperatore Tiberio (nel 22 d.C.) innanzi al senato romano che il filosofo napoletano usa per rappresentare il sentimento del *pudor* in chiave politica. L'imperatore parla sapendo che l'agire con “pudore” o con “senso della dignità” (anche in politica) viene prima di tutto (Shäuble?), anche sperando che i magistrati sappiano “fronteggiare il male” come promettono (*si quis ex magistratibus tantam industriam ac severitatem pollicetur ut ire obviam queat*). Per Vico qui sarebbe descritto quel “pudor naturale”, in grado di frenare perfino il “sovrano”; ossia quel “senso morale”,

In questa prospettiva, lasciando da parte ogni valutazione di ordine teologico (dunque *etsi Deus non daretur*, nel senso che la dignità come presidio di senso della libertà dei cittadini in uno Stato di diritto, e quindi, anche della legittimità di una legge, può invocarsi anche senza doverlo riferire a un ordine trascendentale⁴⁸), si può porre così la questione dell'ethos della Legge⁴⁹, che significa rispondere all'interrogativo di Socrate nel Minosse platonico (*Min.* 314a): “Se le norme stabilite sono fissate dalla legge, qual è l'essenza della legge?”.

Un'altra domanda difficile a cui si potrebbe rispondere anche in questo modo: posto che la Legge non elimina la necessità del Diritto⁵⁰; e che questa è necessaria per garantire (almeno) la Libertà di ogni essere umano⁵¹; una possibilità per non cadere nella barbarie (la legge del più forte), può essere senz'altro che questa sia “degnà” e per questo, in quanto tale, “giusta”.

Il resto dovrebbe venire di conseguenza. Affinché tutti possano dirsi veramente liberi, occorre ascoltare quindi la profonda e nascosta ragione della legge (ecco il senso di *pudor*, *decor*, *dignitas*, fuori dalle trappole

o “decenza”, che Vico chiama appunto “*Digna vox*”, ossia la “profonda e finor nascosta ragione della legge”.

48 La frase latina è tratta, come è noto, da Ugo Grozio (*De iure belli ac pacis, Prolegomena*, § 11): “*Et haec quidem quae iam diximus locum aliquem haberent etiamsi daremus, quod sine summo scelere dari nequit, non esse Deum, aut non curari ab eo negotia humana...*”; a sua volta richiamata da Leibniz (*nec absurde statuit Grotius, intelligi jus naturae, etsi fingatur Deus non esse*) su cui v. H. Welzel, *Diritto naturale e giustizia materiale*, Milano, 1965, p. 225, nt. 33. La clausola *etsi Deus non daretur* si usa quindi per sganciare l'etica dalla dimensione del teologico e non per negare una sua possibile consistenza ontologica. Si interroga su questo V. Possenti, *L'azione umana. Morale, Politica e Stato in Jacques Maritain*, Roma 2003, pp. 18 s. e nt. 2. Dietrich Bonhoeffer (pastore protestante, teologo, professore a Berlino dal 1931 al 1939, morto impiccato il 9 aprile 1945 a Flossenbürg), adoperò l'espressione *etsi Deus non daretur*, per rappresentare la condizione dell'uomo maturo che nelle situazioni importanti della vita sa che deve cavarsela da solo; appunto “come se Dio non ci fosse”. Cfr. A. Torno, *Quel che resta di Dio. Cinque percorsi alla ricerca della fede*, Milano 2005², p. 40.

49 Mi permetto di rinviare per questo a O. Sacchi, *Lo scudo riflettente di Perseo*, cit., pp. 151-160.

50 Il tema è trattato in un recente saggio di N. Irti, *Destino di Nomos*, in M. Cacciari, N. Irti, *Elogio del diritto. Con un saggio di Werner Jaeger*, Milano 2019, pp. 115-158, spec. 122-129.

51 D. 1.5.4pr. (Flor. 9 *institutiones*) [= Inst. 1.3.1]: *Et libertas quidem es, ex qua etiam liberi vocantur, naturalis facultas eius quod cuique facere libet, nisi si quid aut vi aut iure prohibetur.*

del concettualismo⁵²) che risolve la questione dell'ethos della legge, unica condizione che, se soddisfatta, rende una legge “degna” (*digna vox*)⁵³.

A mio avviso, se si cominciasse a ragionare anche in termini di dignità di una legge, potrebbe essere questa una strada per essere certi che il principio della dignità, scelto come parametro fondamentale nelle Costituzioni vigenti, non possa temere di essere tacciato di *ridondanza*, di *relativismo* o di *manca di universalità*⁵⁴. Anche in tempi di pandemia.

5. Conclusione

Concludo allora tornando alla frase di Shäuble: cosa può aver inteso allora *veramente* il Presidente del *Bunderstag* tedesco, affermando che *la dignità viene prima della salvaguardia della vita*? Azzarderei, come prima approssimazione, l'art. 1 della *Grundgesetz*; ma è impossibile dirlo con certezza, il modo migliore sarebbe di chiederglielo direttamente.

52 Nel 2002, la statunitense Ruth Macklin (professore di bioetica presso l'Albert Einstein College of Medicine) ha pubblicato sul *British Medical Journal* un editoriale dal titolo *La dignità è un concetto inutile. Non significa nient'altro che rispetto per le persone e per la loro autonomia*, precisando fra l'altro: “gli appelli alla dignità sono vaghe riproposizioni di altri concetti meglio definiti o meri slogan che non aggiungono nulla a ciò di cui si sta parlando”. R. Macklin, *Dignity Is a Useless Concept*, in *British Medical Journal*, 20 dicembre 2003, pp. 1419-1420. Mi astengo da ogni commento. Ma v. comunque M. Rosen, *Dignità*, cit., p. 8: “Per Macklin (così come per Schopenhauer [n.d.r. *Il fondamento della morale*, Roma-Bari, 1991, p. 168]) l'idea della dignità, nella migliore delle ipotesi, è ridondante, e quel poco di contenuto che ha, lo trae da un altro valore: l'autonomia. Tale idea è peraltro un luogo comune tra quei pochi filosofi contemporanei di lingua inglese che hanno scritto qualcosa al riguardo”.

53 Il Vico con *Digna vox* fa riferimento a una costituzione degli Imperatori Teodosio II e Valentiniano III in CI. 1.14.4 (a. 429). Così F. Nicolini, *Commento storico alla Seconda scienza nuova*, II, Roma, 1950, p. 229.

54 Per M. Rosen, *Dignità*, cit., p. 113 (che segue l'interpretazione tradizionale del pensiero di Kant) rispettare la dignità delle persone, vorrebbe dire *rispettare le persone, così come si rispetta la legge*. Sul presupposto che il concetto di dignità ruota intorno a quello di rispetto dovuto, il Rosen poi distingue anche tra il rispettare la dignità ottemperando agli obblighi che questa crea (*rispetto come osservanza*) e il rispettarla mostrando rispetto per la persona che la incarna (*rispetto come rispettosità*). Sono evocate, come si vede, le situazioni “b” e “c”, menzionate sopra come modi di manifestarsi del *nomotropismo* di ascendenza kantiana. Esse però escludono la situazione “a”. A dimostrazione del fatto che se si vuole che una legge sia utile e rispettata, non basta solo l'imperativo legale o morale, occorre che questa sia sentita anche come giusta.

Per quanto mi riguarda, una vita senza dignità, è una vita che forse non vale la pena di vivere; mentre, una legge indegna andrebbe emendata o abrogata, per evitare che possa causare danni sociali anche gravi (*nomotropismo*). La pandemia prima o poi finirà, lo insegna la Storia, ma credo sia utile tentare di recuperare (insieme a tanto altro, ma con onestà intellettuale e molto impegno) il significato storico (o “vero”) di *dignitas*⁵⁵; ossia il valore autentico delle persone e delle istituzioni (di cui la legge è mero strumento), a sua volta inscindibilmente legato con quello della Libertà, per sperare in una rinnovata coscienza collettiva e poi, istituzionale, prima che sia troppo tardi.

55 Da *decet* come “conveniente”, con riferimento alla posizione che tutti gli esseri umani occupano in qualsiasi consesso sociale e nel mondo: Cic. *de off.* 1,113: *id maxime quemque decet*.

MARIA CELESTE CORDEIRO LEITE DOS SANTOS,
MARILENE ARAUJO

A REDESCOBERTA DO PRINCÍPIO JURÍDICO DA FRATERNIDADE: DESAFIOS DA BIOÉTICA E PANDEMIA

1. Introdução

A análise das repercussões éticas, jurídicas, econômicas e sociais das pandemias no terceiro milênio, ocupam um espaço cada vez mais amplo não só nos meios de comunicação e na opinião pública em geral, como tem suscitado medos e esperanças que auspiciam o atual auge da Bioética. A Bioética, como se sabe é uma disciplina jovem, interdisciplinar e suas primeiras fases foram pujantes, notadamente na área da biomedicina. Os primeiros bioeticistas adotaram uma postura religiosa ou provinham do campo religioso. Recentemente, em explanação apresentada por ocasião do 25º ano do Instituto italiano de Bioética- seção Campania- Napoli, em 25 de janeiro de 2020, Lorenzo Chieffi (CHIEFFI, 2020) ao referir-se `a Constituição italiana ressalta que as questões bioéticas representam um importante estímulo para o enriquecimento dos princípios fundamentais. *A programaticidade* de suas normas é devida ao êxito das sugestões provenientes dos debates bio/ético, bio/político e bio/jurídico, a progressiva *relativização* em grau de dar substância `a Constituição *viva*.

Ao sustentar os Direitos Humanos e princípios constitucionais se torna uma Bioética global, a qual não pode se desvincular dos fatos sobre os quais discorre e problematiza. Nesta direção a redescoberta do princípio jurídico – cristão da *fraternidade* aponta para diversos valores e princípios a serem por ela preservados.

2. Da *philia grega* `a *fraternidade cristã*

A construção ética da *philia grega* (amizade política) está dimensionada na obra de Aristóteles, *Ética a Nicômaco*, capítulos III e IX, compreendida

como uma virtude ou de excelência moral (ARISTÓTELES, 1988,p.5). No mundo grego, como todas as relações que pertencem ao âmbito da *oikia* (casa), entendida como família, são relegadas a uma satisfação das necessidades mais elementares, estas não constituem o ponto culminante da vida humana. Como explica Hannah Arendt, uma das características da vida privada, antes do descobrimento da interioridade, era que o homem existia nesta esfera não como verdadeiro ser humano, mas só como um caso da espécie animal do gênero humano (ARENDR, 2002, p.34). O pleno desenvolvimento da subjetividade nasce da superação dos vínculos familiares. Nele, a referência a um pai comum parece vinculada a uma falta de liberdade.

Por isso, a *philia* é fundada sobre a igualdade no bem, isto é, na virtude extremamente necessária à vida – “as espécies de amizades são muitas[...] em primeiro lugar e com todo direito é a amizade dos bons enquanto bons, [...]as outras o são por semelhança”(ARISTÓTELES, 1988, 5, 1157 a) – sendo a única que permite uma plena *koinonia*, uma comunhão entre os membros da comunidade. De qualquer modo, é evidente aos olhos de Aristóteles que, sem uma certa igualdade que garantisse a reciprocidade, não poderia haver a amizade. Tanto assim é que, quando a disparidade de condições entre amigos se torna excessiva, também a amizade entre desiguais se torna impossível (ARISTÓTELES, 9,158b). Ao tratar as formas de associação, a lógica aristotélica apresenta constructos para pensar a amizade como forma de justiça (*Diké*) e, portanto uma forma política exercida numa comunidade de iguais (ARISTÓTELES, 1988, p.5).

3. *Fraternidade e solidariedade*

Falar indistintamente de solidariedade e fraternidade como sinônimos é um equívoco a ser superado. Etimologicamente, o termo *solidariedade* deriva da expressão latina *in solidum*, presente na ideia de responsabilidade solidária alicerçada no direito romano. Desde a antiguidade grega, o pensamento solidário esteve presente na ideia de justiça distributiva de Aristóteles. Vinculada a uma perspectiva ética e teológica, ela é compreendida como virtude indispensável na relação interpessoal, na caridade proveniente do amor recíproco cristão, dever de ajuda mútua entre membros de um mesmo grupo, baseada na existência de laços comuns. O significado jurídico apareceu como reação ao impacto do liberalismo econômico no século XVIII, edificador de uma concepção antissolidária, em que a vitória do mais forte, a aceitação das desigualdades, a instrumentalidade da força

de trabalho e o individualismo excessivo se identificavam. Era uma resposta ética aos problemas da pobreza da época. Com a instauração do Estado Social, concebe-se a solidariedade como um valor superior. O princípio da solidariedade foi inserido nas Constituições dos Estados Sociais, marcadas pelo reconhecimento de direitos sociais, estando presente hoje na maioria das Constituições democráticas, com o objetivo de reduzir as desigualdades mediante a promoção de equilíbrio de interesses heterogêneos (SILVA NETO, 2013, p.547-548)

No cristianismo o conceito polissêmico de *fraternidade* remete inicialmente aos laços de consanguinidade que, posteriormente se amplia para a ideia de fraternidade universal, evidenciando laços humanos e sociais. O *irmão* é o próximo para o qual se tem deveres em comunidade (fraternidade em Cristo). A *fraternidade* é ainda um conceito que vincula o âmbito da família com o da política, apresentando três facetas: como princípio, como ideal e virtude pública:

Na dimensão comunitária ou cristã, fraternidades surgem da relevância para a comunidade de *frates* e *sorites*: a devoção a mesma causa, a comum humanidade, a raça, o gênero. Nas diferentes relações individuais, os indivíduos compartilham certos fins e valores;

na dimensão afetiva, os indivíduos manifestam um conjunto de atitudes: lealdade, amor, confiança, amizade, preocupação recíproca, empatia, sentimentos subjetivos de pertencimento;

na dimensão prática, as relações fraternais têm uma dimensão para agir desinteressadamente tendo em vista o fim ou valor compartilhado. Trata-se de uma ação mútua de cooperação voluntária. No âmbito político, diferente das relações familiares, as relações são voluntárias.

As três dimensões (cristã, afetiva e prática) são constitutivas da fraternidade.

4. *A fraternidade: responsabilidade pelo Outro*

Ética como Filosofia Primeira. Todas as ciências, a filosofia e a metafísica se constituem de acordo com a ética. Ética como nova Ciência é o imperativo para o pensamento da ação

No mundo semita, o próximo é aquele que se revela na proximidade, o imediato, o não mediado. Uma experiência do sujeito e da subjetividade, vivida pele-a-pele. Na *midrash*, o “bom samaritano” é chamado de bom, pois religa com aquele que foi roubado, ferido e deixado fora da expe-

riência do cara-a-cara. O samaritano que é inimigo da tribo de Judá. Na parábola do “bom samaritano”, o perito da lei pergunta ao mestre “Quem é o meu próximo? Quem é o Outro que se põe no cara-a-cara? Pelo caminho passou primeiro a mais prestigiosa ordem social e política de Israel – um sacerdote, que estava indo ao templo cumprir a lei. Logo depois, passou o levita, os melhores, que também cumpria a lei. Mas, foi aquele que estava “fora da lei o samaritano que chegou perto do homem ferido, cuidou das feridas e o levou até uma hospedaria. O samaritano se aproximou, revelando o sofrimento daquela vítima, o que interpela a responsabilidade política com o Outro (DUSSEL, 2007, p 73-75).

A *Teoria do Rosto* de Emmanuel Lévinas é formulada a partir de sucessivas intervenções sobre a significância do rosto humano na ordem existencial. A Ética de Lévinas assume novas dimensões que vêm, em primeiro lugar, de sua Ética como filosofia primeira, de sua ideia do Infinito, de sua Teoria do Rosto – o rosto do outro, do frente a frente, do face a face entre os humanos. Assim, dessas novas condições resulta que *“assumo a responsabilidade por este outro, desinteressadamente”*. *Ética é assumir a responsabilidade pelo Outro*. Não se trata de se proclamar solidário com outro, trata-se de exercer uma ação concreta e ativa com ele, de ser responsável por sua condição, de agir concretamente para modificá-la, de operar a libertação.

Em Lévinas, o conceito de fraternidade é o da não-indiferença universal para com o Outro relacionando este conteúdo com a Ética. O conceito passa por três dimensões que estão interligadas: a dimensão não biológica da raça humana, a dimensão da linguagem profética e a dimensão do parentesco universal. Na perspectiva não biológica, todo prazer é uma ruptura da totalidade, uma conversão do Outro em si mesmo. A responsabilidade com o Outro mantém uma ética que sustenta o Eu em uma ação ética, sendo a responsabilidade fraternal não apenas uma obrigação da exterioridade, mas uma dinâmica do prazer no Outro. Assim:

O alimento, como meio de revigorarão, é a transmutação do outro em Mesmo, que está na essência da fruição: uma energia diferente, reconhecida como outra, reconhecida – vê-lo-emos – como sustentando o próprio ato que se dirige para ela, torna-se, na fruição, a minha energia, a minha força, eu. (LÉVINAS: 1980, p 113).

A questão da existência humana não é biológica, mas ética, precedendo o ser individual. A ética se evidencia na responsabilidade para com o Outro, ou seja, na fraternidade. A fraternidade representa uma responsa-

bilidade infinita onde o “eu” é situado na fraternidade, todos são irmãos constituindo a sua *ipseidade* (LÉVINAS, 1980, 312-3).

Lévinas usa o termo linguagem como o ato de se ligar ao Outro em comunicação. Da mesma forma, a ética é uma estrutura fundamental de aproximação com o Outro. Assim, a “linguagem é fraternidade, e assim uma responsabilidade para com o outro.” (LÉVINAS, 1987, p. 123). A linguagem não é apenas uma troca de sinais, mas aquilo que estabelece a universalidade, sendo palavras e proposições enunciadas. Sua “a essência é a bondade ou, ainda, a essência da linguagem é amizade e hospitalidade.”

O autor faz uma ligação entre a “linguagem essencial” e a comunidade pluralista, sendo a fraternidade em “ser para o Outro” o ponto central da vida social – a hospitalidade. A ideia de ser para o Outro é pensada em uma comunidade pluralista, onde se assume a responsabilidade com o Outro. Lévinas descreve uma universalidade do Outro, sendo “eu” responsável na relação com o Outro no discurso.

A presença do rosto – o infinito do Outro – é indigência, presença do terceiro (isto é, de toda a humanidade que nos observa) e ordem que ordena que mande. Por isso, a relação com outrem ou discurso é não apenas o pôr em questão da minha liberdade, não apenas a palavra pela qual me despojo da posse que me encerra, ao enunciar um mundo objetivo e comum, mas também a pregação, a exortação, a palavra profética. A palavra profética responde essencialmente à epifania do rosto, duplica todo o discurso, não como um discurso sobre temas morais, mas como momento irredutível do discurso suscitando essencialmente pela revelação do rosto enquanto ele atesta a presença do terceiro, de toda a humanidade, nos olhos que me observam. (LÉVINAS, 1980, p. 234-5).

A linguagem, especificamente a linguagem profética, resulta no encontro ético com a face do Outro. Este terceiro longe de ser uma abstração é a presença imanente em um encontro ético com o Outro. Neste encontro há a presença de toda a humanidade – que é o fundamento último da comunidade pluralista. A comunidade humana não tem como base a semelhança dos membros, mas raízes na fraternidade, na alteridade constitutiva de uma comunidade pluralista. (LÉVINAS, 1980, p. 235-6).

A palavra profética, utilizada no conceito de linguagem em Lévinas, tem ligação no monoteísmo, respondendo à epifania da face. Já o monoteísmo ou a ideia de religião percebem esses conceitos com um olhar na santidade, embora, Lévinas os apliquem no sentido secular.

Na fraternidade universal, Lévinas trabalha o conceito de parentesco divino do monoteísmo. Esses conceitos são observados de forma fenomênica baseado na experiência humana, ou seja, sempre o fundamento é secular.

A universalidade da comunidade fraterna é percebida pela religião e pelo monoteísmo.

Em 1993, durante palestra feita em Madri, Lévinas responde sobre a relação da ideia de Deus, após pontuar que “todos os homens são iguais, mas não são os mesmos”, explica que “Eu enquanto Eu é absolutamente único, e desde o momento em que é abordado fora da sociologia, não tem nada em comum com o Outro” (LÉVINAS, 1994, p. 120). Ao responder uma pergunta do auditório, Lévinas esclarece que:

“Não queria definir nada através de Deus, porque é o humano que conheço. A Deus, posso definir mediante as relações humanas, e não o inverso. A noção de Deus... – Deus sabe que não me oponho a ela!. Mas quando tenho de dizer algo de Deus, é sempre a partir das relações humanas”. “A abstração inadmissível, é Deus. É em termos de relação com o Outro (*Autrui*), que falarei de Deus. Não rechaço o termo de religioso, mas o adoto para designar a situação na qual o sujeito existe com a impossibilidade de esconder-se.” (LÉVINAS, 1994, p. 121).

Os laços sociais da sociedade fraterna são compreendidos a partir do conceito divino:

“Deus eleva-se à sua presença suprema e última como correlativo à justiça rendida aos homens. Deus não é simplesmente o ‘primeiro outro’, ou o ‘outro por excelência,’ ou o ‘absolutamente outro,’ mas o outro do outro, outro de outro modo, e o outro com uma alteridade anterior à alteridade do outro, anterior à obrigação ética de forma diferente para cada vizinho, transcendente à ponto de ausentar-se, a ponto de poder confundir-se com a agitação do que *existe* (il y a). LÉVINAS, 2007, p. 163)

Lévinas estabelece uma relação entre a fraternidade universal e os direitos humanos, sendo a fraternidade um conceito central das relações sociais na comunidade pluralista. A responsabilidade ética para o Outro ressoa no termo ‘direitos humanos’ que “baseiam-se em um sentido original do direito, ou no sentido de um direito original.” (LÉVINAS, 2008, p. 91). O fundamento dos direitos humanos é a não-indiferença para com o Outro.

5. O princípio da fraternidade frente às crises epidêmicas do terceiro milênio

A terra é a casa comum de todos e somos uma só comunidade, uma família humana fraterna, nos termos da Declaração Universal dos Direitos

Humanos. A ideia de família aparece na declaração como um elemento natural e fundamental da sociedade (art. XVI). O artigo I da Declaração estabelece que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Dotados de razão e consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”.

No entanto, a família fraterna está sob a espada de um vírus, o novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, causador da doença Covid-19. O SARS-CoV-2 foi detectado em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China. Em 9 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou a circulação do novo coronavírus. A sequência dos fatos foi a propagação do vírus para países como o Japão, em 16 de janeiro, Estados Unidos em 21 de janeiro. A Europa foi considerada centro ativo do coronavírus pela OMS em 13 de março de 2020. Na noite de 25 de fevereiro, o Brasil confirmava o primeiro caso de Covid-19. Antes, em 30 de janeiro, a OMS (Organização Mundial de Saúde) declarou a epidemia como uma Emergência de Saúde Pública de interesse internacional (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC).

Day after, da II Guerra, a família humana declarou de forma solene um rol de direitos humanos inalienáveis, em razão de os atos perpetrados por governos como o de Hitler que ofenderam de forma criminosa os direitos do homem e formam contrários aos princípios de 1789: liberdade, igualdade e fraternidade. O tríptico Liberdade, Igualdade e Fraternidade da Revolução de 1789 merecia ser novamente proclamado. (CASSIN, 1968. p. 4). A fraternidade aparece refletida na unidade de raça, no princípio de que todo o ser humano deve ser tratado como qualquer outro ser humano e, ainda, a fraternidade é mantida em um dever. O dever ao espírito fraterno entre os membros da família humana é estendido a todos (art. 1), notadamente percebe-se a responsabilidade fraternal exigida pela Declaração. Depois de mais de meio século, o princípio da fraternidade reaparece em um contexto de um mundo guiado por uma emergência sanitária.

A crise da pandemia fez o mundo assistir as medidas emergências de ordem sanitária – “salus populi suprema lex esto” (*De leg.*, III, 3, 8). Em vários países foi determinado confinamento em massa, medidas de isolamento aos contaminados, quarentenas, distanciamento social, testes forçados para verificação da doença, tudo para evitar o colapso sanitário. O Poder Executivo em vários Estados constitucionais organizou comitês de crises e desenhou estratégias sobre questões vitais, respondendo perguntas como: quantas mortes a sociedade está disposta a suportar? Como organizar os atendimentos de urgência? As respostas passam pela atuação do Estado para controlar a pandemia em um contexto de interdependência

de várias áreas, ambiental, tecnológica, social e ainda grave desigualdade social, econômica e tecnológica.

Na outra ponta, profissionais da saúde são levados à exaustão física e emocional, contraem o vírus, muitos por ausência de equipamentos de proteção e mantêm grande jornadas de trabalho, em razão de ausência de profissionais de saúde. Ainda, a comunidade mundial assistiu diariamente episódios de catástrofe, cadáveres sendo levados em caminhões militares na Itália, aberturas de valas comuns para enterros coletivos, filas de pessoas com fomes e vivendo em ruas, idosos isolados e pessoas infectadas morrendo na solidão, sem amparo espiritual e assistência de familiares. Neste aspecto, alguns direitos fundamentais, como o acesso à saúde são negligenciados, em razão da limitação de recursos humanos e materiais. O limite de recursos na área da saúde negligência também as metas da medicina que entre outras tarefas busca aliviar o sofrimento, cuidar dos que não podem ser curados, consolar a agonia e procurar que as mortes ocorram em condições de paz e dignidade.

Por outro lado, a emergência não precede ao Estado constitucional – o que inclui, na grande maioria dos países ocidentais, as declarações de direitos universais e outros textos supraestatais. A emergência apesar de ser caos que, longe de preceder a norma, possibilita capturar e incluir o que está fora do âmbito jurídico. (AGAMBEN, 2004. p. 24). As medidas emergências efetivamente nos forçam a viver em condições atípicas, mas ainda assim, dentro do marco teórico-jurídico.

A emergência não pode ser dissociada do Estado constitucional, pois ela interpela o Estado e a sociedade a garantirem os direitos fundamentais. Assim, a emergência está dentro do Direito, não estando alienada do contexto jurídico, sendo as ações para combater as emergências pontuais, finalísticas e específicas. Nestes casos, os poderes e o sistema de controle dos poderes devem modelar o alcance das medidas de emergências para a garantia dos direitos, principalmente os fundamentais, podendo haver a restrição, suspensão temporária de direitos, mas não a frustração por completa ou a eliminação de direitos.

Ao mesmo tempo, em 03 de outubro de 2020, o mundo recebe a Encíclica *Fratelli Tutti*, do Santo Padre Francisco, sobre fraternidade e a amizade social. A encíclica convida a uma reflexão de amor fraterno na dimensão universal, com *abertura* a todos. Ao contextualizar o amor fraterno dentro da doutrina cristã católica, a encíclica perpassa por temas atuais, como a *pandemia*. A “fraternidade não é resultado apenas de situações em que se respeitam as liberdades individuais, nem mesmo da prática duma certa equidade. Embora sejam condições que a tornam possível.” Convidan-

do-nos a conhecer e viver uma *fraternidade aberta*” permite reconhecer, valorizar e amar todas as pessoas independentemente da sua proximidade física, do ponto da terra onde cada uma nasceu ou habita”. Segundo o Santo Papa, a tragédia global da pandemia do Covid-19 “despertou, por algum tempo, a consciência de sermos uma comunidade mundial que viaja no mesmo barco, onde o mal de um prejudica a todos. Recordamo-nos de que ninguém se salva sozinho, que só é possível salvar-nos juntos”.

A pandemia é um grande teste, lembra Harari, para a cidadania e para a sociedade global. Ao longo dos séculos, cientistas, médicos e enfermeiros ao redor do mundo compartilharam informações e juntos conseguiram compreender o mecanismo por trás das epidemias quanto ao modo de combatê-las. Yuval Noah Harari (2020) indica que a proteção real contra o coronavírus não está no fechamento de fronteiras, mas na troca científica de informações confiáveis e da *solidariedade* global. Em um mundo cada vez mais desregulado, o medo, a incerteza, a ausência de confiança, embalada pela desinformação disseminadas pelas novas tecnologias provocam animosidade e estimulam a violência, a *exigir a posituação do princípio da fraternidade no Direito*, estruturado constitucionalmente. A dimensão deontica da fraternidade garante sua exigibilidade e refuta a compreensão do princípio apenas como virtude ética ligada tão somente a um sentimento humano. A Bioética-Ciência da Vida- diante dos trágicos dilemas enfrentados no mundo globalizado, neste terceiro milênio, da voz e legítima ao reconhecimento do princípio jurídico cristão da fraternidade.

Bibliografia

- AGAMBEN, Giorgio. O Estado de Exceção. São Paulo: Boitempo, 2004.
- CASSIN, Cassin. *La Genesis De La Carta De Derechos Del Hombre*. Paris: Unesco. 1968.
- CARVALHO, Paulo de Barros. *Direito Tributário: Fundamentos Jurídicos da Incidência*. São Paulo: Saraiva. 2010.
- DUSSEL, Enrique. *Política de la Liberación. Historia mundial y crítica*. Madrid: Trotta, 2007.
- KELSEN, Hans. *Teoria Geral do Direito e do Estado*. São Paulo: Martins Fontes: 1990.
- LEVINAS, Emmanuel. *Totalidade e Infinito*. Tradução de José Pinto Ribeiro. Edições 70, Lisboa, 1980.
- LEVINAS, Emmanuel. *Collected Philosophical Papers: Emmanuel Levinas*. Trans Alphonso Lingis. Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1987.
- LEVINAS, Emmanuel. *Transcendência e Altura*, Mínima Trotta, Madrid, 1994.

- LEVINAS, Emmanuel. *Diós, la muerte y el tiempo*. Madrid: Catedra Ediciones 2007.
- LEVINAS, Emmanuel. *Outside the Subject*. Trans Michael B. Smith. London: Continuum Press, 2008.
- OMS Organização Mundial da Saúde. COVID-19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) global research and innovation forum : towards a research roadmap. Disponível: <https://digitallibrary.un.org/record/3859866>. Acessado 14/11/2020.
- PUYOL, Angel. *Sobre el concepto de fraternidad política*. Daimon Revista Internacional de Filosofía. Universitat Autònoma de Barcelona 2018.
- RUSSOMANO, Rosah. *Anatomia da Constituição*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1970.

MARIA ANNA FILOSA

LA COMUNICAZIONE AI TEMPI DEL COVID-19: INFORMAZIONE O DISINFORMAZIONE SCIENTIFICA?

1. *Sguardo d'insieme sulla comunicazione pandemica: il caso Covid-19 in Italia e nel Mondo dal punto di vista giuridico e sociologico*

Il fenomeno pandemico ha senza dubbio avuto il merito (se così può chiamarsi) di mostrare chiaramente come la gestione della comunicazione, indipendentemente dalla natura del tema analizzato, abbia rappresentato un aspetto cruciale. Spesso, durante le diverse fasi dell'emergenza, ci si è resi conto come i mass media facessero fatica sia a selezionare le informazioni, meritevoli di interesse, sia a renderle facilmente comprensibili a tutti, facendo attenzione a non alimentare suggestioni e paure, già presenti nella maggior parte degli individui. James W. Carey, a proposito dell'enorme potere dato alla comunicazione, sottolineava come quest'ultima non rappresentasse solamente un freddo ed austero procedimento meccanico di trasferimento di dati, ma anche uno specchio del funzionamento di una società che, allo stato attuale, sempre più sembra ancorata all'immediatezza e alla persuasività dell'informazione digitale. Lo studioso americano è arrivato più volte alla conclusione che in tempi normali la comunicazione si associa alla condivisione (*sharing*), alla partecipazione (*participation*) associazione di persone (*association*), comunione di intenti (*fellowship*), appartenenza ad una fede comune (*possession of a common faith*)¹. Insomma, in situazione di calamità, naturali e non, la comunicazione è fondamentale affinché la società rimanga coesa, in modo tale da poter superare nel miglior modo possibile qualsivoglia stato di crisi. Per questo, soprattutto in tali circostanze, è fondamentale che l'informazione attenga sempre più alla verità, alla concretezza nonché alla tutela del bene comune. Ma che ruolo ha avuto la comunicazione durante questa pandemia? Come si sono comportati i mass media e come sono riusciti a perseguire l'informazione in luogo della disinformazione? Per poter arrivare a delle risposte senza

1 E. Lombardi Vallauri, *Le bugie come metodo a fin di bene al tempo della pandemia*, in *Micromega*, 30.04.2020.

dubbio è fondamentale analizzare le diverse declinazioni della comunicazione ai tempi del coronavirus. Il periodo di isolamento a cui ancor'oggi, anche se in misura ridotta, non solo ha portato l'essere umano ad adottare modalità a distanza per poter portare avanti, in qualche modo, la propria vita privata e professionale, ma lo ha reso anche più timoroso e vulnerabile. Tale fragilità ha rappresentato terreno fertile per le miriadi di fake – news, soprattutto in ambito sanitario, che via via sono andate a diffondersi in ogni anfratto della società². Difficile non aggrapparsi all'unica cosa, in un lockdown relazione, sembrava rappresentare l'unico "contatto" con il mondo reale. Tutt' ad un tratto il tubo catodico si è trasformato in una sorta di "sismografo" della crisi, fra domanda di informazione e consumi rituali, da leggere in controluce rispetto alle trasformazioni che hanno caratterizzato i diversi universi, nazionali ed internazionali, della Rete e dei Social media, fra comunicazione istituzionale ed esigenze di condivisione, discussione e talvolta critica che emergono dai diversi canali mediatici. Spesso, purtroppo, a causa di ciò, soprattutto nella *Fase I*, il proliferare delle fake news (infodemia) non ha fatto altro che accrescere l'allarme sociale, generando nell'individui quel senso di distacco e di diffidenza che non poteva certamente far bene all'animo, al corpo e allo spirito dell'essere umano.

2. Evoluzione o involuzione? Come la comunicazione digitale e non ha influito sullo "sviluppo" dell'epidemia da Covid-19

Per poter meglio capire il fenomeno generato comunicativo generato dalla pandemia, non si può prescindere dalla valutazione dei connotati e delle ragioni politiche e geografiche della disinformazione scientifica ma, soprattutto dall'analisi delle azioni di contrasto messe in piedi dalle istituzioni e dalle loro grandi piattaforme digitali. Per scongiurare il contagio di massa, inoltre, il sistema si è affidato a strumenti digitali, quali App e droni, che potessero sia in tempo di lockdown, sia successivamente tracciare in maniera particolareggiata ogni spostamento degli individui, ai fini di un corretto bilanciamento tra la salvaguardia della salute pubblica e quella della privacy del singolo cittadino. La valorizzazione dell'informazione professionale, quindi, è vista come un antidoto contro la deriva della fake news, sempre che ci sia qualcuno in grado di leggere l'informazione professionale. Tornando a concentrarci unicamente sulla natura dell'infor-

2 A. Barone, *Brevi riflessioni su valutazione scientifica del rischio e collaborazione pubblico-privata*, in *Federalismi.it*, 29.04.2020.

mazione durante soprattutto le prime fasi del Covid-19, si può affermare oltre ogni ragionevole dubbio che il mezzo di comunicazione utilizzato per veicolare l'enorme flusso di dati e notizie verso la vastissima platea di cittadini italiani è stato la TV. Il mezzo via cavo è stato quello che maggiormente, attraverso generi e linguaggi diversi, ha avuto il "merito" di concretizzare una minaccia invisibile, di riunire una mole di informazioni frammentate, di contemperare le misure di contenimento adottate dai vari decisori politici. Non solo. Il piccolo schermo, essendo lo strumento più comune a età, generazioni e classi sociali, ha scandito i consumi quotidiani degli italiani, tanto nella ricerca di informazione e approfondimento affidabili quanto nel desiderio di organizzare e strutturare un tempo libero sempre più affiancato, entro le pareti domestiche, al tempo di lavoro o di studio "a distanza" di tutta la famiglia durante il periodo di chiusura totale. La sua "verità", per l'individuo, era certamente l'unica da ascoltare, considerando che i contenuti della stessa erano sottoposti sempre ad un controllo editoriale con conseguente responsabilità professionale, a differenza del web dove proliferavano ogni giorno fake news di ogni genere. Questo mezzo, in un periodo di vita sospesa ha dato modo alla platea di essere messa al corrente in ogni momento sia dei momenti ordinari, come i dati del contagio, sia di quelli straordinaria come i bollettini del governo e la preghiera in piazza fatta dal solo Papa, in occasione dell'*Urbi et Orbi* del 27 marzo. In passato Lo scrittore Roger Silverstone collegava le caratteristiche della televisione a ciò che Antony Giddens chiamava "sicurezza ontologica", definita da questo ultimo come: *"l'atteggiamento della maggior parte delle persone, che confidano nella continuità della propria identità e nella costanza dell'ambiente sociale e materiale in cui agiscono"*³. Questo mezzo, durante questo inatteso quanto esplosivo evento, ha dato modo agli individui di ritrovare la propria sicurezza, rappresentando, sempre secondo l'idea di Giddens, *"un'istituzione chiave nella mediazione della paura, del rischio e del pericolo ed è cruciale per capire la nostra capacità di creare e conservare la sicurezza ontologica"*. Ma qual'è stato davvero il ruolo del piccolo schermo nella mediazione della crisi per una vastissima parte della popolazione nazionale, considerando la domanda di quest'ultima? Bisogna sottolineare, a tal proposito, che la curva dei consumi televisivi, misurati in minuti medi di visione per individuo nell'intero giorno, possono essere sicuramente sovrapposti a quelli che definiscono l'andamento dei nuovi casi di contagio, così come resi noti dalle continue conferenze stampa e dai numerosi notiziari. Inoltre, il diverso narrare del tubo catodico ha senza

3 H. Rheingold, *Net smart, How to thrive online*, tr.it

dubbio individuato tre diversi “momenti dell'emergenza”, tutti inquadrati nella cosiddetta *Fase 1*, conclusasi il 4 maggio. Il primo momento è quello che inizia prima dello scoppio della crisi vera e propria, quando le notizie relative al Covid-19 approdano sulle *news* nazionali e si chiude nei giorni del 7, 8 e 9 marzo, che determinano la partenza del *lockdown* prima in Lombardia e poi in tutta Italia. Per intenderci, ci riferiamo ai giorni della divulgazione della bozza di Decreto sulla Lombardia, con la “fuga da Milano” e dell'intervento del Presidente del Consiglio, la sera del 9 marzo, con il governo che impone la quarantena a livello nazionale. Il secondo momento si presenta caratterizzato dalla sempre più crescente domanda di televisione, come quello precisamente del 9 marzo fino alla fine del mese stesso, ovvero al successivo picco dei contagi e dei morti. Un terzo momento è, infine, quello che comincia con il mese di aprile e va avanti fino alla settimana pasquale, la celebrazione del 25 Aprile e del 1 Maggio, fino alla chiusura della *Fase 1*, il 3 maggio 2020.

3. Breve excursus della diffusione delle pandemie in Italia e nel Mondo. *Genesi di un fenomeno tra scienza e mito*

Per meglio tracciare le caratteristiche dei fenomeni pandemici, iniziando dai primi decenni della società di massa fino ad arrivare al “secolo breve”, eventi del genere generano nei mass – media sentimenti contrastanti quali allarmismo e sottovalutazione. Quest'ultimo è quello che ancora oggi sembra prevalere. Basti pensare a come sono state informate le masse prima della “Spagnola” del 1918, poi dell'Asiatica del 1957 e, infine, della Sars del 2003. Inizialmente, in Italia, nonostante il dilagare del Covid-19 in Cina, si minimizzava, pensando certamente che un qualcosa del genere fosse lontano da noi nel tempo e nello spazio⁴. Questo sottovalutare il pericolo aveva comportato soltanto la chiusura dei voli dalla Cina da parte del nostro Paese e il fatto che, già dalla seconda metà di gennaio, le *news* nazionali iniziano a considerare il diffondersi del misterioso virus in Cina come una notizia “minoritaria”, da confinare nella politica degli Esteri. Con il trascorrere del tempo trapela che il virus può diffondersi velocemente da uomo a uomo e a partire dalla fine di gennaio fioccano i virologi in Tv, ospiti sempre più frequenti con l'intenzione di tranquillizzare la popolazione: il virus è un fenomeno lontano, anzi, lontanissimo. Uno di questi Burioni, ad esempio, affermerà nel corso delle sue numerose ospitate che

4 Raffaello Cortina, *Perché la rete ci rende intelligenti*, Milano 2013.

pur considerando la sua velocità di propagazione, l'unica cosa da fare per evitare il virus è quello di non viaggiare in Asia e di stare tranquilli, altrimenti si corre il rischio di "scambiare i sintomi del virus con quelli di una banale influenza". Ciò porta ad un eccessivo atteggiamento prudenziale, tanto che, fino all'ufficializzazione della cosiddetta *Fase I*, i media trattano il Covid-19 come un semplice virus, confinato alla sola Cina e alle zone limitrofe. Un cambiamento radicale da parte dell'informazione di massa si ha intorno al 21 febbraio, quando iniziano e trapelare l'informazione circa l'esistenza dei primi casi in Lombardia ed in Veneto. A sottolinearlo l'Osservatorio di Pavia del 2020 il quale, in base a dati raccolti nel corso della pandemia, ha avuto modo di sottolineare che:

(...) nel week – end del 21-23 febbraio, coinciso con le prime allarmanti notizie sui contagi e con l'assalto dei supermercati, i notiziari hanno dedicato uno spazio estremamente ampio sull'argomento: l'82,5% sul totale. Nel fine settimana successivo, invece, i toni si fanno meno allarmistici e cala anche il tempo e il numero di notizie sull'emergenza, attestandosi al 58% sul totale (...).⁵

Da questo momento in poi l'informazione ruota esclusivamente intorno a questo "misterioso virus". Normalizzazione ed allarmismo si susseguono tra notiziari e talk show. La confusione aumenta, quando a fronte di un progressivo moltiplicarsi delle presenze dei virologi che propendono per la serietà e la gravità della situazione, opinionisti meno competenti in materia, i quali propongono tesi contrapposte e sostanzialmente minimizzanti (che rispecchiano l'idea che il virus non sia più pericoloso di un'influenza). Sui social e sui *media mainstream* sembra prevalere una posizione scettica, rasente il negazionismo, sempre più legata a slogan di massa quali "#Milanononsiferma#". Accanto alla discussione, a tratti infruttuosa, è il linguaggio d'inchiesta a ri-definire radicalmente il quadro con cui si discute di Covid. Un esempio è dato dal programma "*Piazzapulita*" su La7 il 5 marzo intitolata "*Coronavirus, dentro il reparto di terapia intensiva*": se l'audience complessiva della puntata non si discosta dalla sua media nel periodo (1.104.000 spettatori, 5,6% di share), l'inchiesta firmata da Alessio Lasta sembra generare una fruizione online differita dai contenuti televisivi, con tre milioni e mezzo di visualizzazioni in ventiquattro ore, che arrivano a quasi sei milioni nei giorni successivi. L'inchiesta di Lasta rappresenta un caso dal punto di vista dell'analisi dei consumi televisivi: in poche settimane il suo ascolto medio on-line (AMR-D) raddoppia rispetto

5 S. Garassini, *Smartphone, videogames e scuola: le risorse che non ti aspetti*, in *Avvenire*, 19 marzo 2019.

all'ascolto, diciamo lineare, sommando a quella porzione di programma 2.256.000 spettatori (ovvero device) medi. Nel mese di marzo il mezzo televisivo diventa il solo "contatto" delle persone con il mondo esterno. La crescita spropositata della "indice d'ascolto" del macro-genere informazione, che include sia notiziari sia programmi di approfondimento) rispetto agli altri generi, quali, ad esempio, le fiction, le quali, causa blocco delle riproduzioni e ricorso prevalente a repliche, mantengono la propria quota d'ascolto. Si inizia a intravedere un bisogno impellente della popolazione: quello assicurare, in un certo qual senso, il telespettatore. Quest'ultimo, difatti, iniziano a privilegiare alcuni appuntamenti televisivi che si configurano sia come rituali ricorrenti, sia come degli "eventi mediali". Fra i primi, senz'altro, le edizioni principali dei maggiori telegiornali, in particolare della sera e dell'ora di pranzo, con picchi molto accentuati nel fine settimana. Per quanto riguarda la comunicazione, senza dubbio la *Fase 2* rappresenta una svolta. Abbandonata o resa meno rilevante la logica della contrapposizione fra opinioni tipica del *talk* nel periodo dello "scetticismo", la TV sposa maggiormente lo sguardo dell'inchiesta dal campo, assumendo spesso il punto di vista degli operatori in prima linea, medici e personale sanitario. La metafora più ricorrente è quella della "guerra", combattuta nelle prime linee degli ospedali, ma anche nelle retrovie delle case di tutti i cittadini, cui viene chiesto lo sforzo della quarantena. La grande attrattiva dei consumi ritualizzati manifesta la grande esigenza di partecipazione a una "comunità immaginata", come sosteneva Anderson nel 1996, la quale si trova compatta a combattere la battaglia. Le parole del Pontefice sul "destino comune" che risuonano da S. Pietro nelle case di oltre diciassette milioni di persone, esprimono perfettamente il sentire diffuso nel momento più buio dell'emergenza, col picco di contagi e di morti⁶. Verso la fine della *Fase 2* la curva del consumo di televisione torna a scendere e anche l'attenzione trasversale e diffusa per i contenuti di informazione, e per i telegiornali. Alcuni luoghi televisivi tornano ad essere il terreno privilegiato per l'articolazione del discorso pubblico sulla ripartenza, con diversi punti di attenzione: le misure da adottare una volta finita la quarantena per evitare una "ricaduta", la crisi economica e le negoziazioni con l'Europa, l'emergenza per chi è rimasto senza lavoro e senza risorse. La comunicazione istituzionale si presenta piuttosto confusa e coerente di dettagli importanti. Basti pensare che ne discorso di Conte mancano i riferimenti ai tamponi e all'uso della App. per il tracciamento dei positivi, mentre risul-

6 N. Bowles, *Coronavirus ended the Screen-Time debate. The Screen won*, New York Times, 31 marzo 2020.

tano ambigue diverse norme che riguardano gli spostamenti delle persone, come quella che prevede di potersi “muovere per incontrare congiunti”. La stessa, però, riaccende un grande e acceso dibattito che rimpalla dal teleschermo ai social e agli organi di stampa, per essere nuovamente messo in forma e, ulteriormente, propagato dai principali *talk* e programmi di approfondimento. In forme certamente diverse rispetto alla fase più acuta dell'emergenza, il mezzo televisivo conferma il suo ruolo di grande catalizzatore e volano di discorsi e quadri interpretativi, tanto efficaci o potenzialmente dannosi, perché veicolati da una televisione tornata veramente centrale nel panorama mediale degli italiani. Sicuramente l'uso diffuso dei mezzi di comunicazione digitale ha riportato alla luce il caso “Cambridge Analytica”. Da allora, il rapporto tra le piattaforme social delle imprese ed i loro contenuti si è evoluto verso una maggior consapevolezza della natura editoriale dei social media e della quantità di usi “non sociali”, come l'informazione e l'intrattenimento, a cui sono sottoposti. Il misterioso virus ha posto il problema, fin dall'inizio, della presenza, all'interno dei social media, di un'ingente quantità di notizie provenienti da fonti inaffidabili, e *fake news* che rischiavano di promuovere comportamenti dannosi per la salute. In tale momento le piattaforme social hanno scelto di compiere azioni volte a migliorare la qualità dei contenuti relativi al Covid-19. Tutte hanno cercato di far, pur in maniera diversa. Twitter, ad esempio, in accordo con il Ministero della Salute, si è prodigata a diffondere informazioni attendibili e riscontrabili scientificamente sul virus, mentre altre, come Pinterest, si sono concentrate sull'aspetto più ludico, organizzando iniziative culturali per i diversi utenti della rete. Facebook, diversamente, si è preoccupato fino da subito di limitare, quanto più possibile, le diverse *fake news* che, come funghi, si sono diffuse in rete. Il capo della divisione sanità del sociale, Kang – Xing, in merito a questa politica, affermava che:

(...) si cerca di cancellare post con contenuti pericolosi, cercando di indirizzare i lettori ai siti con le notizie corrette anche attraverso gli hashtag che promuovono fake news tramite foto su Instagram (...)

Con l'aggravarsi della situazione, molte piattaforme si sono allineate nella diffusione di contenuti scientifici sul Covid, attingendo da riviste mediche, nonché da notizie ufficiali, diffusi da organi autorevoli, quali il Ministero della Salute, l'OMS, l'Istituto Superiore di Sanità. Ad esempio, sull'interfaccia di Facebook nasce un'apposita sezione, denominata: “*Centro informazioni sul Covid*”, autodefinito come “*elaborazione di una sezione specifica di Facebook News, ovvero dell'attività di un team di giornalisti*”

esperti di diversi settori assunti da Facebook, con l'obiettivo di fornire una panoramica di notizie pubblicate da quelle che vengono definite fonti affidabili". Questo modo di comportarsi trasforma i social media in fonti informative, che propongono aggregatori editoriali propri⁷.

4. *Pandemia e linguaggio istituzionale: conciliabilità tra trasparenza e diplomazia del linguaggio comunicativo rivolto alla massa*

Con il trascorrere del tempo, la funzione assunta dai social, è stata ampiamente utilizzata anche dagli stessi apparati di Governo. Basti pensare che le stesse fonti di informazioni attendibili in precedenza succitate, quali il Ministero della Salute, ad esempio, hanno utilizzato gli stessi social per comunicare con i cittadini. I tempi sono stati diversi, ma tutti ruotanti intorno all'emergenza: impegno sul campo (medici, volontari, operatori), identità dell'istituzione, l'evolvere dell'epidemia. Oltre a questi tempi, sono presenti campagne di comunicazione specificamente rivolte ai cittadini con la finalità di informarli su quelli che, mese per mese, sono stati ritenuti gli aspetti fondamentali della gestione dell'epidemia. L'evolversi repentino della situazione, non ha dato però modo di pianificare, purtroppo, campagne d'informazione omogenee. Inoltre, spesso, si tratta di campagne a volte condivise tra le diverse istituzioni, ma più spesso costruite in parallelo (per comunicare gli stessi contenuti) dai diversi soggetti. Siamo di fronte, quindi, a una moltiplicazione delle voci e delle forme. Si può dire, senza dubbio, che nelle diverse fasi ci sono state diverse campagne, indirizzate ad un target preciso. Le prime, a gennaio, aventi come tema il viaggio, sono mirate ad un target ben preciso, quello dei viaggiatori, che devono adottare comportamenti per la quarantena, per i viaggi all'estero e anche per gestire i sintomi nel caso siano venuti in contatto con paesi o persone a rischio. Le seconde, invece, intentate nella prima metà di febbraio, hanno come tema il protocollo, mirando ad informare sulle procedure da seguire, i numeri da chiamare in caso di contagio. Esse rappresentano un vero e proprio sostegno della relazione tra il singolo malato e le istituzioni sanitarie a cui è delegata la cura. Dalla metà di febbraio, poi, i contenuti dei social media si concentrano tutti intorno alla prevenzione, cioè all'impegno attivo dei cittadini ad attenersi ai decaloghi dettati dagli organi istituzionali, che invita-

⁷ G. Suffia, G. Ziccardi, *Fake news, guerra dell'informazione ed equilibri democratici*, in M. Monti (a cura di), *La disinformazione online ed il ruolo degli esperti nell'agorà digitale: una prospettiva transdisciplinare*, in *Federalismi.it*, n. 11, 2020.

no i cittadini a modificare la propria routine quotidiana per la presenza del Covid-19. Arriviamo a marzo, dove le campagne mediatiche si concentrano sulla conoscenza specifica del virus, attraverso una serie di informazioni che mirano a illustrarne le caratteristiche conosciute. Il tema, invece, per la seconda metà del mese di marzo diventa la protezione. Questa protezione viene espressa attraverso la metafora della porta oltre la quale si vuole chiudere il virus, restando a casa. Tale campagna viene affiancata da quelle informative, che illustrano il DPCM del 10 marzo⁸. Oltre alla ripresa delle istruzioni per limitare il contagio sono presenti anche campagne che invitano alla solidarietà. Ne è un esempio la campagna “Aiuta i tuoi vicini”. Dalla fine di marzo alcune istituzioni, quali il Dipartimento di Protezione Civile e la Croce Rossa Italiana iniziano ad essere meno attive nell’ideazione e distribuzione di campagne di comunicazione e si concentrano sul racconto delle proprie attività o dell’evoluzione dei contagi. Le istituzioni che promuovono ancora campagne di comunicazione mettono a tema la quarantena. Il Covid-19 non è più il tema centrale, lo sono le persone la cui vita quotidiana è stata sospesa è il loro engagement. C’è ancora un’importante attività di debunking sulle forme di contagio, sui farmaci e le terapie, ma la malattia, le sue caratteristiche, le forme di diffusione sono oggetto delle informazioni amministrative dei bollettini quotidiani e non sono più al centro delle campagne di comunicazione. L’emergenza Covid-19 ha, inoltre, avuto, sin dall’inizio della crisi, una dimensione di narrazione social dal basso, legata ai commenti e ai discorsi generati dagli utenti, che si è strutturata in molteplici direzioni: hashtag, meme e video virali, condivisione di informazioni ufficiali e circolazione di fake news hanno rappresentato le modalità prevalenti di un racconto che, da un lato, è andato a rimorchio della comunicazione mainstream e istituzionale e dall’altro ha anticipato tendenze, punti di vista, prese di posizione divenuti poi, con il passare dei giorni, patrimonio più esteso e ampiamente condiviso anche al di fuori dell’ecosistema dei social media. Post e commenti degli utenti si sono progressivamente consolidati intorno ad hashtag prevalenti, veri e propri topoi narrativi, virali capaci di circolare massicciamente, aggregare pubblici sempre più vasti, modulare la partecipazione online e contribuire in maniera rilevante alla definizione dei tratti più evidenti dell’informazione in questo periodo di crisi. Pur condividendo lo sfondo di un impianto comunicativo che ha alternato narrazioni di tipo epidemiologico (i dati e la

8 M. Voyager, *Russian Lawfare, Russia's weaponisation of international and domestic law: Implications for the Region and policy recommendations*, in *Journal on Baltic Security*, 2018.

contabilità dei contagi e delle vittime, le caratteristiche del virus, le contro-misure sanitarie) securitario (le misure restrittive, le sanzioni, l'individuazione dei capri espiatori) emotivo (la tenuta psicologica della popolazione, la condivisione del dolore, l'empatia con gli operatori) e amministrativo (le conseguenze economiche, le responsabilità politiche, le ricadute territoriali), il racconto della crisi sui social media ha assunto peculiarità che possiamo provare a riassumere lungo due direttrici: una di tipo relazionale-sociale, che va da un approccio alla crisi individuale a uno corale, e una seconda di tipo temporale, che oscilla tra un racconto contingente e uno proiettivo, orientato a quello che succederà una volta terminata l'emergenza⁹. Si possono, così, evidenziare almeno quattro nuclei tematici di racconto social dell'emergenza, quattro prospettive differenti in grado anche di segnare inerzie e discontinuità di questa rappresentazione. Un primo approccio è dato da quello che potremmo definire *domestico*, e che si struttura intorno a una dimensione individuale e contingente; si tratta di un racconto che si è manifestato prevalentemente nell'hashtag #iorestoacasa. È una prospettiva che è cresciuta soprattutto in seguito alle prime misure restrittive di impatto nazionale e che restituisce l'idea di una sensibilizzazione più ampia, del tentativo di sconfiggere una minaccia esterna e di un'enfatizzazione, della distinzione tra pubblico e privato, con un'esibizione della dimensione intima e domestica. Un secondo approccio, che potremmo definire *empatico*, si posiziona tra una dimensione contingente e una corale e ha funzionato, sin dall'inizio della crisi, lungo diverse direttrici: da un lato, come strumento per esorcizzare la paura dell'ignoto e dall'altro come elemento di coesione nazionale e sociale, anche rispetto a iniziative spontanee, come la proposta di cantare l'inno nazionale dalle proprie finestre. Nelle differenti fasi, tale dimensione, però, ha assunto anche funzioni diverse, come la necessità di stringersi intorno e manifestare vicinanza agli operatori sanitari impegnati nel contrasto al virus oppure, come avvenuto in alcuni territori nei primi giorni della crisi, il bisogno rivelatosi, poi, clamorosamente inattuabile, di proseguire la normalità della vita di tutti i giorni. Il terzo approccio, che chiameremo *motivazionale*, incrocia la dimensione corale con quella proiettiva. Si tratta, naturalmente, di retoriche narrative e comunicative, consolidate solo nell'ultima fase dell'emergenza e che prospettano il ritorno alla normalità, la progressiva fuoriuscita dalle restrizioni e la necessità di uno sguardo comune a quel che accadrà,

9 E. Ceccherini, S. Rodriguez, *Fake news e vaccini: le verità nascoste*, in M. Monti (a cura di), *La disinformazione online e il ruolo degli esperti nell'agorà digitale: una prospettiva transdisciplinare*, cit.

consapevoli di sfide e timori che ci riguardano collettivamente. Nei giorni immediatamente successivi all'annuncio delle regole per la cosiddetta *Fase 2*, inoltre, è stata registrata la diffusione di un hashtag del valore polemico come #torniamoliberi, a significare una lettura da parte di molti utenti di restrizioni considerate ancora troppo ampie e coercitive. Infine, un quarto approccio, che chiameremo *aspirazionale*, si situa tra una dimensione individuale e una proiettiva. Si tratta di una prospettiva ancora difficile da registrare, perché impatta sull'imprevedibilità e incertezza dei singoli nella *Fase 2*. È un tipo di racconto che oscilla tra un generico sentimento di liberazione e uno sguardo rivolto al futuro, carico di speranza e immaginazione, ben esemplificato da un hashtag che ha preso piede soprattutto su Instagram, come #poivorrei. Allo stesso tempo, tuttavia, si registra anche una visione più preoccupata, in particolar modo in ambito professionale: un esempio, in questo senso, è l'hashtag #iononriapro, lanciato da alcune categorie di lavoratori autonomi per segnalare il disagio di un prolungamento della chiusura della propria attività. Un altro aspetto sicuramente da non sottovalutare come la comunicazione politica si sia conciliata con la paura delle persone nei giorni del contagio. A tal proposito, molti leader politici hanno seguito il motto del noto giurista Carl Schmitt, secondo cui *"il sovrano è colui che decide sullo stato di eccezione"*. Probabilmente non si è davvero, in tal caso, innanzi a questo, ma solo all'attivazione di quei poteri di emergenza previsti in caso di necessità da molti ordinamenti costituzionali. L'emergenza del Covid-19, senza dubbio, ha indotto gli esecutivi ad adottare decreti d'urgenza che hanno sospeso alcune cruciali garanzie costituzionali, con inevitabili ripercussioni anche sugli elementi di un assetto propriamente democratico. Superata la fase più drammatica dell'emergenza, i diritti e le procedure ordinarie saranno naturalmente ripristinati, e la "sospensione" delle regole democratiche si rivelerà solo la temporanea conseguenza di decisioni adottate in base al classico principio per cui *salus rei publicae suprema lex*.¹⁰ L'esperienza della pandemia ha rafforzato sotto il profilo comunicativo la visibilità delle figure istituzionali incaricate della gestione della crisi sanitaria. In Italia, il Presidente del Consiglio e i Presidenti delle Regioni più coinvolte non hanno esitato a rivolgersi direttamente alla popolazione, utilizzando strumenti che, per quanto resi necessari dalla situazione, sono risultati in diversi casi limitativi dei diritti dell'opposizione e dell'equilibrio dell'informazione, specie nel caso in cui

10 I. Smolenova, *The pro-Russian disinformation campaign in the Czech Republic and Slovakia- Types of media spreading pro-Russian propaganda, their characteristics and frequently used narratives*, PSSI Report, 2015.

la tribuna istituzionale è stata utilizzata per una comunicazione più nettamente politica. La diffusione del Coronavirus si è, dunque, accompagnata a una progressiva *depoliticizzazione* della comunicazione istituzionale. Autorità “tecniche”, “scienziati” ed “esperti” sono entrati in modo massiccio all'interno della *task force* governative o regionali, ma hanno anche assunto un ruolo centrale nella strategia comunicativa delle istituzioni, facendo peraltro ingresso nelle case di milioni di italiani attraverso il mezzo televisivo. Per quanto attraverso i social media si diffondano ancora molte teorie cospirazioniste sull'origine e sulle cause di diffusione delle cause di diffusione del contagio, la presenza di “scienziati” in televisione o sui quotidiani ha contribuito sicuramente a rivalutare il ruolo e la fiducia nella scienza, modificando non solo il rapporto tra “esperti” e cittadini, ma anche quello tra competenza e decisione politica.

5. *Pandemia tra sociologia e psicologia. Tecniche e contenuti degli aspetti psicosociali delle masse colpite dall'effetto Covid-19*

La pandemia ha sortito, nel mondo, l'effetto conosciuto come *rally around the flag* (stringersi intorno alla bandiera), accrescendo la popolarità delle figure di governo. In momenti di grave crisi, come attentati terroristici o disastri naturali, è infatti piuttosto frequente che i cittadini rafforzino la fiducia nelle istituzioni che più rappresentano (o dovrebbero rappresentare) il sentimento di unità nazionale, il Governo, nella speranza che esse siano in grado di condurre rapidamente, al di fuori della crisi¹¹. La diminuzione del gradimento per i leader in carica, insieme al consolidamento di scenari politici tendenzialmente stabili e già fortemente divisi, indica per il prossimo futuro, in uno scenario di medio –lungo periodo, un ritorno alla *polarizzazione*, peraltro anticipata dal clima di forte contrapposizioni creatosi nella discussione sulla fine del *lockdown* e sulle attività produttive e commerciali. In questo cupo scenario, nonostante la preoccupazione sia avvertita da tempo, non accenna a diminuire la diffusione, in parallelo al Coronavirus, di un numero incontrollato di informazioni contraddittorie e disordinate, in cui sono omessi fatti essenziali e ci sono errori materiali. In tutte, poi, regna una strana confusione di tempi e di cose. Si tratta delle fake news, la cui viralità è tale da aggravare la grande tensione emotiva e lo stato d'inquietudine di questo periodo. Accanto all'epidemia sanitaria, purtroppo siamo state e siamo vittime di quella da disinformazione, non a

11 V. Codeluppi, *Jean Baudrillard*, Milano 2020.

caso definita infodemia. Il rischio è, infatti, di alimentare l'allarme sociale, condizionando il dibattito politico e/o inducendo a comportamenti sanitari scorretti. Inquadrare il fenomeno delle *fake news* non è semplice. Per semplificare, si possono etichettare la *fake news* in tre macro – categorie:

Notizie (totalmente) false: sono le bugie grossolane, capaci di essere considerate veritiere, sulla scia dell'emotività;

Notizie verosimili, che mescolano dati falsi a frammenti di verità, sono difficilmente riconoscibili e, per questo motivo, sono più pericolose;

Notizie vere, ma narrate in modo falso o deformante, tale da ingenerare una scorretta comprensione del fenomeno.

Oltre agli elementi oggettivi su descritti, le *fake news* sono caratterizzate anche per la presenza di un elemento finalistico. In generale, vi sono *fake news* che hanno finalità commerciali e sono diffuse, ad esempio, per pubblicizzare un prodotto, o per aumentare il numero di utenti di un social o di una piattaforma, con conseguente aumento del loro valore commerciale. È noto, infatti, che l'interesse a diffondere le fake o a non impedirne la diffusione, è direttamente proporzionale al numero di "clic" che l'accesso alla notizia produce e che si trasforma in un accrescimento del valore degli spazi pubblicitari. Altre *fake news*, invece, hanno la finalità di condizionare l'informazione politica o scientifica, nel tentativo di influenzare l'opinione pubblica rispetto all'affidabilità di un certo assunto politico o scientifico. È evidente la pericolosità intrinseca di quest'ultima categoria di *fake*, potenzialmente capaci di determinare comportamenti altamente pregiudizievoli da parte di un numero indeterminato di soggetti. In piena pandemia, ora, il fenomeno delle *fake news* torna di nuovo alla ribalta, con un elemento di novità: il tema salute. Occorre tener presente che un pubblico afflitto dall'emergenza sanitaria e, purtroppo, anche da quella economica, legge le notizie non solo con la mente, ma anche con il cuore. Siamo tutti più vulnerabili, oscilliamo tra il desiderio di una cura, il bisogno di trovare spiegazioni e, con esse, di rintracciare un colpevole. Questo alto tasso di emotività rende ogni persona fragile e suggestionabile, vittima perfetto del proliferare di falsi pericolosamente destabilizzanti. nel contesto pandemico, come nel nostro caso, a differenza di quanto accade per le *fake news* in genere che possono dar vita a cortocircuiti dis-informativi, le falsità attinenti all'attuale epidemia vengono ben presto smentite e gli utenti della rete cessano ben presto di diffonderle¹². La ragione del loro depotenziamento non va certo rintracciata nelle persone, ma nel deciso intervento

12 M. Santaniello, N. Palladino, P. Vitale, *Populisti vs Cosmopoliti*, in *Comunicazione Politica* 3, 2017, pp. 407-430.

delle istituzioni, dei grandi colossi del web e del mondo della comunicazione in genere. Ad oggi, visto il tema, si può trarre una prima considerazione: quella del fallimento della teoria del c.d. *crowdwisdom* ("saggezza popolare"), secondo cui la Rete sarebbe in grado di autoregolarsi e di riconoscere ed eliminare da sé le notizie false. L'esperienza al tempo del Covid-19 sembra dimostrare il contrario, ossia che l'intervento esterno, in tal caso discorriamo delle Istituzioni e dell'OTT) è risultato decisivo per ridurre il ciclo vitale delle *fake news* sul coronavirus. Una cosa è certa: il miglior rimedio contro la disinformazione si basa, senza dubbio, sul principio di autoreponsabilità. Per evitare il contagio da *fake news* si deve partire dal "distanziamento sociale", evitando la condivisione di notizie false, chiedendosi, in primis, quale sia l'autore della notizia o se la fonte sia attendibile. Il comportamento più corretto, dunque, è diffidare delle notizie che non rispettino gli standard di credibilità e trasparenza, che sono alla base della corretta informazione. Da questa nuova consapevolezza, non può che derivare la rivalutazione della *comunicazione professionale*, garantita da chi lavora nel settore del giornalismo. Non pare sufficiente, tuttavia, affidarsi alla buona volontà del singolo, per arrivare al risultato di avere un'intera società capace di distinguere il grano dal loglio nel campo della comunicazione. Occorre, infatti, sviluppare un'attitudine alla lettura e all'aggiornamento quotidiano. D'altronde, la genesi delle scelte individuali all'interno del "mercato dell'informazione", anche di quelle indotte, può rappresentare un problema assai rilevante ai fini della messa a punto di politiche pubbliche orientate alla promozione del benessere collettivo. Infatti, all'interno di questo ecosistema, la disinformazione dà luogo a fallimenti economici e sociali, potendo incidere, distorcendolo, sull'insieme informativo a disposizione di individui, imprese, istituzioni e *policy makers*. Ciò non può che avere implicazioni negative sull'efficienza dei mercati, sulla distribuzione delle risorse e sugli esiti politici e sociali, con il pericolo consistente che, per analogia con la legge di Gresham, la quale afferma che "la moneta cattiva scaccia la buona", lo squilibrio nel mercato determini che l'informazione di cattiva qualità possa via via scacciare quella di migliore qualità. Tra le tematiche che forniscono il più cospicuo impulso alla produzione e alla diffusione di contenuti *fake* vi sono le notizie di carattere scientifico, spesso riconducibili a strategie di disturbo informativo, categorizzabili quali "complotte". Le ragioni in base alle quali la divulgazione scientifica è colpita così duramente dagli urti della disinformazione sono da rintracciarsi in una serie di elementi. In primo luogo vi è un evidente squilibrio tra la domanda di informazione scientifica

e il relativo livello d'offerta¹³. Si rileva che, tra le varie categorie di contenuti informativi, quelle in cui si registra il minor numero di notizie sono proprio quelle di carattere specialistico. Il basso livello di offerta è preoccupante, alla luce del contributo fondamentale che tali argomenti ingenerano nel dibattito politico. Su tale squilibrio si innesta un basso livello qualitativo dell'informazione effettivamente distribuita sul mercato, ciò in ragione dell'insufficiente preparazione specialistica dei giornalisti su queste tematiche. A fronte di tali elementi, consistenti, come su detto, in una domanda di informazione scientifica da parte dei cittadini a cui non corrisponde un'offerta qualitativamente e quantitativamente adeguata, si registra una proliferazione di cattiva informazione, che riempie il vuoto lasciato dal sistema professionale dell'informazione. Basti pensare che più di un quinto dei contenuti informativi *fake* ha ad oggetto notizie di carattere scientifico e tecnologico. Al riguardo, alcuni studi sulla condivisione sociale delle notizie di disinformazione hanno dimostrato come talvolta le convinzioni elaborate sulla base di notizie false in ambito scientifico abbiano prodotto credenze in grado di sedimentarsi al punto tale da risultare difficili da estirpare e, dunque, capaci di incidere durevolmente sul dibattito pubblico, nonostante la letteratura scientifica le abbia ripetutamente smentite nel corso degli anni. In generale, come ha più volte sottolineato il filosofo della scienza Bruno Latour, la comunità scientifica non è stata esente da critiche. Nel caso del coronavirus, è del tutto evidente come vi siano tutto ora poche certezze scientifiche sul virus e sulla relativa malattia. D'altronde non potrebbe essere altrimenti. Infatti, gli studi sul fenomeno sono, per forza di cose, ancora limitati (essendo stato il virus isolato per la prima volta solo a partire da gennaio), sia per la tipologia e la numerosità dei casi studiati, sia per quanto riguarda la dimensione temporale, tanto che alcuni articoli citati nella discussione si riferiscono addirittura a virus precedenti al Covid-19. Nondimeno, la comunicazione di parte del mondo scientifico è stata spesso assertiva e affrettata, per poi dover fare frettolosi dietrofront. In tali circostanze, è mancata sovente la funzione di filtro del giornalismo. Anche se le tematiche in questione sono di natura specialistica, informazione si è spesso limitata a fare da cassa di risonanza di posizioni di singoli studiosi (virologi, epidemiologi, medici, matematici, fisici, ecc.), rinunciando in molti casi alla propria funzione di analisi, filtro e selezione. Ciò appare il frutto di un sistema informativo che, come previsto nel paragrafo precedente, è ancora carente in termini di preparazione tec-

13 G. Mazzoleni, R. Bracciale, *La politica pop online*, Il Mulino, 2019.

nica dei giornalisti¹⁴. La complessità dei recenti accadimenti legati alla pandemia di Covid-19, e più in generale dei fenomeni globali che incidono profondamente sulla vita quotidiana (cambiamento climatico, ridistribuzione delle risorse economiche, problematiche geo-politiche, costante trasformazione tecnologica, migrazioni, ecc.), testimonia la necessità di analisi complesse, di letture articolate e di una comunicazione ponderata, all'altezza della situazione che ci troviamo ad affrontare, da parte di tutti i soggetti che influenzano, direttamente e indirettamente, gli stati d'animo e le scelte dei cittadini: comunità scientifica, istituzioni, e sistema dell'informazione.

Bibliografia

- "Covid 19, che comunicazione serve nella lotta alla pandemia?"*, di Lelio Alfonso, Gianluca Comin, edito da Guerrini e Associati, Ediz. 2020;
- "L'altro Virus, Comunicazione e disinformazione al tempo del Covid 19"*, a cura di Marianna Sala e Massimo Scaglioni;
- "Manuale di Comunicazione ai tempi del Covid"*, di Isabella Federico, pubblicato da StreetLib
- "Tempo di Iol: Intranet of People"*, di Filippo Poletti, edito da Flaccavio;
- "#ZonaRossa. Il Covid-19 tra infodemia e comunicazione"*, di Lelio Alfonso e Gianluca Camin, edito da Germini e Associati, 2020;
- "Dopo, come la pandemia può cambiare la politica, l'economia, la comunicazione e le relazioni internazionali"*, a cura di Alessandro Campi, Rubbettino Editore, 2020;
- "Il mondo della comunicazione ai tempi del coronavirus"* di Federico De Rossi", Casa Editrice Scientifica Sorbello, 2020.

14 C. Salmon, *Fake*, Roma-Bari 2020.

ALESSIA MACCARO

L'IMPATTO DEL COVID-19 NEL SUD DEL MONDO

1. *La pandemia nei Low Resource Settings*

La diffusione del virus SARS-CoV-2 (Covid-19), definita “pandemia” dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l’11 marzo 2020¹, dopo la prima ondata di infezioni in Cina alla fine del 2019, è un fenomeno globale di emergenza sanitaria senza precedenti.

L’ondata di contagi che ha investito i sistemi sanitari di tutto il mondo, mettendo alla prova la loro preparazione e prontezza di risposta – che si usa tradurre con l’espressione inglese *preparedness*², ha svelato vulnerabilità esistenti anche nei Paesi più solidi. La scarsità dei mezzi specifici (dispositivi medici, farmaci), del personale specializzato, oltre che di informazioni e competenze³ relative al nuovo agente patogeno, al di là della disponibilità di risorse economiche, ha consentito di rilevare che la condizione

-
- 1 Si veda l’intervento del direttore Generale dell’OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus dell’11.03.2020: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (l’accesso a tutta la sitografia indicata nel presente saggio risale al mese di dicembre 2020). Cfr. sul tema I.R. Pavone, *La dichiarazione di pandemia di Covid-19 dell’OMS: implicazioni di governance sanitaria globale*, in *Biolaw Journal*, Special Issue, 1, 2020, pp. 459-482.
 - 2 C. Nelson et al., *Conceptualizing and defining public health emergency preparedness*, in *Am J Public Health*, 2007, 97, pp. 9-11.
 - 3 Si veda il White Paper N. Gonzalez et alii (a cura di), *A Rapid Turnaround Survey of COVID-19 in LMICs: The Readiness, Responses, and Challenges of Healthcare Organizations*, *The Center for Global Health*, University of Illinois at Chicago, College of Medicine, 23 Aprile 2020, pp. 1-18.

prima nota solo ai cosiddetti paesi a basse risorse (Low Resource Settings – LRSs)⁴ fosse, in effetti, temporaneamente generalizzata⁵.

È come se il resto del mondo, almeno nella fase iniziale di caos, avesse provato quella situazione di disorientamento e sconforto dinanzi a qualcosa di troppo grande, quel sublime kantiano al cospetto di una natura che “vuole la discordia”⁶ e che, come scrive Kant, per l'uomo che lui definisce “rozzo”, che cioè non vede la finalità intrinseca delle cose, “è terribile. Questi, in quelle manifestazioni dell'impero devastatore della natura e della sua grande potenza, di fronte a cui il suo potere si riduce a niente, non vedrà che il disagio, il pericolo, l'affanno che colpirebbe l'uomo che vi sarebbe esposto”⁷.

Lo iato tra nord e sud del mondo, i solchi profondi che dividono il globo in “quattro mondi”, parrebbe colmato da un evento naturale nel senso della natura, che ad essa appartiene, anche se non è ancora chiaro se venga pure interamente da essa.

Eppure, un attimo dopo la mesta constatazione che una parte del mondo privilegiata ha dovuto indossare le poche vesti di quella tradizionalmente svantaggiata, bisogna fare qualche considerazione più approfondita.

Il fatto che alcuni paesi si siano trovati ad affrontare una condizione prima ignorata, che invece è familiare ad altri, del resto in una circostanza eccezionale, che per questi ultimi è diacronicamente esperita, non implica la possibilità di appiattire, uniformare aree geografiche e socioculturali ancora molto distanti. Non “tutto il mondo” può mai, neanche durante lo straordinario evento pandemico, sapere davvero che significa essere il “sud del mondo” e viceversa.

Sin dal primo manifestarsi della pandemia si è temuto per il “sud del mondo”, ritenendo che, considerate le note debolezze economiche, poli-

4 L'OMS usa sovente l'espressione Low Resource Settings riferendosi a contesti tipicamente caratterizzati da una scarsità di fondi che possano coprire i costi sanitari, sia su base individuale che societaria. Cfr. WHO, *Prevention and Control of Non-Communicable Diseases: Guidelines for primary health care in low-resource settings*, 2012, in https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/76173/9789241548397_eng.pdf?sequence=1

5 L. Pecchia, D. Piaggio, A. Maccaro C, Formisano, E. Iadanza, *The Inadequacy of Regulatory Frameworks in Time of Crisis and in Low-Resource Settings: Personal Protective Equipment and COVID-19*, in *Health and Technology*, 2020, 1.

6 I. Kant, *Idee di una storia universale dal punto di vista cosmopolitico*, in R. Mordacci (a cura di), Milano 2015, p. 103.

7 Id., *Critica del giudizio*, a cura di A. Gargiulo, intro di P. D'Angelo, Laterza, Roma-Bari 2008, p. 203.

tiche e sanitarie, la minaccia del Covid-19 si sarebbe presto rivelata un disastro senza precedenti.

E, infatti, è proprio nel senso della *preparedness* che le misure dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si indirizzano, mobilitando anzitempo sussidi specifici per incrementare negli stati con sistemi sanitari più deboli⁸ la sorveglianza sanitaria, il rilevamento precoce, l'isolamento e il tracciamento dei contagi⁹.

Con l'avanzare del tempo si è assistito ad un andamento non omogeneo della diffusione del Coronavirus¹⁰: ragionando sempre per macrocategorie idealtipiche che pure hanno una controparte geografica, economica e politica, si può rilevare che, mentre nel "nord del mondo" il dilagare impetuoso del virus sia stato aggressivo e spietato, nell'emisfero australe abbia manifestato una certa clemenza che a tutt'oggi risulta misteriosa.

Le motivazioni addotte per spiegare questa singolare asimmetria sono state diverse: dalla presunta immunità genetica di alcune etnie, idea questa corroborata da alcuni con la tesi secondo la quale il diffuso utilizzo di farmaci per altre malattie trasmissibili si sarebbe rivelato immunizzante per il virus attuale, al ritenere le condizioni climatiche inospitali per il Covid-19, fino a prendere in considerazione l'età media della popolazione, nella convinzione che i più giovani avessero meno probabilità di contrarlo¹¹. Altri hanno ritenuto che i precedenti outbreaks avessero rafforzato i paesi a basso e medio reddito proprio nel senso della *preparedness* in quanto i precedenti focolai epidemici (si pensi all'Ebola in Africa¹²) avevano già porta-

8 N. Kandel, S. Chungong, A. Omaar, J. Xing, *Health security capacities in the context of COVID-19 outbreak: an analysis of International Health Regulations annual report data from 182 countries*, in *The Lancet*, 2020.

9 WHO, *COVID-19 Response in the World Health Organization African Region, February to July, 2020*, in <https://www.afro.who.int/publications/covid-19-response-world-health-organization-african-region-february-july-2020>; WHO, *COVID-19 Strategic Response Plan in the WHO African Region*, 2020.

10 Cfr. WHO, *Coronavirus Disease (Covid-19) Dashboards*, in <https://covid19.who.int/>.

11 A dare delle risposte in tal senso è stata anche la Dr Matshidiso Moeti, la Direttrice dell'OMS della Regione Africa il 19 Marzo 2020 la quale ha sostenuto che le ipotesi che l'età media della popolazione africana e le temperature più elevate africane possano contenere il contagio è in corso di studio, mentre smentisce che molti casi non vengano riconosciuti per l'assenza di test specifici in quanto sin da subito 40 paesi sono stati in grado di effettuarli. <https://www.afro.who.int/pt/node/12465>.

12 R. Ayebare et al., *Leveraging investments in Ebola preparedness for COVID-19 in Sub-Saharan Africa*, in *AAS Open Research*, 3, 2020; N. Kapata et al., *Is Africa prepared for tackling the COVID-19 (SARS-CoV-2) epidemic. Lessons from past*

to all'edificazione di infrastrutture specifiche preposte all'isolamento dei contagi e allo sviluppo di centri di eccellenza per la ricerca sulle malattie trasmissibili (come il South Africa's National Institute of Communicable Diseases o l'Institut Pasteur del Senegal) che si sono, poi, rivelati fondamentali nella gestione della pandemia attuale. Altri ancora sostengono che la graduale diffusione del virus, in alcuni contesti posteriore rispetto ad altri, abbia consentito ai governi di adottare anzitempo misure preventive che hanno consentito il contenimento del contagio¹³. Infine, ci sono coloro che, aderendo alle tesi negazionista e/o complottista, hanno sostenuto che l'epidemia, qualora fosse comprovabile, interesserebbe solo alcune ragioni del mondo e per specifiche ragioni politiche¹⁴.

Invero a tali motivazioni va aggiunta anche quella dell'adeguatezza delle attività di screening non sempre comparabile tra paesi, sia in senso quantitativo che qualitativo, (ad esempio al momento il governo della Tanzania ha comunicato che non divulgherà più dati ufficiali sull'andamento dell'epidemia¹⁵) il che implica che con tutta probabilità il numero effettivo di casi e decessi rilevati nel "sud del mondo" è ben lontano da quello stimato.

Le informazioni sulla natura e diffusione del virus non possono dunque dirsi né omogenee, né ancora sufficienti per ragionamenti comparatistici sensati; pertanto, ben lungi dal voler ripetere le *âneries* degli inesperti, affidandosi al "si dice" che, come scriveva Martin Heidegger, rappresenta la chiacchiera¹⁶ priva di fondamento e che particolarmente si è diffusa in questo momento storico confluendo in quello che è stato definito "*infodemic*" o "*disinfodemics*"¹⁷, ovvero disinformazione che pure sostanzia anche

outbreaks, ongoing pan-African public health efforts, and implications for the future, in *International Journal of Infectious Diseases*, 93, 2020, pp. 233-236; M. Leach, *Echoes of Ebola: social and political warnings for the COVID-19 response in African settings*, in *Echoes*, 2020.

- 13 A. Soy, *Coronavirus in Africa: Five Reasons why Covid-19 has been less deadly than elsewhere*, in *BBC*, 7 ottobre 2020, <https://www.bbc.com/news/world-africa-54418613>.
- 14 *Why some Kenyans still deny coronavirus exist?*, in *BBC*, 19 luglio 2020, <https://www.bbc.com/news/world-africa-53403818>
- 15 E. Nakkazi, *Obstacles to COVID-19 control in east Africa*, in *The Lancet. Infectious Diseases*, 20.6, 2020, p. 660.
- 16 M. Heidegger, *Essere e Tempo*, in F. Volpi (a cura di), trad. di P. Chiodi, Milano 2005.
- 17 Unesco, *Disinfodemic. Deciphering Covid-19 disinformation. Dissecting responses to Covid-19 disinformation*, <https://en.unesco.org/covid19/disinfodemic>. Cfr. anche M. Younis, *Covid-19 and disinfodemic: a new age problem*, in *Pakistan Journal of Surgery and Medicine*, 1.3, 2020, pp. 248 ss.; Hu, Zhiwen, et al., *The COVID-19 Infodemic: Infodemiology Study Analyzing*

i discorsi ufficiali, si dica solo che anche il “sud del mondo” è stato colpito duramente dalla pandemia.

Per fare qualche esempio si consideri l’America Latina: in Brasile sono stati superati i sei milioni e mezzo di casi e i 177mila morti, in Argentina si confermano un milione e quattrocento casi, molto vicine sono la Colombia e il Messico. Gravissima, altrettanto, è la situazione in India dove si contano 9735,850 casi confermati e 141,360 morti¹⁸.

Quel che pare rilevante sottolineare è, però, che, accanto all’emergenza sanitaria globale, sono proprio i paesi del “sud del mondo” che hanno vissuto con maggiore durezza e drammaticità la crisi sistemica odierna perché il Coronavirus non ha colpito solo i sistemi sanitari di cui già si conosceva la debolezza, né il complessivo livello di salute della popolazione, già notoriamente non in linea con gli standard, e tantomeno si può dire che abbia significativamente mutato la “case fatality ratio”¹⁹, bensì ha avuto una ricaduta sociale estrema sulla popolazione, mettendo in evidenza le disuguaglianze e le disparità fra sud e nord del mondo ed allargando significativamente la forbice tra paesi e popoli²⁰.

In effetti proprio là dove i sistemi sanitari sono più vulnerabili, dove il commercio è prevalentemente caratterizzato dall’informalità, dove l’istruzione non è garantita ancora universalmente, figuriamoci la disponibilità di strumenti tecnologici per il telelavoro o la didattica a distanza, e dove la densità abitativa di metropoli come Delhi o São Paulo o la condivisione della quotidianità all’interno di nuclei familiari plurimi²¹ rende il distanziamento sociale impraticabile²² e la mancanza d’acqua in alcuni contesti

Stigmatizing Search Terms, in *Journal of medical Internet research*, 22.11, 2020: e22639; V. Tangcharoensathien et al., *Framework for managing the COVID-19 infodemic: methods and results of an online, crowdsourced WHO technical consultation*, in *Journal of medical Internet research*, 22.6, 2020: e19659.

18 <https://covid19.who.int/>.

19 La *case fatality ratio* (CFR) che si ottiene dividendo il numero dei casi confermati con quello dei decessi) mostra che l’*outcome* è stato meno severo che altrove per le popolazioni dell’Africa. Cfr. il sito del John Hopkins Institute: <https://coronavirus.jhu.edu/>.

20 R. Stewart, E.H. Amena, A.C. Sunu, *Evidence synthesis communities in low-income and middle-income countries and the COVID-19 response*, in *The Lancet*, 396.10262, 2020, pp. 1539-1541.

21 C. Odimegwu, P. Ndagurwa, M.G. Singini, O.J. Barua, *Cohabitation in Sub-Saharan Africa: A Regional Analysis*, in *Southern African Journal of Demography*, 18, 1, 2018, pp. 111-170.

22 M. Dahab et al., *COVID-19 control in low-income settings and displaced populations: what can realistically be done?*, in *Conflict and health*, 14.1, 2020, pp. 1-6.

rurali rende impossibile il livello di igiene e disinfezione richiesti²³, quella già manchevole protezione per le fasce più deboli della popolazione sta rivelando, e lo farà sempre più, tutta la sua tragicità²⁴.

A ben vedere, la vera *débâcle* per il sud del mondo sta nelle conseguenze sociali dell'attuale evento pandemico che meritano un approfondimento, pertanto si approssimerà la situazione dell'Africa, considerata singolare in quanto, sebbene sembri il continente meno colpito dall'impatto sanitario della pandemia, sta già iniziando ad esperire le sue drammatiche ricadute sociali che si prospetta si faranno sentire ancora più duramente sul lungo periodo.

2. Il virus in Africa

L'Africa ancora non aveva conosciuto un solo caso di Coronavirus, eppure dopo l'annuncio dell'OMS di un sopravveniente disastro per i paesi africani, vengono messe in campo strategie preventive e viene istituita l'Africa Taskforce per il nuovo Coronavirus²⁵.

Il primo caso africano di paziente positivo al Covid-19 è stato rilevato il 14 febbraio 2020 in Egitto: si è trattato di un viaggiatore non africano proveniente dall'estero. Progressivamente il virus ha iniziato a diffondersi anche negli altri paesi, prevalentemente importato dal rientro dei passeggeri dall'estero²⁶. Come anticipato, presto si è diffusa una seria preoccupazione per l'espandersi della pandemia in Africa, a causa della carenza di attrezzature e mezzi (per fare un esempio, in Sud Sudan sono disponibili solo 4 ventilatori polmonari per una popolazione di circa 11 milioni di abitanti). In molte nazioni africane i preesistenti focolai di malaria, HIV, tubercolosi e colera, mai del tutto tenuti sotto controllo, sommandosi all'epidemia attuale potrebbero causare danni incalcolabili. Eppure ciascun paese affronta la pandemia autonomamente: in alcuni stati la gestione del virus viene fatta dipendere da ragioni di ordine politico che si nascondono dietro convinzioni religiose²⁷.

23 WP. Schmidt, R. Aunger, Y. Coombes et al., *Determinants of handwashing practices in Kenya: the role of media exposure, poverty and infrastructure*, in *Tropical Medicine & International Health*, 14, 2, 2009, pp. 1534-1541.

24 P. Lloyd-Sherlock, *Bearing the brunt of covid-19: older people in low- and middle-income countries*, in *BMJ*, 368, 2020, p. 1052.

25 M. Makoni, *Africa prepares for Coronavirus*, in *The Lancet*, World Report, vol. 395, i. 10223, 15 Febbraio 2020, p. 483.

26 <https://www.afro.who.int/health-topics/coronavirus-covid-19>

27 F. Beltrami, *Coronavirus in Burundi: il regime non interviene, si affida a Dio*, in *L'Indro*, 23 marzo 2020, <https://www.lindro.it/coronavirus-in-burundi-il-regime-non-interviene-si-affida-a-dio/>.

Tuttavia, nell'impossibilità di rendere conto della situazione geopolitizzata²⁸ del continente africano, si è deciso di circoscrivere l'indagine che segue al Bénin, paese dell'Africa Occidentale subsahariana²⁹, laddove è stato possibile condurre uno studio sul campo (l'indagine etnografica si è avvalsa di interviste semi-strutturate, osservazioni empiriche e ricerca documentaria) in collaborazione con un gruppo di ricerca internazionale i cui risultati vengono qui discussi da una prospettiva di tipo bioetico³⁰.

2.1 Case study: l'evoluzione epidemiologica e la gestione governamentale del Covid-19 in Bénin

L'ultimo dato risalente al 9 dicembre 2020 ci informa che in Bénin si registrano un totale di 3090 casi confermati, di cui 2972 guariti, 44 decessi e 74 in corso di trattamento, a fronte di un totale di 360194 sottoposti al test PCR (Polymerase Chain Reaction), e di 36276 test TDR (Rapid Diagnostic Test)³¹. Un numero significativamente inferiore rispetto alla previsione spaventosamente annunciata dall'OMS per l'Africa, per quanto, come detto, bisogna tener conto della varietà delle situazioni specifiche.

In Bénin, in linea con le indicazioni dell'OMS, il governo ha presto deciso di adottare una strategia di sorveglianza sanitaria preventiva, tuttavia il timore per il paese ha iniziato a farsi pressante a partire dal 28 febbraio,

28 L. Nordling, *Africa's pandemic puzzle: why so few cases and deaths*, in *Science*, Vol. 369, Issue 6505, 14 Agosto 2020, pp. 756-757.

29 Per una panoramica approfondita sugli altri Paesi dell'Africa Subsahariana si tenga conto di R. Orrù, *La risposta all'emergenza al Coronavirus nell'Africa subsahariana: riflessioni a partire dall'esperienza del Sudafrica*, in *DPCE Online*, [S.l.], v. 43, n. 2, luglio 2020.

30 La ricerca è parte di un progetto GRP (Global Research Priorities – Health) di cui chi scrive è il *principal investigator*, che ha visto la collaborazione di ingegneri biomedici, socio-antropologi e bioeticisti italiani, inglesi ed africani, in virtù della collaborazione tra l'*Applied Biomedical Signal Processing and Intelligent e-Health Lab* (ABSPIE Lab, diretto dal prof. Leandro Pecchia) della *School of Engineering* dell'Università di Warwick, il *Laboratoire d'Antropologie Médicale Appliquée* (diretto dal prof. Roch Hougnihin) dell'Università di Abomey-Calavi (Bénin) e il Seminario Permanente Etica, Bioetica, Cittadinanza (diretto dalle prof.sse Emilia D'Antuono-Enrica Amato) dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. La ricerca *The social and healthcare impact of COVID-19 in low-resource settings: a case study in Benin* (CosHBen) ha visto coinvolti, oltre chi scrive per la riflessione bioetica, il dr. M. Vignigbé per la ricerca empirica sociologica, il dr. D. Piaggio per l'approfondimento sui temi di ingegneria biomedica, condotta sul campo dal dr. R. Houessou che verrà diffusa in altra sede.

31 <https://www.gouv.bj/coronavirus/>.

allorché è stato registrato il primo caso positivo nella confinante Nigeria; dopo poco, il 6 marzo anche il limitrofo Togo ha registrato il suo primo caso. Da quel momento il governo beninese ha intensificato le misure, decretando il 3 marzo l'obbligo di isolamento in casa per i viaggiatori provenienti da paesi a rischio ed istituendo un meccanismo interministeriale per monitorare l'applicazione delle direttive in vigore.

In Bénin il primo caso di paziente positivo al Coronavirus è stato rilevato il 16 Marzo 2020; il portatore aveva soggiornato per undici giorni in Belgio, pertanto uno dei primi provvedimenti presi dal governo è stato quello di limitare alle situazioni di estrema necessità l'ingresso e l'uscita dalle frontiere e di imporre ai casi sospetti una quarantena di 14 giorni³².

A partire dal primo caso segnalato si è assistito ad un progressivo aumento della curva epidemiologica, tuttavia non è possibile indicare con precisione l'andamento diffusivo del coronavirus in Bénin, in quanto la rilevazione dei casi è dipesa dalle diverse e gradualmente adottate strategie di screening. È possibile, tuttavia, indicare quattro sequenze temporali cui corrispondono altrettante metodologie osservative.

In una prima fase, ascrivibile al mese di marzo, il governo ha intrapreso lo screening sui soggetti che presentavano un quadro clinico sospetto e con una storia di viaggi in paesi a rischio. In particolare, il 18 marzo si è decisa la messa in quarantena sistematica e obbligatoria di 14 giorni per tutti i viaggiatori che entravano nel paese per via aerea: a tale scopo sono requisite un migliaio di camere d'albergo. Contestualmente sono state sospese manifestazioni culturali, sportive, religiose, politiche e festive. Viene, poi, statuito l'obbligo per i conducenti di mezzi di trasporto (veicoli e motocicli) di indossare la mascherina e dimezzare il numero di passeggeri e quello per le attività commerciali di provvedere alle misure di protezione ed igiene (dispenser di soluzioni alcoliche disinfettanti, distanziamento). Sin da subito il governo avvia la distribuzione di mascherine chirurgiche a farmacie e supermercati stabilendo un costo fisso minimo che possa consentire a tutti l'acquisto (euro 0,30 circa), cosa che accade anche per la cloroquina, usata per il trattamento del Covid-19 (euro 0,7)³³.

Il secondo momento di lettura dell'andamento pandemico rileva una fase di crescita, seguita da una fase di stazionamento. Questo duplice sviluppo è coerente con i provvedimenti intrapresi che subiscono un cambia-

32 I dati epidemiologici sono tratti dal sito ufficiale del Bénin, www.gouv.bj, e da quello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: <https://covid19.who.int/region/afro/country/bj>.

33 Cfr. <https://www.gouv.bj/coronavirus/mesures/>, ma anche <https://www.gouv.bj/coronavirus/flashinfos/>.

mento poco chiaro. Il 23 Marzo viene annunciato che dal 30 marzo fino al 12 aprile sarebbe stato realizzato un *cordone sanitario* dei comuni (in totale 12) ritenuti più esposti al virus, poi prorogato fino al 27 aprile³⁴; parallelamente vengono avviate operazioni di screening di massa sui gruppi ritenuti vulnerabili e su tutti coloro che si ritiene possano essere entrati in contatto con casi positivi (forze dell'ordine, operatori sanitari, insegnanti). Viene attivato anche un numero da contattare in caso di sospetti positivi per favorire il tracciamento ed offrire sostegno alla popolazione. Tale massiva attività di screening ha portato a rilevare un aumento della curva epidemiologica che vede quadruplicata la diffusione del Coronavirus.

Tuttavia dopo una settimana, il 6 Maggio si annuncia che a partire dall'11 Maggio sarà rimosso il cordone sanitario e riaperte le scuole secondarie e le università e la comunicazione ufficiale relativa alle statistiche pandemiche, solitamente bisettimanale, conosce un insolito silenzio. Coerentemente con ciò si assiste ad un arresto dei dati epidemiologici e il contagio sembra fermo. In questo stesso periodo l'elettorato viene convocato alle votazioni per le elezioni municipali e comunali del 17 maggio, laddove l'unica misura consigliata è l'utilizzo della mascherina.

Un'ulteriore fase è quella in cui si rileva un improvviso calo della curva epidemiologica allorquando, il 18 Maggio il Ministero della Salute e il Rappresentante locale dell'OMS, decidono di riconsiderare, in conformità con gli standard dell'OMS, le statistiche ufficiali dei contagi tenendo conto esclusivamente del numero dei pazienti positivi al test PCR, test virologico di riferimento per il Covid-19, ed invalidando quelli del Rapid Screening (RDT), test antigenico relativo alla ricerca di proteine.

Infine, un'ultima fase è quella tutt'ora vigente in cui continua a registrarsi un lento, ma costante aumento di casi positivi che va di pari passo con la massiva attività di screening e che si scontra con la graduale revoca delle misure di isolamento e restrizione della mobilità.

Invero quel che si può rilevare è che l'iniziativa meritoria del governo beninese sta nella celere e ben organizzata strategia di anticipazione della risposta³⁵ all'emergenza pandemica: non solo si è assistito alla definizione di standard e misure preventive che potessero rallentare il contagio, prima ancora del registrarsi del primo caso positivo, ma c'è stata una proattività

34 <https://www.infoafrica.it/2020/04/15/coronavirus-casi-e-restrizioni-in-africa-aggiornamento-del-15-aprile/>. Cfr. I.A. Ossen, *Benin responds to covid-19: sanitary cordon without generalized containment or lockdown?*, in *Tropical medicine and health*, 48,1, 2020, pp. 1-5.

35 I.A. Ossen, *COVID-19 pandemic in sub-Saharan Africa: preparedness, response, and hidden potentials*, in *Tropical medicine and health*, 48, 1, 2020, pp. 1-3.

anche nel coordinamento di partner tecnici, finanziari e politici, una mobilitazione di esperti e ricercatori con esperienza di gestione di situazioni di emergenza sanitaria, riuniti nel Comitato scientifico che ha collaborato con il ramo operativo composto da professionisti multidisciplinari. Rapidamente è stato stanziato un piano di emergenza estrema di 10,6 milioni di euro e reso operativo in tempo record un primo sito di intervento Covid-19 a Cotonou (al quale si sono progressivamente aggiunti quelli di Abomey-Calavi, Natitingou, Allada e Parakou) con l'acquisizione di attrezzature biomedicali, materiali di consumo, fornitura di strumenti per il primo soccorso. Significativi sono stati in tal senso i gesti di solidarietà e le donazioni: il governo beninese è stato fortemente sostenuto dall'OMS e dalla Banca mondiale che si sono rivelati partner in prima linea. Molte iniziative sono, poi, state rese possibili in virtù di un secondo Piano di Emergenza da 51,4 milioni di euro, teso a rafforzare il sistema sanitario.

La strategia di risposta si è successivamente evoluta in linea con la realtà della pandemia: è stata demandata al Servizio di Assistenza Medica ed Emergenze (SAMU) del Benin la gestione dei casi sospetti, ed è stata anche intrapresa un'importante attività di comunicazione alla popolazione fatta di "7 misure chiave" relative alle regole di igiene (lavaggio delle mani, starnuto nel gomito, utilizzo della mascherina, etc.) diffusa attraverso indicazioni infografiche di immediata fruibilità; alla chiusura delle scuole ed università è corrisposta la creazione di una piattaforma e-learning per la didattica a distanza, di cui si può discutere l'utilizzabilità, ma non l'importanza della sua costituzione.

Sono state inoltre messe in campo alcune misure sociali per contrastare l'impatto socioeconomico, come la sospensione delle imposte relative all'energia elettrica, misura mai formalizzata del tutto, e l'aiuto offerto ad alcune categorie di lavoratori considerati maggiormente colpiti dalle misure per il contenimento della pandemia (parrucchieri, proprietari e dipendenti di bar e ristoranti, tassisti). Come è evidente, tale misura, per quanto fondamentale, non tiene conto del 97%³⁶ degli attori dell'economia informale, il cui reddito si basa sugli introiti della giornata di lavoro precedente (si pensi alle donne, dedite al piccolo commercio nei mercati e sulle strade) e che, non essendo ufficialmente riconosciuti, non hanno ricevuto alcun sostegno.

Al netto di tali iniziative estremamente positive condotte dal governo beninese, quel che desta incertezza, come confermato da tutti gli intervi-

36 A. Ale, *Economie informelle et emploi au Bénin : cadre et pratique de l'économie informelle dans 03 secteurs d'activité à Cotonou*, in https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_218874.pdf

stati, è la celerità con la quale sono state ritirate le misure restrittive e si è presto tornati alla vita ordinaria. Tale atteggiamento è stato motivato con la bassa percentuale di contagi e con l'idea che questa fosse la strategia preferibile per garantire una sostenibilità delle misure sul lungo periodo. Probabilmente accanto a tali ragioni va menzionato anche il malcontento della popolazione (i sommovimenti dei sindacati che chiedevano e aiuti e garanzie)³⁷, come quello della religiosità che si è sentita colpita quando le scuole hanno riaperto, ma non i luoghi di culto. Ciò aiuta a spiegare i rapidi passi indietro del governo, ma certo non giustifica un atteggiamento che, mentre invita la popolazione alla responsabilità individuale, non sembra avere chiaro il senso della responsabilità statale: tale instabilità ha alimentato la confusione della popolazione, il che, unito ad una comunicazione problematica e carente, ha condotto molti alla deroga agli obblighi imposti e al consolidamento di convinzioni peculiari relative al virus stesso.

2.2 La percezione sociale della pandemia e le sue conseguenze

A seguito della diffusione delle prime notizie sul Coronavirus, la popolazione beninese ha presto iniziato a manifestare i primi segni di allarme col recarsi spontaneamente ai centri per lo screening o denunciando casi, poi rivelatisi negativi. Eppure, gli studi di letteratura e i risultati delle interviste condotte mostrano che le raccomandazioni ministeriali relative al contenimento del virus non hanno conosciuto un'effettiva messa in pratica da parte della cittadinanza, il cui disorientamento, corroborato dal non chiaro atteggiamento statale, ha contribuito al sedimentarsi di interpretazioni peculiari della realtà circostante.

Due sono i macro orientamenti ermeneutici più diffusi in Bénin: quello negazionista e quello legato alla cultura tradizionale, ciascuno con le sue

37 La popolazione, invero, ha sin da subito lamentato la difficoltà di accogliere le misure richieste per il contenimento del virus: dal faticoso utilizzo della mascherina con temperature molto elevate (molti intervistati informano di una continua sensazione di soffocamento), all'impossibilità di garantire il distanziamento sociale all'interno di contesti rurali e la troppo dolorosa rinuncia alle cerimonie identitarie collettive come quelle funerarie. Per quanto concerne l'isolamento sociale una situazione drammatica è stata vissuta dai viaggiatori isolati negli alberghi, i quali hanno visto aumentare il numero dei giorni di quarantena da 14 giorni a 21, per difficoltà gestionali con il sovrappiù del carico delle spese che hanno dovuto sostenere, nel caso di cittadini non residenti in Bénin. Per loro si è registrata una condizione di grande malessere e stress psicologico che, unita alla qualità inidonea del servizio di assistenza loro dedicato, è confluita in momenti di rivolta.

varianti specifiche che bisogna considerare per valutare le conseguenze comportamentali che si stanno diffondendo tra la popolazione.

Il primo orientamento è quello che, poggiandosi sulla scarsità di dati epidemiologici relativi al contagio nel paese, recupera le ipotesi summenzionate della presunta immunità (genetica, anagrafica, ambientale) africana rispetto alla “malattia dei bianchi” fino a considerare insicura la diagnosi o la morte per Coronavirus, da ricondurre, piuttosto, ad altre malattie. Tale atteggiamento di incredulità confluisce nella *banalizzazione* o sottostima dell'evento pandemico che giunge all'estremo con l'adesione al pieno *negazionismo*³⁸.

Questo filone interpretativo unendosi con il dolore ancora molto vivo del dominio coloniale subito³⁹ porta al consolidarsi di alcune tesi tra cui quella del *complotto antinatalista* per la quale l'Occidente, desideroso di continuare a detenere il controllo della popolazione africana, stia intentando da secoli delle azioni volte a frenare il suo dinamismo demografico che minaccia la sopravvivenza della stabilità socio-economica occidentale, prima con i programmi di pianificazione familiare ed ora con il Coronavirus, “menzogna” usata come arma demografica. Secondo questa tesi, dietro la minaccia della pandemia si nasconderebbe un progetto di sperimentazione clinica sostenuto dalle aziende farmaceutiche occidentali con lo scopo di modificare il genoma degli uomini africani e garantire il controllo del loro tasso di natalità.

Una versione più moderata di questo orientamento è quella che intravede nella situazione attuale una forma di *neocolonialismo* per la quale l'Occidente starebbe progettando una “truffa” ideologica nei riguardi dei paesi africani. In effetti tale tesi non mette in discussione l'esistenza del Coronavirus in sé, ma l'idea che il contagio in tutta la sua violenza colpirà presto anche i paesi africani, cosa che, nei fatti, tarda a verificarsi: siffatto terrorismo psicologico avrebbe come unico scopo quello dell'Occidente di presentarsi sotto le vesti del generoso abitante di Samaria, pronto ad offrire aiuto alle popolazioni in difficoltà in cambio dell'esercizio di un perpetuantesi dominio.

Le molteplici versioni di tale filone ermeneutico sono foriere di comportamenti non rispettosi delle misure di contenimento, quando non derisori, che possono arrivare sino a forme di ribellione e disordini civili.

38 Cfr. S. Picciaredda, *Covid-19 in Africa and Latin America. Certain forms of religious negationism favor the pandemic*, in *Law, religion and the spread of Covid-19 pandemic*, Pisa 2020, pp. 129-140.

39 Cfr. F. Fanon, *I dannati della terra*, Torino 2007.

Il secondo macro orientamento interpretativo della situazione attuale, come anticipato, matura a partire dal retroterra culturale tradizionale. Anch'esso presenta diversi aspetti, uno dei quali si pone in connessione con quello summenzionato complottista, in quanto si ritiene che l'Occidente voglia perpetuare il suo dominio e controllo del popolo africano anche attraverso la medicina moderna che, però, non avrebbe gli stessi effetti curativi sugli uomini africani. Da qui si sviluppa la ricerca di pratiche terapeutiche locali per il trattamento del Coronavirus (in particolare è in uso la preparazione di decotti o tisane a base di foglie e radici ad alto contenuto antibiotico, composti a base di artemisia, derivati vegetali del Neem) che si rela all'importante patrimonio di medicina tradizionale prevalentemente fitoterapeutica ed erbalistica che in Bénin ha una storia antichissima ed è riconosciuta ufficialmente dal Ministero della Salute. L'utilizzo di elementi naturali per le cure ha una valenza teorica e pratica molto forte che lo rende un'alternativa frequente e riconosciuta da tutta la popolazione, non solo da quella rurale (alcuni intervistati riferiscono che anche in alcuni ospedali l'artemisia è preferita ai farmaci a base di cloroquina), anche in virtù della sua maggiore reperibilità e accessibilità dei costi. Tuttavia, la mancanza di una razionalizzazione scientifica rende i preparati erboristici rischiosi a causa del difficile dosaggio che, se inesatto, potrebbe essere foriero di intossicazione o morte. Dunque, attesi tali rischi, ai quali la popolazione continua ad esporsi, il governo potrebbe favorire gli studi scientifici sui trattamenti della medicina tradizionale per il Coronavirus, evitando di lasciarli all'amatorialità.

Va detto, però, che la tradizione culturale terapeutica beninese non consta solo dell'aspetto medicale naturale, bensì di tutto un retroterra di spiritualità legato all'animismo il che ascrive l'eziologia del Coronavirus allo scioglimento contemporaneo della morale che minaccia un esito apocalittico se non interviene un cambiamento nel comportamento umano. Sicché sono state messe in campo delle consultazioni degli oracoli, con l'obiettivo di ricercare l'etiopatogenesi per calibrare in base ad essa l'intervento terapeutico-spirituale: accanto ai rimedi erboristici sono stati celebrati riti di tipo espiatorio, fondati sulla sovrapposizione, tipica della cultura animista, tra malattia e maleficio. Difatti, per tale tradizione, prevalente nelle aree culturali Fon, diffuse in tutto il paese, la malattia è tipicamente considerata la manifestazione empirica dell'avvenuta rottura dell'ordine fisico-metafisico dovuta a ragioni di ordine morale o all'*envôutement*, letteralmente invio o, più propriamente, auspicio del male nei riguardi di terzi a causa di sopravvenute invidie o gelosie. Tali credenze portano a considerare il malato (in particolare i malati mentali, i disabili o coloro che presentano una malattia

che porta con sé deformità fisiche) portatore del male che in lui si è incarnato e che, attraverso di lui, intende colpire il mondo fisico. Ciò implica che il malato è nella maggior parte dei casi visto con sospetto e considerato passibile di un contagio, per quanto la patologia da cui è affetto non preveda alcun tipo di trasmissibilità biologica. Evidentemente questo porta all'esclusione sociale del malato che è allontanato dal gruppo, il che in un contesto in cui l'identità di ciascuno è definita in base all'appartenenza al gruppo stesso, implica la negazione e, dunque, la messa a morte del singolo⁴⁰.

Rispetto alla circostanza odierna del Coronavirus questa *stigmatizzazione* dei malati è chiaramente ancora più marcata, dal momento che si tratta di una malattia trasmissibile anche dal punto di vista biologico. Lo stigma porta pertanto a tenere a distanza i positivi, per il timore di un contagio non solo fisico, ma anche metafisico. Le interviste riferiscono una marginalizzazione totale dei malati, in particolare degli anziani e dei più vulnerabili (ad esempio coloro i quali presentano altre comorbidità) ai quali la legge ha imposto l'isolamento, perché considerati soggetti particolarmente a rischio. La desocializzazione è applicata anche nei riguardi dei sospetti positivi o di coloro che sono guariti dal virus, al punto che il governo ha previsto il rilascio di "certificati di guarigione" per i pazienti negativizzati che faticavano ad essere riammessi nel contesto sociale e lavorativo. Inoltre, persino tutti coloro che sono impegnati in prima linea nella gestione del virus e ad esso quotidianamente esposti, come gli operatori sanitari, sono vittima di una forma di stigmatizzazione, nella misura in cui sono considerati potenziali portatori, il che, unendosi con lo stress di vedere moltiplicato il proprio carico di lavoro e con l'avvilimento dovuto alla carenza di dispositivi per la protezione individuale e per la cura dei pazienti, rende necessario per essi un supporto psicologico⁴¹ che il governo sta cercando di mettere in campo.

La stigmatizzazione è una delle più drammatiche conseguenze sociali della pandemia che porta con sé il rischio di evitare di sottoporsi ai test o autodenunciarsi per il timore dell'esclusione sociale, il che renderebbe vano l'impegno dei singoli e del governo per il contenimento del contagio⁴².

40 Sull'interpretazione della malattia e le varie forme di cura previste dalla cultura beninese sia consentito di rinviare a A. Maccaro, *Per una bioetica interculturale*, Roma 2019.

41 J.Z. Ayanian, *Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care*, in *JAMA Health Forum*, 1, 4, 2020, e200397-e200397.

42 Si veda su ciò la guida dell'OMS contro lo stigma sociale associato al Covid-19: https://www.who.int/publications/m/item/a-guide-to-preventing-and-addressing-social-stigma-associated-with-covid-19?gclid=CjwKCAiAlNf-BRB_EiW42osbxUw8UVXFWXfwArUIBiXXFz9hWgP0m7G9MIaAM6-ry8K1JbXpw68ATROCrUQQAvD_BwE. Cfr. A. Lasalvia, *Emergenze epidemiche*

Come si può inferire dall'analisi dettagliata delle interpretazioni prevalenti della pandemia attuale, le conseguenze sociali⁴³, unite con quelle economiche e sanitarie, potrebbero persino sopravanzare quelle legate alla diffusione stessa del virus: si pensi, per fare solo qualche esempio, all'aumento dell'analfabetismo dovuto alla chiusura delle scuole, all'aumento di episodi di violenza civile o domestica⁴⁴ nei riguardi dei più vulnerabili perché considerati passibili di contagio, al diffondersi di preparati terapeutici tradizionali pericolosi per la salute della popolazione che, invero, sembra peggiorata non tanto a causa del Covid-19, bensì nel senso della diminuzione della disponibilità di accesso ai servizi sanitari essenziali⁴⁵ (ad esempio molti meno bambini a causa del lockdown sono stati sottoposti alle consuete vaccinazioni⁴⁶).

Per tali ragioni, oltre all'invito alla sensibilizzazione della popolazione sul Coronavirus, nell'ottica della disgiunzione della malattia dal maleficio, da affrontare con il ricorso a testimonianze di pazienti positivi e guariti che possano contrastare il negazionismo diffuso, parrebbe opportuno approfondire questa singolare circostanza per la quale nel contesto indagato la portata drammatica delle conseguenze supera quella della diffusione del virus.

3. La pandemia della paura

Il caso summenzionato del Bénin, invero, riflette una condizione diffusa nella maggior parte dei LRSs⁴⁷, laddove quel che si evidenzia è il portato catastrofico degli effetti prevalentemente economici e sociali e, certo anche sanitari, di una pandemia che, in quegli stessi paesi in cui ha determinato

e stigma sociale. Quali insegnamenti trarre dalle precedenti epidemie di SARS ed Ebola da applicare nell'attuale pandemia Covid-19?, in *Riv Psichiatr*, 55, 4, 2020, pp. 250-253.

43 Unesco, *socio-economic and cultural impacts of Covid-19 on Africa*, 2020, https://en.unesco.org/sites/default/files/stand_alone_executive_summary_fin.pdf

44 Cfr. E. Katana, Elizabeth, *Violence and Discrimination Among Ugandan Residents During the COVID-19 Lockdown*, in *Research Square*, 2020, pp. 1-19.

45 Cfr. M. Okereke et al., *Impact of COVID-19 on access to healthcare in low- and middle-income countries: Current evidence and future recommendations*, in *The International journal of health planning and management*, 2020, pp. 1-5.

46 D. Buonsenso, et al., *Child healthcare and immunizations in sub-Saharan Africa during the COVID-19 pandemic*, in *Frontiers in pediatrics*, 8, 2020, p. 517.

47 D. Buonsenso, et al., *Social consequences of COVID-19 in a low resource setting in Sierra Leone, West Africa*, in *International Journal of Infectious Diseases*, 2020.

conseguenze così atroci, si è verificata *de facto* in maniera assai contenuta. Ci troviamo dinanzi ad un paradosso di ordine globale che inequivocabilmente appella la riflessione filosofica e, in particolare, bioetica.

Atteso che è evidente che le conseguenze della pandemia attuale investano tutti paesi e che ciascuno a proprio modo per lungo tempo dovrà darsi da fare per affrontare i postumi del Coronavirus, quel che più di ogni cosa stupisce è che paesi come il Bénin che sono stati toccati – almeno per ora – solo tangenzialmente dal Covid-19, sono proprio quelli che prima di altri ed in maniera catastrofica sono stati presto colpiti dalle sue conseguenze.

Questo in qualche modo porta a ridiscutere proprio la nozione di universalità di cui si è accennato al principio. Invero si è detto che la pandemia ha generalizzato la condizione di LRSs per la quale anche i paesi del primo mondo hanno conosciuto la scarsità di risorse, mezzi e informazioni per la gestione di un'emergenza sanitaria; hanno potuto esperire sulla propria pelle lo iato tra le norme astratte ritenute universali e la difficoltà della loro applicazione in condizioni peculiari. Ciononostante, non si può davvero sostenere che la pandemia abbia messo tutto il mondo sullo stesso piano anche perché la percezione dell'evento è stata diversa: per alcuni paesi si tratta di un episodio momentaneo, per altri far fronte ad una situazione di emergenza è una costante drammatica. Inoltre, le differenze persistono perché se ci si arresta ad un'analisi limitata al piano sanitario si potrebbe persino sostenere che nei LRSs il contesto della crisi – almeno fino ad oggi – è servito proprio da motore di trasformazione e catalizzatore di cambiamento e rinnovamento del sistema sanitario.

Quel che emerge, in definitiva, è che può dirsi universale la condizione drammatica che il mondo sta vivendo, ma che il mondo, infondo, resta sempre profondamente diviso: il primo mondo si sta affaticando a ricercare strategie per il contenimento sanitario del virus, il resto del mondo sta subendo le conseguenze di un virus che a stento si è affacciato dalla sua parte.

Parrebbe che si tratti di un problema di ordine ideologico: è come se la paura del virus avesse causato conseguenze più gravi del virus stesso⁴⁸.

La *pandemia della paura* ha un impatto più drammatico di quella del Coronavirus.

La paura è da sempre parola filosofica, insieme che psicologica, sulla quale molti teorici contemporanei hanno sviluppato importanti riflessioni: dall'*euristica*, teorizzata da Hans Jonas, per cui profilare un quadro terro-

48 Cfr. M. Francesconi, D. Scotto Di Fasano, *Non avere paura di avere paura. La psicoanalisi di fronte alla pandemia*, in *Micromega*, 4, 2020, pp. 115-124.

rizzante potrebbe attivare nei singoli il *principio responsabilità*⁴⁹ capace di mettere in campo azioni a tutela delle generazioni future, fino alle riflessioni della filosofa statunitense Martha Nussbaum, teorica di una socialdemocrazia basata sulle *capacità*⁵⁰ la quale argomenta modernamente di *monarchia della paura*, di fuoriuscita della paura dalla dimensione emozionale⁵¹ della sfera privata, per far ingresso nella scena pubblica, cosa che pare verificarsi anche durante la cosiddetta “era Covid”.

Difatti sembrerebbe che la paura abbia portato i governi, come quello beninese, a diffondere un iniziale allarmismo e ad assumere provvedimenti drastici, conformi a quelli del “primo mondo” che, però, stava vivendo una situazione epidemiologicamente molto diversa, il che, una volta raffrontato con i dati locali ha presto portato alla banalizzazione, al negazionismo con tutto il carico di conseguenze economiche e sociali summenzionate. La Nussbaum in proposito osserva che è un meccanismo tipico della paura quello di provocare allarmismo e fiaccare la capacità di giudizio: la paura “ci fa desiderare di evitare i disastri. Ma certamente non ci dice come”; il “processo di configurazione della paura è intimamente influenzato dalla cultura, dalla politica, dalla retorica” e “può essere manipolata da informazioni vere e false, producendo reazioni sia appropriate che inappropriate”: essa può “risultare da un’interpretazione sbagliata dei fatti”, “dalla sopravvalutazione o sottovalutazione di un reale pericolo”⁵².

Inoltre, come visto nel caso del Bénin, la paura della sopraffazione, legata al risentimento storico nei riguardi dell’Occidente ha portato ad individuare dei colpevoli, alimentando atteggiamenti antidemocratici. Anche rispetto a ciò la Nussbaum argomenta di meccanismo ira-colpevolizzazione come tipico della paura: “la nostra narrazione della paura ci dice che alcuni avvenimenti molto pericolosi possono facilmente verificarsi. I cittadini possono diventare indifferenti alla verità e preferire il conforto dell’isolamento in un gruppo di pari che si ripetono le menzogne gli uni degli altri. Possono avere paura di parlare apertamente preferendo il conforto di un leader che dà loro una sensazione di sicurezza simile al grembo materno. E possono diventare aggressivi contro gli altri, incolpandoli per il dolore causato dalla paura”⁵³.

49 H. Jonas, *Il principio responsabilità. Un’etica per la civiltà tecnologica*, Torino, 1993.

50 Cfr. M. Nussbaum, A.K. Sen, *The quality of life*, Oxford, 1993.

51 Cfr. anche M. Nussbaum, *L’intelligenza delle emozioni*, Milano 2009.

52 M. Nussbaum, *La monarchia della paura. Considerazioni sulla crisi politica attuale*, Bologna 2020, pp. 50-53.

53 Ivi, p. 65.

Cionondimeno, come visto nel case study riportato, la paura del contagio ha condotto all'esclusione e stigmatizzazione di singoli e gruppi, mettendo in campo quelle che la Nussbaum chiama *politiche del disgusto*: "quando la gente si sente molto insicura attacca i più vulnerabili, incolpandoli e trasformandoli in capri espiatori. Possiamo aggiungere che la tendenza della gente a proiettare il disgusto verso l'esterno probabilmente aumenta nella misura in cui aumenta il suo senso di vulnerabilità fisica e di mortalità. Il disgusto è sempre specifico, combinato con specifici pensieri di paura. Ma l'intuizione che il disgusto riguarda la paura ed è alimentato da una costellazione di paure specifiche rende plausibile che la necessità di disporre di un gruppo ispirato dal disgusto e l'intensità dello stigma causato dal disgusto aumentino, *ceteris paribus*, in tempi di insicurezza generale"⁵⁴.

A ben vedere, però, la paura come emozione primitiva, narcisistica e asociale che sta determinando a tutt'oggi in alcuni paesi conseguenze più gravi della stessa diffusione del virus, nasce quando non c'è un'adeguata stima del *rischio*: "Le nostre valutazioni del rischio sono spesso imprecise perché, invece di calcolare in modo sobrio costi e benefici, utilizziamo una serie di euristiche che non offrono una buona guida nel mondo complesso di oggi". Per la filosofa due sono le fonti molto comuni di errori nella paura una è l'"euristica della disponibilità", per la quale "se un certo tipo di problema è ben presente nella nostra esperienza, questo fatto ci porta a sopravvalutare l'importanza di tale problema", un'altra è la "cascata", per la quale "le persone rispondono al comportamento degli altri affrettandosi a unirsi a loro", il che ad oggi si unisce alle "cascate informative" per cui le notizie virali anche se false ottengono molto consenso dovuto proprio al mancato controllo delle emozioni e alla "paura di parlare fuori dal coro"⁵⁵.

Dunque, per quanto sia oltremodo evidente che la scienza e i suoi risultati debbano essere fruibili universalmente, come la salute, che è un diritto umano fondamentale, sembrerebbe opportuno tornare ad un'effettiva valutazione del rischio per gestire meglio le conseguenze che derivano dalla paura. Questo, si badi bene, non vuol dire minimizzazione della situazione attuale, in particolare per paesi già particolarmente vulnerabili, bensì cercare di avvicinare il gap di conoscenza attraverso una maggiore diffusione della cultura e dell'informazione scientifica che possa consentire un'analisi lucida e democratica che attivi comportamenti responsabili commisurati alle situazioni specifiche, in ossequio a quell'universalità memore

54 Ivi, pp. 120-121.

55 Ivi, pp. 53-55.

delle differenze particolaristiche e contestuali che confluisce nell'*etica della situazione*⁵⁶.

Lo stesso, ad esempio, dicasi per il vaccino anti-Covid: perché già denunciare la disparità della sua distribuzione⁵⁷, prima che si abbiano informazioni adeguate sull'opportunità della sua distribuzione in maniera uguale a tutti i paesi del mondo, quando, magari per alcuni paesi, stante un'analisi dei dati epidemiologici, è più urgente una campagna vaccinale diversa da quella contro il Coronavirus? Bisognerebbe, dunque, adeguare al contesto specifico, valutato su basi scientifiche, la portata mediatica delle informazioni, per commisurare ad esso anche le conseguenze. Questo vuol dire tenere conto della varietà delle situazioni particolari, tenendo fermi principi etici e diritti umani universali, per fare ingresso in una condizione autenticamente democratica. "La democrazia richiede a tutti noi di limitare il nostro narcisismo e di abbracciare la reciprocità"⁵⁸, dunque sostituire la paura con un'altra di quelle emozioni che muovono la storia, "utopie necessarie", come la solidarietà di cui parla Stefano Rodotà⁵⁹ e che, insieme ad altre "parole della convivenza" "sono vittime della retorica politica che tenta di destituirle di valore e di portata non solo morale, ma anche civile e politica"⁶⁰, che sono "antidoti al disumano"⁶¹, come la *speranza*.

Probabilmente, come dice Badiou, non c'è *niente di nuovo sotto il sole*⁶² e le note asimmetrie tra i poli del mondo persistono e, anzi, sono acuite dalla crisi; ciò non toglie però che con sempre maggiore urgenza si faccia pressante la richiesta di speranza che, forse, come sostiene la Nussbaum, è "un'emozione bizzarra" ma è "parente stretta o il rovescio della medaglia della paura. Entrambe implicano la valutazione di un risultato come molto importante, entrambe implicano una grande incertezza sul risultato ed entrambe presuppongono una buona misura di passività o di mancanza di

56 Cfr. gli studi del filosofo napoletano P. Piovani, in particolare si vedano le raccolte Id., *Per una filosofia della morale*, in F. Tessoro (a cura di), Milano 2010 e Id. (a cura di), *L'etica della situazione*, Napoli, 1974.

57 J. N. Nkengasong et al, *COVID-19 vaccines: how to ensure Africa has access*, in *Nature*, vol. 586, 2020, pp. 197-199.

58 M. Nussbaum, *La monarchia della paura*, cit., pp. 64-65.

59 S. Rodotà, *Solidarietà*, Roma-Bari 2014.

60 E. D'Antuono, *Solidarietà*, in V. Franco (a cura di), *Le parole della convivenza*, Roma 2020, pp. 71-92, ivi, p. 72.

61 L'espressione cara a E. D'Antuono viene ripresa in molti dei suoi studi, tra i più recenti si veda Id., *L'umano al tempo del disumano*, Roma 2018, in part. p. 250 ss.

62 Cfr. A. Badiou, *Niente di nuovo sotto il sole. Dialogo sul Covid-19*, in P. Quintili (a cura di), Roma 2020, in part. pp. 13-22.

controllo”⁶³, e tuttavia deve essere intesa, sulla scorta dell’interpretazione kantiana, come “postulato pratico”, “un atteggiamento che assumiamo senza ragioni sufficienti, per la buona azione che essa può rendere possibile”⁶⁴.

63 M. Nussbaum, *La monarchia della paura*, cit., pp. 176- 178.

64 Ivi, pp. 180-182. Qui la Nussbaum cita Kant: “Per quanto incerto io possa essere e rimanere se per il genere umano vi sia da sperare nel meglio, ciò non può tuttavia pregiudicare la massima, e dunque neppure la sua necessaria premessa dal punto di vista pratico, che il progresso sia attuabile. Questa speranza di tempi migliori, senza la quale un autentico desiderio di fare qualcosa di proficuo per il bene universale non avrebbe mai ravvivato i cuori umani, ha sempre anche avuto influsso sull’agire degli uomini retti”. I. Kant, *Sul detto comune: questo può essere giusto in teoria, ma non vale per la pratica* (spesso *Teoria e pratica*), in F. Gonnelli (a cura di), *Scritti di storia, politica e diritto*, Roma-Bari, 1995, p. 155.

FRANCESCO SCHETTINO

LOCKDOWN E IMPATTO SULLE ECONOMIE STATALI: I PREGIUDIZI DEL LIBERO MERCATO SULLA TENUTA DEI SISTEMI SANITARI NAZIONALI E SULLE INIQUITÀ SOCIALI

C'era una volta una storia che raccontava di un sistema economico – mister *Free Market* – che, lasciato libero di fluttuare, avrebbe spontaneamente generato plurime condizioni di ottimo, trainato dalla formidabile razionalità degli operatori che ne fanno parte.

Era una favola piena di formule, grafici, assiomi e teoremi, bella a tal punto da appassionare anche gli adulti: tra questi, alcuni, dapprima si limitarono a leggerla bulimicamente alla loro prole ogni sera nel tentativo di farli assopire, finendo poi per sussumerla e crederci davvero sino a proporla nei luoghi dove il pensiero si plasma e discutendone persino nelle più blasonate accademie del mondo. Tuttavia, dopo alcuni decenni di crisi, di disuguaglianze e povertà diffusa, erano rimasti davvero in pochi a crederci, specie tra i più giovani. Un mondo così descritto, prossimo alla perfezione, alla felicità diffusa e alla razionalità completa ben poco si conciliava con la materialità della vita, fatta di precarietà lavorativa, di difficoltà a pagare le bollette, a trovare un ospedale pubblico attrezzato adeguatamente per curare i propri cari, oppure un istituto scolastico in grado di fornire una giornata di lezioni frontali e di socializzazione con i propri simili.

Nonostante ciò, come incantati da un formidabile illusionista, menti di indubbia qualità continuavano a pontificare con ammirevole pervicacia sulla straordinaria efficienza di mister *Free Market* e sui fantastici benefici che la sua azione avrebbe infuso a tutta la società se solo gli interventi esterni, quello dei soggetti pubblici più in generale, fossero stati contenuti sino quasi a scomparire. E guai a opporsi a un tale modo di vedere la realtà! Non sia mai a proporre una critica o financo a illustrare un paradigma alternativo! Si rischiava di essere trattati alla stregua dei peggiori stregoni che la storia ricorda e per questo allontanati dai circoli di pensiero più rilevanti e, ove non possibile, silenziati in un angolo da cui sarebbe stato impossibile ragionare con chiunque.

Fu così che, in pochi decenni, quello che era nato come racconto fantastico per tranquillizzare i bambini più agitati, fu preso da alcuni così tanto

sul serio da divenire fondamenta su cui fu creato uno degli impianti normativi più importanti che l'umanità intera ricorda, ossia quello che regola l'Unione europea, in tutte le sue susseguenti modificazioni. Ma non c'è da illudersi che questo fu un caso isolato! Infatti, da quando si era dissolto come la neve in un caldo giorno d'estate quello che per decenni aveva agito da spauracchio – e, nel bene e nel male, aveva rappresentato nell'immaginario collettivo una alternativa all'esistente – ossia il sistema sovietico – basato principalmente sulla proprietà comune dei mezzi di produzione e una pianificazione della produzione di beni e servizi –, i profeti di *Free Market*, con accanto una schiera sempre crescente di discenti, erano arrivati a diffondere il *verbo* praticamente in ogni angolo del mondo.

Pensavano di aver vinto ogni resistenza, ma, come vedremo questa volta, avevano fatto male i conti. Cosa paradossale, anche alla luce del fatto che venivano pagati, e non poco, proprio per *fare i conti*, che – detto in confidenza – ciclicamente sbagliavano. Si aggiravano ormai tronfi nei luoghi del potere, collocando sé stessi e i propri discepoli in tutti i gangli del sistema, gestendo il tutto in maniera arrogante e sfrontata. L'applicazione delle proprie teorie aveva gettato sul lastrico migliaia di individui? *Ce ne faremo una ragione*, dicevano loro, con aria sprezzante: “deve essersi palesata qualche distorsione imprevedibile, forse dovuta all'intervento dello stato assistenzialista che non si è fatto adeguatamente da parte”. Ebbero bisogno di sistemi dittatoriali per rendere più fluido il sistema economico in mezz'America? “Bisogna essere più realisti del re, e ammettere che a volte il popolo è irresponsabile”¹, sostenevano dinanzi alle decine di migliaia di giovani torturati a morte solo perché colpevoli di pretendere la libertà – non quella a parole, ma nei fatti – e la democrazia, quella del popolo. E così andarono avanti per decenni, diventando sempre più ciechi. Ma ciò che li condizionava era una cecità molto strana: era di quelle che si materializza quando non si riesce a vedere non perché ci sia una patologia oculare, bensì perché non si riesce più a guardare. Una sorta di incapacità cronica che si instaura a livello neurologico nel tradurre in immagini comprensibili ciò che passa dinanzi agli occhi. E facendo così, dimenticavano che quel che professavano e su cui avevano costruito carriere fantastiche, ottenendo premi, lustri e denari, era in fondo in fondo null'altro che una favola per bambini.

1 “[...] Non vedo perché dovremmo restare con le mani in mano a guardare mentre un Paese diventa comunista a causa dell'irresponsabilità del suo popolo. La questione è troppo importante perché gli elettori cileni possano essere lasciati a decidere da soli [...]” frase pronunciata da Henry Kissinger dopo il colpo di stato che portò alla uccisione del presidente eletto Salvador Allende, citato in L. Canfora, *Esportare la libertà. Il mito che ha fallito*, Milano 2007.

Erano divenuti così ambiziosi, presi dalla smania di comandare tutta l'umanità, dal dimenticare che spesso nelle storie per bambini, chi è avido perde tutto, il bene trionfa e la natura è una madre intoccabile e onnipotente che ha sempre la meglio sull'ingordigia umana. E come sappiamo, talvolta, l'omissione di elementi che apparentemente possono apparire di dettaglio viene pagata a caro prezzo. Fu così che, per permettere a mister *Free Market* di agire più velocemente e garantire maggiori arricchimenti, molti governanti pensarono di depauperare il bene più prezioso che prendiamo in dote dalle generazioni che ci precedono: la natura, la *pacha mama*. La superficie del globo abitata da flora e fauna di diverso tipo fu pian piano ridotta per permettere all'industria di produrre a prezzi inferiori e garantire lautissimi profitti, causando, di fatto, l'impossibilità del pianeta di fornire un ricambio organico necessario quanto mai alla vita di ogni abitante. Inquinamenti vari, che altro non significano se non un avvelenamento dell'intero orbe terracqueo, sempre frutto di questo anarchico sistema di capitale, facevano il resto, creando distruzione e depauperamento della biodiversità che era andata perfezionandosi progressivamente e con lentezza da milioni di anni. In questa spaventosa situazione, si tendevano a indebolire tutti, tranne gli invisibili *virus* che ebbero così vita molto più facile nell'adattarsi a organismi che progressivamente divenivano sempre più simili e dunque più semplici da aggredire².

Fu così che uno di essi, proveniente presumibilmente da una delle specie con il sistema immunitario più forte – quella dei pipistrelli – si potenziò a tal punto dal fare un salto di qualità e passare dagli animali all'uomo. Correva l'anno 2020, o forse la fine del 2019. Nella Repubblica popolare cinese, a Wuhan, la Covid-19 prese forma e trovò casa nell'organismo umano, dando inizio a una delle pandemie più importanti che l'epoca moderna possa ricordare. Questo virus iniziò a seminare panico, dolore e morte lì dove passava. C'era chi ne negava persino l'esistenza, ma si sa, la madre degli stolti è spesso gravida; molti furono costretti a cambiare idea dinanzi all'evidenza di migliaia di persone – perlopiù anziani – che quotidianamente perdevano la vita dentro gli ospedali di tutto il mondo. Altri, pochi per la verità, ma al vertice di importanti stati americani, invece continuarono a far finta che il *virus* non esistesse e che mister *Free Market* godesse di un'ottima salute, solo con qualche acciaccio di stagione. Ma così, come vedremo, evidentemente non era. E se ne resero conto in tanti, a tal punto che in quasi tutto il globo, i governanti della cosa pubblica decisero un po' alla volta di disturbare il

2 Si veda anche R. Wallace, *Big Farms Make Big Flu: Dispatches on Infectious Disease, Agribusiness, and the Nature of Science*, in "The Monthly Review", 2016, https://monthlyreview.org/product/big_farms_make_big_flu/, o anche D. Quamenn, *Spillover – L'evoluzione delle pandemie*, Milano 2012.

luminare dottor *Lockdown*, l'unico, secondo alcuni capace di risolvere la situazione sanitaria che stava ormai prendendo una piega altrimenti irreversibile. Del resto era proprio stato mister *Free Market* ad aver pian piano eliminato quella medicina di base, presente sul territorio, che per anni era stato fiore all'occhiello dell'Italia. I suoi discepoli garantivano che lasciando tutto nelle mani dei privati, sarebbe stato tutto *eccellente*. Avremmo risparmiato ben 37 mrd € in pochi anni³ che avremmo potuto usare per molteplici finalità. Ma poi si scoprì che questi soldi furono usati prevalentemente per pagare gli interessi dei creditori dello stato e che ciò che era stato promesso essere eccellente, invece, si era tramutato in un grande fallimento.

E dinanzi ad una situazione così compromessa non ci fu alternativa al ricorrere alle cure del dott. *Lockdown*. È noto anche ai più piccini che il dottor *Lockdown* non sia dolce né tantomeno affabile, i suoi rimedi sono tutto fuorché popolari: ti impone di stare a casa per periodi lunghi, non ti fa vedere parenti e amici. Ti chiude in clausura chissà per quanto tempo, però la sua efficacia è nota in tutti i continenti ed è innegabile. E oltretutto è probabilmente il peggior nemico di mister *Free Market*; tant'è che questi lo teme come poche altre cose al mondo. Si narra, negli ambienti accademici, che, parafrasando una nota novella del passato, lo definisca sarcasticamente *mostro di Lockdown*. E così, il nostro luminare prese la situazione in mano e iniziò a ordinare quarantene in ogni dove, senza voler neanche stare a sentire le bercianti recriminazione dei lacchè di *Free market*.

Fu così che mister *Free Market*, dopo aver spacciato al mondo la sua perfezione e infallibilità, essendo stato quasi deificato, si trovò dinanzi a qualcosa che lo fece vacillare, forse come mai gli era capitato. Ciò avveniva proprio perché, ormai, si era insediato in tutti gli angoli del mondo, con alcune eccezioni – talvolta non di poco conto, come è lo spurio caso cinese – divenendo di fatto, il suo, un pensiero *unico* e condiviso con sfumature locali poco distinguibili. Allora, dopo decenni spesi a raccontare quanto fosse dannoso per la società lasciare la gestione dei settori strategici dei diversi sistemi economici nelle mani dello Stato, coloro che lo sostenevano, si trovarono d'incanto a non riuscire a spiegare perché ancora una volta – in un inizio di millennio a dir poco burrascoso – era necessario ricorrere ai soldi dei contribuenti, raccolti pazientemente nelle case statali, per rimettere in piedi imprese, altrimenti, tecnicamente fallite. Insomma, mister *Free market* si era appoggiato per anni su studi che mo-

3 GIMBE (2019), Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019 *Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*, https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2019.07_Definanziamento_SSN.pdf.

stravano come solo una ferrea disciplina di bilancio avrebbe permesso un arricchimento generalizzato⁴. E invece, d'incanto, si trovava a chiedere di elargire soldi a più non posso (da questo punto di vista sia le politiche monetarie espansive che i prestiti anche a fondo perduto hanno lo stesso scopo) per non entrare in un buco nero che, Dio solo sa, cosa avrebbe potuto riservare. E allora i Governi di tutto il mondo, facendo leva sull'infinita generosità (spesso inconsapevole) dei lavoratori – ossia di coloro che per l'80-90% riempiono le casse dello Stato con la propria fatica quotidiana – si affannarono per regalare denari freschi agli operatori di mister *Free Market*. Una contraddizione insolubile? Beh, probabilmente sì. Ma le cause, che cercheremo di spiegare nelle prossime sezioni di questo scritto, sono imputabili prevalentemente al fatto che lo stato di salute di mister *Free Market*, nonostante una maschera da supereroe invincibile, era già molto pregiudicato e interventi di *maquillage* avvenuti periodicamente almeno dagli anni '80 avevano solo nascosto tutte le crepe e le fragilità che nel tempo si erano espanse sino a emergere in tutta la loro drammaticità con l'arrivo del dottor *Lockdown* e delle sue maniere forti.

Che il sistema economico mondiale non se la passasse bene, era cosa, infatti, già nota a molti operatori da anni e, soprattutto, verso la fine del 2019 la questione era divenuta di dominio pubblico. “Caro lettore, l'economia mondiale versa in una condizione di elevata fragilità. La spinta espansiva dei primi mesi del 2018 ha perso vigore prevalentemente a causa delle tensioni commerciali. A queste, vanno aggiunte le minacce provenienti dalla vulnerabilità dei mercati finanziari e dalle incertezze geopolitiche. Tali sfide privano i *policy makers* della possibilità di commettere passi falsi e, al contrario, gli impongono di adottare giuste politiche a livello locale, internazionale e globale”. Così, proprio alla fine dell'anno che ha preceduto l'esplosione pandemica, l'*Acting Manager* del Fmi, David Lipton, apriva l'*IMF Annual Report*⁵, periodico che contiene le stime, considerate tra le più attendibili, sull'andamento della produzione di merci e servizi a livello mondiale. Il rapporto, pubblicato nell'ultimo trimestre del 2019, faceva da eco a numerosi campanelli d'allarme già suonati negli anni passati, divenuti nel tempo assai più fragorosi. In molti già da allora scommettevano che il 2020 sarebbe stato l'anno in cui le bolle finanziarie cresciute in maniera impressionante,

4 M.C. Reinhart, K.S. Kenneth, *Growth in a Time of Debt*, in “American Economic Review”, 100 (2): 573-7, 2010.

5 International Monetary Fund (2019), *Annual Report 2019. Our Connected World*, <https://www.imf.org/external/pubs/ft/ar/2019/eng/assets/pdf/imf-annual-report-2019.pdf>

nuovamente dal 2008, sarebbero potute esplodere con una violenza prima sconosciuta. E non erano mancate avvisaglie materiali di tali potenzialità.

Il 17 settembre 2019, nonostante l'impressionante quantità liquida iniettata già nel sistema dalle banche centrali di mezzo mondo a partire dal 2008 attraverso i *quantitative easing*, stimata intorno ai 20 mila mrd \$ complessivamente alla fine del 2019, il mercato interbancario statunitense si era trovato paradossalmente in una situazione di stallo, ossia propriamente di mancanza di liquidità, nonostante i tassi di interesse avessero raggiunto in alcuni casi lo zero. In altri termini, improvvisamente, alcuni tassi di interesse sui Repo schizzavano in alto raggiungendo il 10% nello stesso momento in cui quelli ufficiali statunitensi, non si discostavano dal 2-2,25%. Questo indicatore (diremmo anche *spread*, mutuando una terminologia ben nota in Europa) mostra in teoria un tipico inceppamento del sistema dovuto prevalentemente alla mancanza di fiducia tra gli operatori che si occupano di erogare e restituire capitale a prestito soprattutto *overnight*. In altre parole, sembrava di assistere alla storia purtroppo già vista nei mesi immediatamente precedenti l'esplosione del 2008, iconograficamente rappresentata dal fallimento pilotato di *Lehmann Bros*⁶. La *Federal Reserve*, dunque, per evitare il collasso del sistema interveniva tempestivamente gettando nel sistema economico un ammontare pari alla cifra di 260 mrd \$ (record sino a quel momento) nei due mesi successivi (di cui 75 mrd \$ solo nella giornata del 17/9) – riducendo peraltro di un quarto di punto i tassi. Il tentativo di *normalizzazione* del mercato monetario, ossia il suo progressivo prosciugamento, era evidentemente fallito e ciò suggellava da una parte il fatto che il mercato mondiale era ormai divenuto dipendente dalle iniezioni di liquidità e dall'altro che nuvole nerissime si scorgevano con chiarezza all'orizzonte. Questa montagna di denari, tra l'altro, era già destinata ad andare ad accumularsi nel mercato del giuoco di borsa che, in una fase prolungata di stagnazione mondiale – con poche eccezioni – era l'unica via d'uscita da una crisi da sovrapproduzione che lasciava poche possibilità di far profitto. Lo scollamento del mercato speculativo da quello reale alla fine del 2019 raggiungeva dei livelli infatti

6 Per un approfondimento si veda F. Schettino, *O impacto da crise sobre a pobreza e a desigualdade*, in R. Chimuris e A. Vasconcelos (a cura di), *Direito e Economia: O direito ao desenvolvimento integral, financeirização da economia e endividamento público*, Napoli 2002.; F. Schettino, *Crisi del capitalismo e pandemia: gli effetti su disuguaglianze e povertà*, in A. Citattini, M.A. Pirone, *Pandemia nello scenario del capitalismo del XXI secolo*, 2020; F. Schettino, *L'impatto della crisi su povertà e disuguaglianze*, in "Materialismo Storico", n. VIII, 1, 2020; F. Schettino, F. Clementi, *Crisi, disuguaglianze e povertà: le iniquità strutturali del capitalismo, da Lehman Brothers alla Covid19*, Napoli 2020.

impressionanti: l'indice *Msci World*, che sintetizza l'andamento delle borse mondiali, cresceva nel corso del 2019 del 26% superando per la prima volta nella storia i 1.800 punti. Nello stesso periodo, la crescita del Pil mondiale ha raggiunto appena il 3% presentando uno dei dati più negativi dal secondo dopoguerra. Secondo i dati del Fmi (*World economic outlook*, Novembre 2019), gli stati a capitalismo avanzato vedevano Pil accrescersi mediamente solo dell'1,7%. Negli Usa, a fronte di indice Nasdaq e S&P 500 ben oltre il +30%, l'economia reale è cresciuta di un modesto 2,1%. Stessa questione anche in Italia dove mentre a Milano i giocatori di borsa hanno brindato (+28,28%), i lavoratori hanno dovuto sopportare un altro anno di sofferenze a causa di un Pil stagnante (+0,5%). Persino la Grecia, finalmente in timido recupero dalle macerie in cui il capitale transnazionale l'aveva ricacciata solo qualche anno prima, ha registrato una *performance* in borsa ben distante (+43%) dai risultati della produzione reale (+2,2%). L'allargamento enorme della forbice tra indici di borsa e crescita del Pil mostra una misura chiara del rigonfiamento di bolle speculative che fino al 2019 avevano miracolosamente evitato spilli in grado di farle esplodere: ma in molti, dunque, già all'inizio del 2020 pensavano che tale abile strategia avesse i giorni contati.

Chiaramente, l'arrivo della pandemia e delle misure per contenerla – che, come abbiamo visto, in gran parte del mondo si concretizzavano con forme di *lockdown* generalizzato – ha avuto un impatto dirompente su tutta la struttura economica mondiale che era già profondamente claudicante. Le ultime stime rese disponibili dall'OECD, calibrate ancora su due scenari – *single* e *double hit* – per quanto ormai sia assai evidente l'esistenza di una seconda ondata per molti versi più difficile da gestire, sono di conseguenza drammatiche.

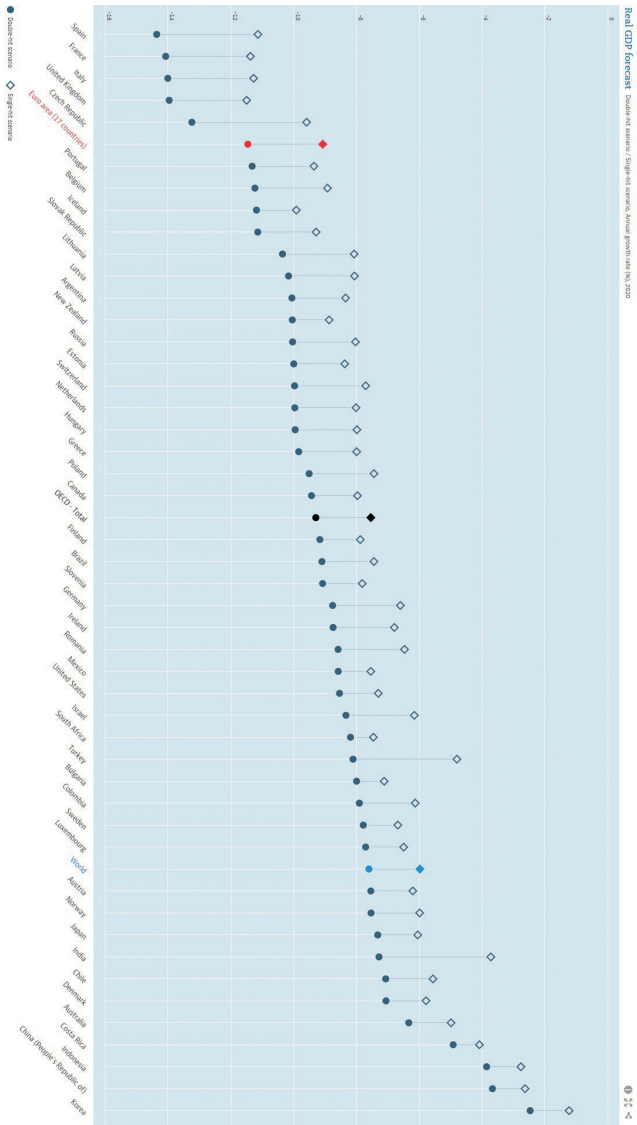
Secondo queste elaborazioni – effettuate nel pieno della seconda ondata di contagi in Europa – persino la Rpc già da molti considerata in area positiva, sembrerebbe essere prossima a subire un arresto della propria dinamica⁷. In generale, a livello mondiale, il Pil dovrebbe contrarsi poco meno dell'8% rispetto al 2019. Senza dubbio, le politiche di quarantena, dunque, hanno avuto e continueranno ad avere un impatto sulle possibilità di accumulazione, sfavorendo alcuni settori e però avvantaggiandone altri.

È evidente, infatti, a tutti che questi ultimi hanno avuto occasioni inattese di lauti guadagni⁸. Comprendere quanto questi numeri possano essere verosimili non è obiettivo di questo articolo. Il quadro complessivo è fluido e variabile a tal punto che quotidianamente queste stime vengono aggiustate.

7 Per un approfondimento si veda anche <https://edition.cnn.com/2020/10/18/economy/china-q3-gdp-intl-hnk/index.html>

8 In particolare si fa riferimento a commercio online, grande distribuzione alimentare, farmaceutica, telecomunicazioni, software e media.

Figura 1 – Tasso di crescita del Pil reale nel 2020 – previsioni



Fonte: OECD⁹ – estrazione 9 novembre 2020

9 OECD (2020), Real GDP forecast (indicator). doi: 10.1787/1f84150b-en (Accessed on 09 November 2020).

Ci sembra importante però sottolineare che ipotesi di *rimbalzi* non siano escludibili, soprattutto alla luce di alcune *performance* registrate nel trimestre che è intercorso tra le due ondate pandemiche: nel terzo trimestre il Pil Usa è cresciuto del 33,1% rispetto a quello precedente; quello italiano del 16,1%; +8,2% in Germania; la Cina ha registrato un +3,2% già nel secondo trimestre a cui si va a sommare l'ottimo risultato di quello successivo (+4,9%).

Se è vero che, nonostante tutta la buona volontà e onestà intellettuale, è al momento impossibile immaginare come finirà il 2020, e ancor più difficile è riuscire a capire come evolverà l'anno successivo – sempre dipendente dalla scoperta e diffusione di un vaccino – è possibile, però, almeno iniziare a ragionare sulla base di alcune considerazioni. 1) Innanzitutto, per quello che abbiamo già scritto, il probabile crollo del Pil, locale e mondiale, può essere ascritto alla pandemia e alle misure di chiusura intraprese in una sua parte (più o meno grande a seconda delle condizioni di *partenza*). La crisi, come già detto, veniva da lontano e presentava molte delle criticità già emerse prima dei fallimenti legati ai mutui *subprime*. Di certo la diffusione della Covid-19 ha agito da amplificatore di problemi già latenti che hanno acquisito una forza sconosciuta, date le dimensioni e la complessità del fenomeno. 2) La privatizzazione progressiva dei sistemi sanitari ha reso vulnerabile la popolazione dinanzi a un avvenimento che era stato previsto in diverse forme¹⁰; la tragedia umana è stata fortemente alimentata da evidenti carenze strutturali e conseguenti incapacità gestionali. 3) I necessari provvedimenti di chiusura (quelli che nella favola introduttiva avevamo ascritto al dott. *Lockdown*, divenuti nuovamente attuali durante la stesura di questo saggio) hanno fatto emergere tutte le contraddizioni di un modo di produzione famelico di profitto, incapace perciò di fermarsi neanche davanti a milioni di morti. L'inadeguatezza dell'attuale sistema può essere sintetizzato nell'insolubile contraddizione *salute-economia capitalistica*.

Sappiamo che considerare il Pil come unico indicatore di benessere di una popolazione è quanto mai limitativo. Si colgono bene solo alcuni aspetti, perlopiù di natura quantitativa, e se ne tralasciano altri di importanza strategica ai fini della valutazione del *welfare*; al contempo, però, è in grado di approssimare con adeguata precisione il tasso di accumulazione del capitale in una determinata zona o, ancor più, nell'intero sistema di capitale. Da diversi decenni in ambito sovranazionale, pertanto, vengono proposti indicatori che sono in grado di fornire una lettura più oggettiva ma, nonostante ciò, il prodotto interno lordo – nelle sue varie declinazio-

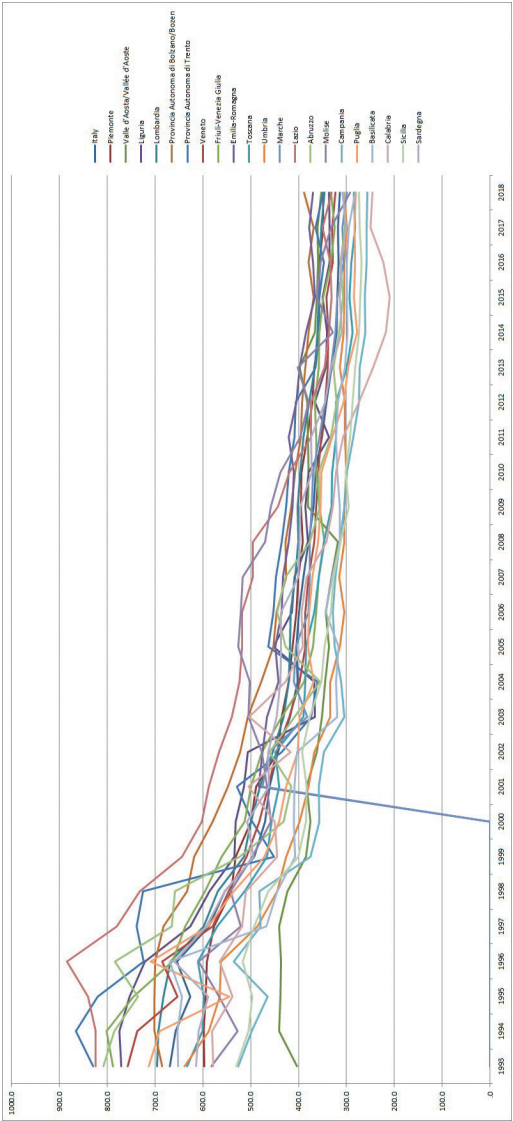
10 Si veda anche, in ambito italiano, il *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una Pandemia influenzale*, predisposto dal Ministero della salute, su invito dell'OMS. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_501_allegato.pdf.

ni – è sempre al centro delle riflessioni e delle politiche economiche dei governanti della quasi totalità del mondo. È abbastanza condivisibile l'idea che una società, quanto più è prospera, tanto più garantisce benessere ai propri abitanti. Tuttavia elementi come disponibilità di strutture sanitarie, distribuzione del reddito prodotto, nonché indebitamento, non possono e non debbono essere tralasciati in un'analisi come quella che stiamo portando avanti. Per quanto possano essere meno visibili, di certo hanno un impatto assai forte sugli *standard* di vita di ogni famiglia, cosa che è divenuta evidente proprio in entrambe le ondate pandemiche. Pertanto, in conclusione di questo saggio, ci soffermeremo brevemente sull'analisi di tali aspetti.

In molti ricorderanno che, durante la fase primaverile, quello stesso sistema sanitario lombardo che per anni era stato propagandato come *eccellenza* a livello globale, si scoprì essere carente persino nella funzione sociale per cui era stato istituito: quello di permettere le cure a tutte le persone come previsto anche in Costituzione all'art.32, per cui la salute è un “[...] fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti [...]”. In poche settimane, infatti, si scopriva che negli ultimi decenni, grazie anche a un massiccio intervento del capitale privato, era avvenuta una sostituzione tra posti letto per attività profittevoli e altre semplicemente *utili*, come ad esempio le ormai famigerate *terapie intensive*. Queste ultime, essendo molto costose e non in grado di garantire i formidabili guadagni di altre prestazioni – come ad esempio la chirurgia estetica –, erano state ridimensionate in una ottica del tutto legittima di massimizzazione del profitto che è l'obiettivo di qualsiasi impresa privata anche se operante nell'ambito della sanità. La figura 2 rappresenta molto chiaramente come ci sia stato un progressivo ed inesorabile disinvestimento nel comparto sanitario pubblico almeno dagli inizi degli anni novanta, che è riassumibile con la tendenza del numero di posti letto disponibili ogni 1000 abitanti.

I dati qui riportati mostrano che la progressiva demolizione del numero di posti letti, ponderato anche per il numero di abitanti, ha accomunato tutte le Regioni italiane, facendo ovviamente più male lì dove i dati di partenza erano più bassi. Questa scelta politica, condivisa da tutti i Governi che da allora si sono avvicendati, rientra pienamente nella cosiddetta logica (neo)liberale di cui la gran parte degli accordi europei (da Maastricht in poi, fino al *fiscal compact*) sono espressione. Essendo quello della spesa sanitaria uno dei capitoli più pesanti del bilancio pubblico italiano, negli ultimi tre decenni almeno, pur di rientrare all'interno dei parametri europei utili al controllo dell'intervento dello stato nell'economia, la sua contrazione è stata quasi una ovvia

Figura 2 – Numero di posti letto ogni 1000 abitanti (P_HTHAB¹¹) – 1993-2018



Fonte: elaborazione su dati Eurostat

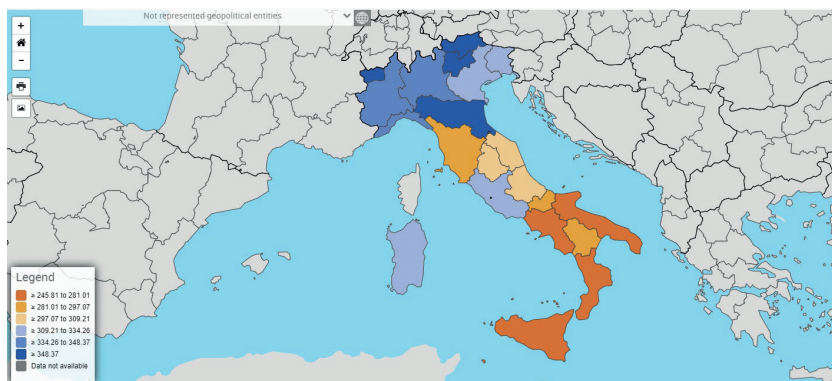
11 Hospital beds by NUTS 2 regions [HLTH_RS_BDSRG] – Data extracted on 11/11/2020 11:16:34 from [ESTAT].

conseguenza¹². Il fatto che l'Italia abbia ormai sacrificato sull'altare della disciplina fiscale la gran parte di un patrimonio accumulato in tanti anni, ammirato e invidiato peraltro da ogni parte del mondo, è stata una scoperta cui molti stentavano a credere, in prima istanza. In molti pensarono che il fatto che al centro della tempesta di primavera si trovassero le regioni relativamente più attrezzate d'Italia, potesse essere un elemento sufficiente per stare più tranquilli o limitare i danni: ma così come sappiamo non è stato. Per quanto di dimensioni imprevedibili, l'impatto della prima ondata è stato comunque dirompente, mostrando tutte le lacune e le incapacità di un sistema irrimediabilmente impoverito da tutte le classi dirigenti e politiche che si sono avvicendate negli anni. L'aspetto più allarmante della seconda ondata è la sua diffusione assai più ampia a livello nazionale. È intuibile pensare che ciò potrebbe generare effetti ancor più devastanti della prima, nonostante ci sia stato sufficiente tempo – in gran parte dilapidato – per assumere nuovi lavoratori, generare posti di terapia intensiva aggiuntivi a quelli residui e mettere le toppe ad un sistema troppo indebolito nelle fondamenta. L'Italia che alla fine del 2020 sta subendo la seconda ondata è, di fatto, lo specchio di quel mai risolto divario nord-sud che dai tempi dell'unificazione caratterizza il nostro territorio. La Figura 3 mostra come il numero di posti letto ponderato per gli abitanti al 2018 rifletta una polarizzazione geografica sempre più netta.

Tuttavia le preoccupazioni che rendono tetro l'orizzonte alla fine dell'anno 2020 non riguardano esclusivamente l'emergenza, ma assumono senza dubbio un profilo di medio-lungo periodo. Si fa riferimento, innanzitutto all'impatto sull'indebitamento pubblico (e anche privato) che, a livello planetario, la pandemia e tutte le cure del dott. *Lockdown*, hanno naturalmente generato. I dati, raccolti dal Fondo monetario internazionale¹³ sono da questo punto di vista impietosi. Secondo questo studio, nel periodo della pandemia, il rapporto debito/Pil nei paesi avanzati è cresciuto del 20%, tendenza che presumibilmente continuerà ad alimentarsi nei prossimi mesi. Discorso analogo ma più attenuato per quel che riguarda i Paesi emergenti (+10%) e quelli più poveri (7%). È opportuno a questo punto indagare sulle radici di questo formidabile incremento. Se è vero che la contrazione della grandezza al denominatore abbia agito in maniera significativa, e lo abbiamo già ampiamente testimoniato, è importante al contempo studiare la composizione del numeratore.

12 Da questo punto di vista sono eloquenti le parole di un importante esponente degli ultimi due governi, Luigi Di Maio, al momento della stesura di questo articolo Ministro degli affari esteri che il 12/11/2020 dichiarava alla stampa “[...] La sanità per decenni è stato il bancomat della politica [...]”.

13 Stime del Fondo monetario internazionale riportate in M. Longo, *Il mondo affoga nei debiti stradali. Sei strade (incerte) per ridurli*, in “Il Sole 24 ore”, 8 Novembre 2020.

Figura 3 – Numero di posti letto ogni 1000 abitanti (P_HTHAB¹⁴) – anno 2018

Fonte: elaborazione su dati Eurostat

Secondo le stime del FMI, l'incremento del debito è attribuibile per metà agli interventi di politica economica messi in campo per ridurre direttamente gli effetti della pandemia; la restante parte è composta da garanzie sui prestiti e misure assimilabili che sono state prese nei provvedimenti di sostegno all'economia. In altri termini, la stessa definizione di prestiti a *fondo perduto* si rivela essere quanto mai fuorviante perché è contabilmente una ovvietà rilevare come questi consistano in regalie che vengono elargite da contribuenti più o meno consapevoli. Discorso analogo per quanto riguarda i prestiti garantiti dallo Stato – misura di sostegno cardine nelle misure di contenimento della prima *ondata* – che vanno a gravare almeno per *competenza* sul debito dell'anno in cui vengono concessi. La questione del debito, pertanto, per quanto più o meno consapevolmente accantonata nelle discussioni pubbliche, ritornerà presto di nuovo a galla portando con sé tutto quel carico di contraddizioni alimentate da provvedimenti di dubbia efficacia come il *pareggio di bilancio* che recentemente è stato persino inserito negli schemi costituzionali di diversi membri dell'Unione europea. Tutti questi aspetti non fanno altro che ampliare quelle distanze ormai innegabili e siderali restituendo una società – anche nei paesi a capitalismo avanzato – sempre più simile a quella di fine Ottocento quando, a fronte di masse operaie e sottoproletarie, quotidianamente in lotta per l'ottenimento di un salario e di condizioni di vita appena decenti, la classe proprietaria conduceva una vita fatta di agi e di lus-

14 Hospital beds by NUTS 2 regions [HLTH_RS_BDSRG] – Data extracted on 11/11/2020 11:16:34 from [ESTAT].

si. In altri termini, ormai non solamente nei Paesi di cui meno si parla, ma in tutto il mondo, le disuguaglianze stanno pesantemente dilagando¹⁵. È sicuramente prematuro fornire una stima scientificamente valida dell'impatto della pandemia sulla distribuzione del reddito e della proprietà a livello mondiale. Sono processi che evidentemente necessitano di tempo per essere compresi in tutta la loro essenza ma quello che immediatamente si può rilevare è che la pandemia abbia messo a nudo tutti gli aspetti più iniqui di un sistema, come quello del capitale, che basa la propria esistenza sulla sperequazione. Non è un caso che durante una crisi epocale come quella che l'intero pianeta vive, a fronte di centinaia di milioni di individui collocati per la prima volta nella fascia dei *vulnerabili* o di *poveri* a causa di una disoccupazione dilagante, l'*élite* della classe capitalista abbia trovato l'occasione di incrementare le proprie ricchezze. Uno studio di maggio 2020, prodotto dall'*Institute for Policy Studies*¹⁶, calcolava che solo nei primi due mesi della pandemia – marzo ed aprile – il patrimonio totale netto dei miliardari americani fosse cresciuto del 15%, con i maggiori guadagni in cima alla piramide dove si trovano Bezos, Bill Gates, Zuckerberg, Warren Buffett e Larry Ellison (proprietari rispettivamente di *Amazon*, *Microsoft*, *Facebook*, *WalMart* e *Oracle*). Mentre lavoratori di tutto il mondo hanno lottato per la sopravvivenza, costoro complessivamente hanno visto incrementare i propri patrimoni di ben 76 mrd \$.

Le contraddizioni aperte dalla epidemia Covid-19 sono dunque impressionanti e la loro gravità è tale che è al momento ci sembra francamente inimmaginabile capire se sarà possibile tornare ad una presunta *normalità* già nei prossimi anni. Come già detto non già la mera produzione, ma anche la distribuzione del vaccino saranno momenti drammatici e che segneranno il passo di un fenomeno di proporzioni mondiali. Senza dubbio, in conclusione possiamo dire che la Covid-19, ha reso palesi le strutturali iniquità di un sistema che continua a far leva sulla fatica quotidiana di miliardi di individui, sempre più marginalizzati, per garantire a un pugno di famiglie sempre più invisibili patrimoni via via più immensi e sfarzosi. Pertanto, la domanda cui non siamo in grado di dare risposta, ma che è già un interrogativo posto ai governanti di ogni latitudine – che a breve non potranno più esimersi dal non dare seguito – è: *fin quando si potrà andare avanti così?*

15 Per approfondimenti si veda anche F. Schettino, F. Clementi, *Crisi, disuguaglianze e povertà: le iniquità strutturali del capitalismo, da Lehman Brothers alla Covid19*, cit., e T. Piketty, *Capitale e ideologia*, Milano 2020.

16 *Tale Of Two Crises: Billionaires Gain As Workers Feel Pandemic Pain* – <https://americansfortaxfairness.org/wp-content/uploads/2020-5-21-Billionaires-Press-Release-at-Two-month-Covid-Pandemic-FINAL.pdf>

REBECA OLIVEIRA SANTANA, GONZALO
UBILLA FERNÁNDEZ E RAMIRO JACINTO CHIMURIS SOSA

DEBITO, COVID-19: O VITA?

La pandemia del coronavirus Sars-CoV-2, che produce la malattia respiratoria Covid-19 diffusa attualmente in tutto il mondo, con le sue conseguenze di migliaia di morti, esprime una crisi di civiltà come conseguenza del modo di produzione del capitalismo. Sta agendo infatti al pari del riscaldamento globale e del cosiddetto cambiamento climatico prodotto dall'aumento delle emissioni di gas serra dovuto all'uso su larga scala di fonti energetiche non rinnovabili e dall'inquinamento dell'aria, del suolo, degli oceani e delle falde acquifere di acqua dolce.

La crisi economica, sociale, sanitaria e civile era già presente quando è arrivata la *pandemia*. Il Covid-19, ha reso visibile queste fragilità, e le approfondisce giorno per giorno. Gli Stati e le loro istituzioni danno rapidamente priorità alla salvezza del grande capitale privato e dei suoi profitti, mantenendo lo stesso comportamento per più di duecento anni, aumentando così il debito pubblico e il *deficit* fiscale. In momenti così speciali rinunciano al loro obbligo principale e “lo Stato deve mantenere in vita i suoi cittadini”, come disse nel 1830 il giurista tedesco Karl Eduard Zachariae che riconobbe che l'impegno (del debito) non può essere spezzato senza ragione, ma che i governi hanno un dovere più grande di quello di pagare i loro debiti: “quello di mantenere in vita i loro cittadini. E, se non c'è altra alternativa, devono trascurare i loro creditori”¹.

Ci sono regole di diritto internazionale pubblico, per cui ogni Stato, attraverso un atto unilaterale sovrano², può annunciare di non pagare i suoi

1 E.A. Zalduendo, *La Deuda Externa*. Buenos Aires, 1988, p. 10.

2 R. Chimuris, Raccomandazione del 28 luglio 2008 alla Commissione di *Audit* Integrata del Credito Pubblico dell'Ecuador, Sottocommissione per il Debito Multilaterale, per il mancato pagamento del debito pubblico illecito, fraudolento e odioso dell'Ecuador. Una delle basi giuridiche era l'Atto Unilaterale come “manifestazione della volontà inequivocabile dello Stato, formulata con l'intenzione di produrre effetti giuridici nei suoi rapporti con uno o più Stati o con una o più organizzazioni internazionali e che è nota a quello Stato o a quell'organizzazione internazionale”. F. Villagrán Kramer, *Les actes Unilatéraux*

debiti perché si trova in uno stato di necessità³ economica, finanziaria o sanitaria. Tale dichiarazione o atto unilaterale è legale e vincolante e pertanto deve essere rispettato dalla comunità internazionale, cioè dagli altri Stati. Questo potere è stato ampiamente utilizzato nel XIX e XX secolo; nel XXI secolo, gli ultimi casi sono l'Ecuador (*Comprehensive Public Credit Audit*, 2007-2008) e l'Islanda (referendum costituzionale: 2009, 2010)⁴.

L'apparato statale è rafforzato dai grandi media e dalle catene di comunicazione globale, che ripetono lo stesso discorso e legittimano il sistema e il *business* del debito, poiché i loro proprietari o principali azionisti appartengono ai conglomerati e alle società che controllano e gestiscono il sistema. Le società di *rating* del rischio appartengono alle entità bancarie e finanziarie che gestiscono e controllano i *debiti sovrani*, cioè sono parti interessate all'attività, gestiscono informazioni privilegiate e i loro *rating* sono *soggettivi* e *tendenziosi*. Questi attori, insieme alle compagnie di assicurazione internazionali, hanno fatto parte della *fraudolenta* creazione della crisi dei mutui *subprime* o crisi del 2007-2008, con importanti conseguenze da cui l'economia e la società su scala globale non si sono mai riprese. Queste conseguenze si sono progressivamente aggravate e approfondite, divenendo più evidenti nel corso degli anni 2018 e 2019, e pienamente visibili dalla Covid-19.

Durante la crisi del 2007-2008, gli Stati Uniti d'America (USA), con il denaro dei loro contribuenti, hanno salvato le banche e i fondi privati di diversi Paesi corresponsabili della creazione della crisi economica e finanziaria, attraverso prestiti (pagamenti) per un importo superiore al 100% del Prodotto Interno Lordo (PIL) degli USA (una cifra prossima a 16 mila miliardi di dollari Usa). Nel 2010, il PIL degli Stati Uniti è stato di 14,5 mila miliardi di dollari⁵. Nel 2011 la prima revisione della Federal Reserve

dans le Cadre de la Jurisprudence Internationale, in *Le Droit International a l'aube du XXIe siècle Riflessioni dei codificatori*, New York, 1997. Caso relativo allo *status* giuridico della Groenlandia orientale, C.P.J.I. Serie A/B, n. 53, pag. 71. Relazioni C.J. 1974, pagg. 267-268, par. 45 e pag. 473, par. 48. Nel diritto internazionale lo *stato di necessità* è "l'unico mezzo per uno Stato per salvaguardare un interesse essenziale contro un pericolo grave o imminente" (Allegato Raccomandazioni della Risoluzione 56/83 2001 dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite).

3 R. Díaz Inverso, *El estado de necesidad como circunstancia que excluye la ilicitud en la responsabilidad internacional de los Estados*, "Revista de Derecho Público", n. 47, 2015, pp. 49-68.

4 R. Chimuris, J. Menezes, D. Libreros, (a cura di), *Las Deudas Abiertas de América Latina y sus impactos sociales*, Napoli 2020, vol. 2, pp. 239 a 286.

5 A.A. Borón, *L'affare negli Stati Uniti una truffa da 16 mila miliardi di dollari*, in "Le Monde Diplomatique Chile", 17 settembre 2020.

(FED, un gruppo di banche private creato dalla legge del 1913)⁶ è stata effettuata dal *Government Accountability Office* (GAO)⁷.

Il *Government Accountability Office* (GAO) nel suo rapporto⁸ ha concluso che “i principali beneficiari dei finanziamenti – concessi tra il 1° dicembre 2007 e il 21 luglio 2010 – sono stati i seguenti: Citigroup; Morgan Stanley; Merrill Lynch; Bank of America; Barclays PLC (Regno Unito); Bear Sterns; Goldman Sachs; Royal Bank of Scotland (Regno Unito); JP Morgan Chase; Deutsche Bank (Germania); UBS (Svizzera); Credit Suisse (Svizzera); Lehman Brothers; Bank of Scotland (Regno Unito); BNP Paribas (Francia); Wells Fargo & Co. Dexia SA (Belgio); Wachovia Corporation; Dresdner Bank AG (Germania); Societe Generale SA (Francia) Totale U\$S 16.115 miliardi (U\$S 16.115.000.000.000)⁹.

Il debito pubblico è un sistema di dominio politico, attraverso il controllo della ricchezza naturale, minerale ed economica degli Stati (valuta, finanza, tasse) da parte di creditori o presunti *creditori* pubblici o privati. Sebbene i debiti pubblici e privati non siano concettualmente e ontologicamente uguali, entrambi sono oggetto di meccanismi di controllo e di *business*. I debiti privati si riferiscono principalmente alle passività commerciali delle grandi imprese (società); e ai debiti delle famiglie, dei lavoratori, degli studenti e dei disoccupati. Negli Stati Uniti, secondo i dati della FED, il debito degli studenti universitari a metà del 2020 raggiungerà quasi 1,7 mila miliardi di dollari Usa¹⁰. Peter Joseph¹¹ sottolinea: “mentre cercano

6 Capitolo 6, *Act of Congress* 6-38, *United States Statutes at Large* 251. La storia delle crisi economiche negli Stati Uniti d'America prima del 1912 è stata molto frequente: 1819; 1837, 1857, 1873, 1893 e 1907 quest'ultima è stata di grande importanza.

7 La *Commission of Stock and Securities* degli Stati Uniti (in inglese, *U.S. Securities and Exchange Commission*) – comunemente nota come SEC – è un'agenzia del governo degli Stati Uniti che ha la responsabilità primaria di far rispettare le leggi federali sui titoli e di regolamentare l'industria dei titoli, i mercati finanziari della nazione, nonché i mercati azionari, delle opzioni e altri mercati di titoli elettronici. Dal 2004 ha cessato di controllare le banche d'investimento, che avevano un accordo per pubblicare volontariamente i loro estratti conto e le loro attività (operazioni fuori bilancio), ma non erano controllate dalla società di controllo (SEC).

8 Il *Government Accountability Office* (GAO). è un'agenzia indipendente e apartitica che lavora per il Congresso degli Stati Uniti. La missione del GAO è di indagare su come il governo federale si sbarazza dei dollari dei contribuenti.

9 *Government Accountability Office* (GAO), *Report*, 2011, prima revisione della *Federal Reserve* (FED, 1913). A. Borón, *Una estafa de 16 billones de dólares*, in “ALAI”, 1 agosto 2011.

10 https://www.federalreserve.gov/releases/g19/HIST/cc_hist_memo_levels.html.

11 P. Joseph, *Fino a quando il debito ci separa: studenti universitari e prestiti*, 9 settembre 2020.

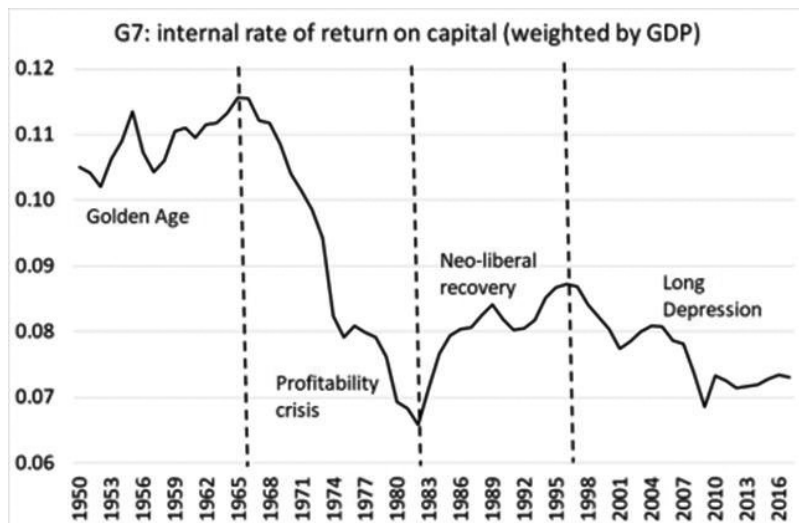
di essere più frugali e attenti al debito, il prezzo dei titoli è in costante aumento. Inclusi vitto, alloggio e tasse, il costo medio annuale del *college* per il 2019-20 è stato di 21.950 dollari per i *college* pubblici quadriennali nello stato e di 49.870 dollari per quelli privati, secondo i dati di *Trends in Higher Education* pubblicati dal *College Board*. Ciò significa che una laurea quadriennale potrebbe costare in media da almeno 87.000 a più di 200.000 dollari [...]. I tassi di interesse sui diversi tipi di prestiti federali agli studenti per l'anno scolastico 2020-21 variano dal 2,75% al 5,30%. Il tasso del 2,75% può tradursi in oltre 6.000 dollari di interessi nell'arco di 20 anni di vita di un prestito di 20.000 dollari”.

Negli ultimi decenni, il debito pubblico e privato continuano ad espandersi e a crescere a livelli esponenziali: non sono più un problema del *terzo mondo*, ma ora anche del *primo*, *secondo* e *quarto* mondo. L'*Institute of International Finance* (IFF)¹², ente commerciale, stima che il debito pubblico e privato globale abbia superato i 255 mila miliardi di dollari nel 2019. Sono 87 mila miliardi di dollari in più rispetto all'inizio della crisi del 2008 e saranno senza dubbio molto più alti a causa della pandemia. Questo livello di indebitamento corrispondeva al 322% del PIL mondiale (2019); inoltre il rapporto debito/PIL nel primo trimestre del 2020 ha avuto la più alta crescita trimestrale mai registrata, raggiungendo il 331% (258 mila miliardi di dollari), secondo l'*International Institute of Finance*.

Il calo della capacità di accumulazione è stato uno dei problemi centrali per diversi decenni; la scelta delle imprese di operare attraverso il capitale finanziario, speculativo, fittizio e il declino della produzione reale, sono ciò che genera queste ricorrenti crisi del capitalismo, con cicli sempre più brevi, e con maggiori impatti sul tenore di vita e sulla natura. Secondo Michael Roberts¹³, “la bassa redditività delle attività produttive è diventata una bolla speculativa alimentata dal debito in attività fittizie. Le crisi non sono il risultato di un deficit di ‘domanda indebitata’: sono causate da un *deficit* di redditività”. Roberts, ne fornisce un esempio nella seguente tabella:

12 La FII fornisce consulenza alle istituzioni del sistema finanziario. Secondo il suo rapporto sul debito globale nel terzo trimestre del 2019, ha raggiunto i 227 miliardi. I paesi emergenti e le economie in via di sviluppo hanno accumulato un obbligo di pagamento di 72,5 trilioni di dollari, il 223% del loro PIL, mentre i Paesi sviluppati hanno registrato 180,1 trilioni di debiti, il 383% del loro PIL. Il debito delle imprese non finanziarie è stato pari a 74,4 trilioni di dollari, il 4,3% in più rispetto al terzo trimestre del 2018. Il debito sovrano si è attestato a 69,2 trilioni di dollari, con un aumento del 6,1%. Il debito accumulato dalle società finanziarie è salito a 61,5 trilioni di dollari, l'1,3% in più. Il debito delle famiglie (famiglie) ha raggiunto i 47,5 trilioni di dollari, con un aumento del 3,7%.

13 M. Roberts, *La Larga Depresión*. España: El Viejo Topo, 2016.



Basta guardare i principali indicatori dell'economia statunitense *prima e durante* il Covid-19.

Il 25 ottobre 2019 il Segretario del Tesoro statunitense Steven T. Mnuchin e il direttore ad *interim* dell'Ufficio di gestione e bilancio (OMB) Russell Vought hanno pubblicato i risultati finali del bilancio per l'anno fiscale¹⁴. Il *deficit* dell'anno fiscale 2019 è stato di 984 miliardi di dollari, 205 miliardi in più rispetto all'anno fiscale precedente. In percentuale del PIL, il *deficit* è stato del 4,6%, 0,8 punti percentuali in più rispetto all'anno precedente (2018).

Il Prodotto interno lordo reale¹⁵ è stato pari a -31,7 (+ altro), con una variazione rispetto al periodo precedente al secondo trimestre del 2020¹⁶.

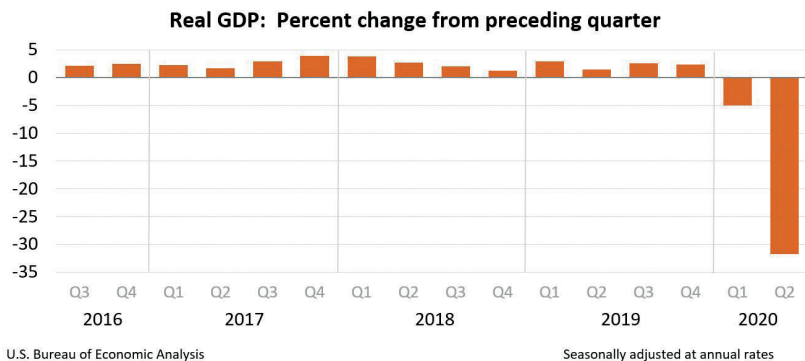
La tabella seguente mostra l'evoluzione del PIL statunitense da metà 2016 a metà 2020¹⁷:

14 Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti.

15 Il prodotto interno lordo (PIL) è il valore dei beni e dei servizi prodotti dall'economia della Nazione meno il valore dei beni e dei servizi utilizzati nella produzione.

16 U.S. Bureau of Economic Analysis, Prodotto Interno Lordo Reale [A191RL1Q225SBEA], reperibile da FRED, Federal Reserve Bank of St. Aggiornato al 27 agosto 2020.

17 U.S. Bureau of Economic Analysis (BEA), https://www.bea.gov/system/files/gdp2q20_2nd.PNG.



Secondo il rapporto del *Bureau of Economic Analysis*¹⁸ (BEA) del Dipartimento del Commercio degli Stati Uniti, i principali indicatori economici federali per il secondo trimestre del 2020 sono negativi:

Prodotto Interno Lordo 2° trimestre 2020 (2°): – 31,7%.

Reddito personale luglio 2020: 0,4%.

Commercio internazionale di beni e servizi luglio 2020: – 63,6 miliardi di dollari USA.

Transazioni internazionali 2° trimestre 2020: – 170,5 miliardi di dollari USA¹⁹.

Secondo il Dipartimento del Tesoro, il debito federale degli Stati Uniti (debito pubblico totale, GFDEBTN), al 1° settembre 2020, ammonta a 26.477.241.000.000 miliardi di dollari²⁰.

Ontologicamente, il debito è un obbligo di pagare o rimborsare qualcosa, un prestito da pagare. Il debito diventa un *business* che trasforma l'*Arte della guerra* in *Arte del debito*. Raggiungere un dominio silenzioso, quasi invisibile, a livello planetario attraverso il controllo dell'indebi-

18 U.S. Bureau of Economic Analysis (BEA), 18 settembre 2020.

Operazioni internazionali USA, secondo trimestre 2020. Il *deficit* delle partite correnti degli Stati Uniti è aumentato di 59 miliardi di dollari, ovvero del 52,9 per cento, fino a 170,5 miliardi di dollari nel secondo trimestre del 2020, secondo le statistiche dell'*U.S. Bureau of Economic Analysis*. Il *deficit* rivisto per il primo trimestre è stato di 111,5 miliardi di dollari. Il deficit del secondo trimestre è stato pari al 3,5% del prodotto interno lordo in dollari correnti, in aumento rispetto al 2,1% del primo trimestre.

19 U.S. Bureau of Economic Analysis (BEA), <https://www.bea.gov/>.

20 Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti. *Fiscal Service, Federal Debt: Total Public Debt* [GFDEBTN], reperibile in *FRED, Federal Reserve Bank of St. Louis*; <https://fred.stlouisfed.org/series/GFDEBTN>, recuperato il 16 settembre 2020, de, <https://fred.stlouisfed.org/series/GFDEBTN/#0>

tamento esterno e interno pubblico, privato, commerciale e familiare da parte di *pochi*.

Sono quelli che appartengono al club sociale privato dell'1%, il *Gruppo dei 30*²¹, la *banca ombra*, e altri. Una dozzina di banche e loro controllate, conglomerati di società, istituzioni, fondi di *investimento* e speculazione, operatori che si definiscono amministratori e intermediari che agiscono per conto di *grandi capitalisti e investitori*. Agiscono liberamente, senza restrizioni, sotto un'architettura legale fittizia con l'apparenza di una perfetta legalità. Possono svolgere attività commerciali, tutti i tipi di negoziazione e trasferimento di *attività*, valute, materie prime, obbligazioni *sovrane*, *altri strumenti*, *derivati* e assicurazioni. Essi agiscono in varie forme e nomi sempre protetti dalle regole di *investimento coperto* della legislazione straniera, dai trattati commerciali bilaterali di promozione e protezione degli investimenti reciproci, e dal libero scambio²². Sotto una tutela legale (segreto bancario, creazione di società *schermo* per non residenti, filiali e filiali bancarie, trust, fondazioni) una parte del capitale finanziario nella sua fase attuale, viene utilizzata da banche, grandi aziende, *hedge fund*, fondi pensione, grandi fortune, attraverso piattaforme di *business*, evasione ed elusione fiscale per il commercio e la speculazione.

Modificano le Costituzioni politiche e le leggi degli Stati sovrani per la protezione del capitalismo speculativo²³: cartolarizzazione dei beni, protezione dei titoli di debito *sovrani* – come investimento coperto, anch'esso protetto da Trattati –, zone *senza diritti* per forme di lavoro in regime di semischiavitù (*maquilas*), territori esenti da imposte – paradisi fiscali o rifugi fiscali per i non residenti – con leggi – *offshore* – che consentono il segreto bancario rendendo anonimi i titolari di depositi e conti correnti,

21 *Thirty Club*. Uno dei suoi membri è il Dr. Mario Draghi: <https://www.ecb.europa.eu/ecb/orga/decisions/html/cvdraghi.es.html#other>.

22 La definizione di investimenti comprende nuove forme di transazioni e si applica a un gruppo di investitori molto diversificato e ampio, tra cui “qualsiasi diritto di esplorare, coltivare, estrarre o sfruttare risorse naturali, [...] qualsiasi diritto relativo alle risorse naturali o ad altri beni controllati dalle autorità nazionali, sia per l'esplorazione, l'estrazione, la raffinazione, la raffinazione, il trasporto, la distribuzione o la vendita; la rinegoziazione, lo scambio o la rimozione del debito, nonché “l'aspettativa di profitti o utili futuri, o l'assunzione di rischi, o diritti di proprietà intellettuale”. Legge n. 17.943. Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale, 10 gennaio/006 – n. 26913, Parlamento uruguayano, (2006, 10 gennaio).

23 J.F. Sánchez Barrilao, *La crisis de la deuda soberana y la reforma del artículo 135 de la constitución española*, in “Boletín Mexicano de Derecho Comparado”, Vol. 46, n. 137, pp. 679-712, <http://www.elsevier.es/es-revista-boletin-mexicano-derecho-comparado-77-articulo-la-crisis-deuda-soberana-reforma-S0041863313711463#fn0070>

zone commerciali esenti da imposte esclusive (zone franche: spazi fisici terrestri e porti), zone commerciali speciali e altre.

Il caso più paradigmatico è la modifica della Costituzione spagnola, con una procedura speciale di urgenza e di lettura unica²⁴, per cui, sebbene la procedura sia durata un mese (dal 26 agosto al 27 settembre 2011), ha comportato una durata reale di “2 ore e 40 minuti”²⁵. Nella formulazione riformata dell'art. 135 Cost. spagnola, con i voti della maggioranza del Congresso dei Deputati, la priorità assoluta è data al pagamento degli interessi e del capitale del debito pubblico, e in caso di *emergenza straordinaria*. Per esempio, l'emergenza sanitaria di Covid-19, solo il *deficit strutturale e il volume del debito pubblico* può essere aumentato.

Lo Stato e le Comunità autonome devono essere autorizzati per legge ad emettere debiti pubblici o a contrarre prestiti.

I prestiti a copertura degli interessi e del capitale del debito pubblico dei Governi si intendono sempre inclusi nella dichiarazione di spesa del loro bilancio e il loro pagamento ha priorità assoluta. Tali prestiti non possono essere modificati, purché siano conformi alle condizioni della legge di emissione.

Il volume del debito pubblico di tutte le amministrazioni pubbliche in relazione al prodotto interno lordo dello Stato non può superare il valore di riferimento stabilito nel Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea.

I limiti del *deficit* strutturale e del volume del debito pubblico possono essere superati solo in caso di calamità naturali, recessione economica o situazioni di emergenza straordinaria al di fuori del controllo dello Stato e che compromettano in modo significativo la situazione finanziaria o la sostenibilità economica o sociale dello Stato, come valutato dalla maggioranza assoluta dei membri del Congresso dei Deputati.

Spesso una parte o una *tranche* di un titolo di debito, garantita con la relativa assicurazione, crea una molteplicità di obbligazioni ed eventuali

24 Diario delle sessioni. Congresso dei Deputati. Deputazione plenaria e permanente, n. 269, 30 agosto 2011. Citado en Sánchez Barrilao, Juan Francisco, *La crisis de la deuda soberana y la reforma del artículo 135 de la constitución española*”, 2013.

25 Questo è stato chiarito da Enrique Guillén López, intervenuto a una tavola rotonda. E. Guillén López, *Riforma costituzionale, la crisi del debito e il fallimento dell'Unione monetaria*, 10 novembre 2011 citato in J.F. Sánchez Barrilao, *La crisis de la deuda soberana y la reforma del artículo 135 de la constitución española*, in “Boletín Mexicano de Derecho Comparado”, Vol. 46, n. 137, pp. 679-712, 2013, disponibile su <http://www.elsevier.es/es-revista-boletin-mexicano-derecho-comparado-77-articulo-la-crisis-deuda-soberana-reforma-S0041863313711463#fn0070>

attività accessorie. Si commercializza l'assicurazione e si creano prezzi e scommesse sulle future attività di beni, cereali, petrolio, minerali (*futures*). Comprare e vendere azioni virtuali esenti da tasse e controlli fa parte del gioco speculativo del casinò finanziario globale²⁶.

Ma d'altra parte il sistema/affare del debito, che è fatto di capitale, interessi e spese, ha bisogno di essere permanentemente alimentato, riconvertito, rinegoziato e ristrutturato; essi fanno parte delle sue dinamiche. così come il capitale ha bisogno della sua circolazione e del suo movimento, attraverso il consumo.

Il sistema del debito o *frode commerciale* funziona articolando almeno tre logiche complementari. La matematica finanziaria si riferisce principalmente ai meccanismi e ai sistemi di capitalizzazione degli interessi del debito; al tipo di valuta; alle possibili varianti dei titoli di debito con condizioni denominate clausole di azione collettiva (CAC)²⁷, dove particolari maggioranze possono modificare il titolo e variare l'intera equazione finanziaria: interessi, data di pagamento, cancellazione anticipata. Solo la capitalizzazione degli interessi, trasforma il debito in impagabile, e in illecito poiché l'accumulo di interessi su interessi è proibito in diverse legislazioni. La più comune è la creazione di maggiori *nuovi* debiti per pagare il *vecchio* debito, molte volte solo per il pagamento degli interessi. Questa logica del calcolo aritmetico, la matematica finanziaria del debito, è rafforzata da almeno altre due logiche: la logica del banchiere, che consiste nell'uso di meccanismi efficienti per assicurare il controllo del debito, nuove condizionalità, più garanzie e maggiori assicurazioni; e la logica dell'usuraio, ossia il debitore non finisce mai di pagare trasformando il debito estero in debito eterno. Il debito diventa il più grande trasferimento netto di plusvalore, esente da tasse e controlli.

26 J. Hernández Viguera, *Los lobbies financieros. Tentáculos del poder*. Buenos Aires 2013. A.M. Corti, V. Martínez de Sucre, *Multinacionales y el derecho*. Buenos Aires, 1976. A Teitelbaum, *Al margen de la ley. Sociedades Transnacionales y Derechos Humanos*. Bogotá 2007.

27 Il FMI e la Banca Mondiale stanno elaborando delle linee guida, che sono condizioni per gli Stati per accettare l'uso dei CAB allo scopo di *diversificare* il rischio di *default* per i detentori di titoli di debito sovrano: "(iii) l'utilizzo di clausole di azione collettiva (CAC) nei contratti obbligazionari per contribuire all'efficiente risoluzione delle ristrutturazioni del debito sovrano; (iv) un'analisi più dettagliata delle strategie volte a mitigare il rischio, in particolare i rischi di liquidità e di rifinanziamento, nonché dei piani di emergenza, compresa la creazione di riserve di liquidità", in https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Debt/Revised%20Guidelines%20for%20Public%20Debt%20Management%202014_v2.pdf.

A livello statale, l'analisi del debito estero e del discorso sul debito pubblico dei partiti politici e dei loro candidati descrive la portata e gli effetti della demagogia politica.

Lo schema del sistema di *business* del debito pubblico, eufemisticamente chiamato *debito sovrano*, è legato alla finanza speculativa a livello globale; l'emergere di attori privati, gestori e amministratori di fondi privati emergono come *nuovi* attori, per evitare restrizioni e controlli sugli operatori bancari. Un pensiero unico, senza fessure, un'azienda assicurata senza rischi e senza tasse.

È così che il controllo dei desideri, la creazione di bisogni e soggettività trasformano il lavoratore in un consumatore, in un debitore e in uno schiavo. Gli schiavi del debito nel XXI secolo stanno progressivamente cedendo parte della loro libertà al controllo di un *chip*, di un codice, di una serie di barre sulla carta di credito e di debito. Gli effetti della magia del feticcio mantengono una società intorpidita e anestetizzata da un *virus*, che è invisibile e uccide.

Il virus non è una conseguenza, il virus è il sistema del capitale. Visibili o invisibili, ci comportiamo per lo più in modo indifferente, di fronte a un sistema che uccide quotidianamente bambini, giovani e anziani su scala globale, per non avere acqua potabile e servizi igienici; per non avere accesso a cure sanitarie minime. Uccide l'uomo perché è nero, la donna perché è donna, la persona LGBT perché è LGBT, uccide per paura e odio. Uccide perché *l'altro* pensa, e ha dei sentimenti. Uccide per fame coloro che non devono mangiare su un pianeta di poco più di 7,5 miliardi di persone, che produce cibo che potrebbe sfamare 12 miliardi di persone al ritmo di 2.700 calorie al giorno. Più di 690 milioni di persone soffrono la fame, secondo l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO)²⁸:

Il mondo non è sulla buona strada per raggiungere la Fame Zero entro il 2030. Si tratta di uno scenario allarmante, anche senza considerare i potenziali impatti della pandemia Covid-19. Una valutazione preliminare suggerisce che la pandemia potrebbe aggiungere tra gli 83 e i 132 milioni di persone al numero totale di persone sottonutrite nel mondo nel 2020, a seconda dello scenario di crescita economica (perdite che vanno da 4,9 a 10 punti percentuali di crescita del PIL globale).

28 FAO, *Lo Stato della sicurezza alimentare e della nutrizione nel mondo*, 2020. Il diritto a un'alimentazione adeguata si realizza quando ogni uomo, donna e bambino, da solo o in comunità con altri, ha accesso fisico ed economico in ogni momento a cibo o mezzi adeguati per il suo approvvigionamento. Commento generale 12 (CESCR)

Gli Stati Uniti hanno creato, ai sensi dell'articolo 4027 dell'H.R. 748, il *Coronavirus Economic Assistance, Relief, and Security Act (CARES Act)*, emanato il 27 marzo 2020 come Pub. Legge 116-136, stanziando anche 500 miliardi di dollari al Fondo per la stabilizzazione dei cambi (FSE)²⁹. Nel marzo e nell'aprile 2020, il Congresso ha approvato diversi progetti di legge per contribuire a combattere il Covid-19 e migliorare l'impatto economico delle misure di distanziamento sociale, per un valore di circa 2,7 mila miliardi di dollari. Questi progetti di legge sono stati approvati dopo la presentazione del bilancio del Presidente al Congresso. Il limite di indebitamento del Tesoro è sospeso fino al 31 luglio 2021. Alla fine di luglio 2020, il debito lordo federale era di 26,525 miliardi di dollari, mentre il debito federale detenuto dal pubblico era di 20,634 miliardi di dollari.

Politica economica³⁰. Il Governo degli Stati Uniti ha risposto agli effetti della pandemia Covid-19 con una serie di politiche fiscali e monetarie notevolmente espansive, tra cui un livello di assistenza fiscale senza precedenti e una riduzione del tasso di interesse di politica chiave vicino allo zero. Sul fronte fiscale, il Congresso ha autorizzato un pacchetto di assistenza economica senza precedenti pari a circa 2,7 trilioni di dollari. Il Governo federale ha aiutato gli americani attraverso i pagamenti per l'impatto economico e ha assistito i disoccupati aggiungendo un sussidio federale settimanale temporaneo al normale sussidio di disoccupazione dello stato e estendendo l'ammissibilità ai lavoratori autonomi e ai lavoratori dello spettacolo. L'amministrazione ha anche rinviato il pagamento delle tasse e ha ritardato il pagamento dei prestiti ai mutuatari di prestiti agli studenti sostenuti dal Governo federale per aumentare il reddito disponibile e aiutare le famiglie americane a superare la pandemia. Inoltre, il Tesoro e la *Small Business Administration* (SBA) hanno lanciato il *Paycheck Protection Program* (PPP) a meno di una settimana dalla sua autorizzazione a fine marzo. L'Amministrazione ha lavorato direttamente con i finanziatori privati e ha utilizzato le loro infrastrutture per accelerare la velocità con cui le imprese potevano ricevere i fondi. In meno di due settimane, il PPP aveva esaurito i finanziamenti iniziali: aveva elaborato quasi 1,7 milioni di prestiti per un valore di 342 miliardi di dollari. Dopo una seconda allocazione, il PPP ha finora erogato quasi 5 milioni di prestiti per un valore di oltre 520 miliardi di dollari.

29 *Federal Credit Reform Act* del 1990 (2 U.S.C. 661 e segg.).

30 Profilo economico del Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti – Fonte: Ufficio di Analisi Macroeconomica. 18 agosto 2020: <https://www.fiscal.treasury.gov/reports-statements/treasury-bulletin/current.html>.

L'iniezione di capitale per salvare le grandi aziende dell'economia statunitense nel primo trimestre del 2020, è durata quanto il piacevole effetto dell'iniezione di una dose di eroina nel corpo di un tossicodipendente; quando l'effetto va, la realtà è ancora lì, non è cambiata. Non è bastato a risolvere il problema dei 40 milioni di disoccupati³¹, né il debito sociale, la violenza, l'odio razziale e sessuale, né le disuguaglianze.

Gli Stati contemporanei e le istituzioni finanziarie internazionali (Fondo Monetario Internazionale, Banca Mondiale, BRI, Banca Centrale Europea, *Federal Reserve*) agiscono subordinatamente alla logica del sistema capitalista, transnazionalizzato, perpetuando la riproduzione del sistema, proteggendo la proprietà privata e garantendo il tasso di profitto della classe dominante. Anche in gravi situazioni di affettazione della vita, come la pandemia della Covid-19, gli Stati contemporanei e le loro istituzioni, indipendentemente dalle particolarità, si comportano allo stesso modo per più di duecento anni come *macchina capitalista o il capitalista collettivo ideale* (Engels, 1878)³², dimenticando il loro principale obbligo: "lo Stato deve mantenere in vita i suoi cittadini" (Karl Eduard Zachariae, 1830)³³.

31 M. Dvorkin, *L'impatto di COVID-19 sul mercato del lavoro americano*, 13 aprile 2020: "la pandemia di coronavirus sta inviando onde d'urto attraverso i mercati del lavoro degli Stati Uniti e del resto del mondo. Nelle marzo-aprile 2020, più di 16 milioni di lavoratori statunitensi hanno fatto domanda per l'assicurazione contro la disoccupazione, un numero senza precedenti per gli standard storici".

32 F. Engels, *La revolución de la ciencia de Eugenio Dühring (Anti-Dühring)*, Moscu, 1878, p. 276.

33 E.A. Zalduendo, *La Deuda Externa*. Cit., p. 10.

IL RUOLO DELLA MEDICINA
E DELLA PSICOLOGIA
NELLE CRISI PANDEMICHE

FAIR INNINGS E SCELTE SANITARIE: VERSO UNA “VIRALE” NUOVA FRONTIERA DELLA RESPONSABILITÀ MEDICA?*

1. Medical need e scelte sanitarie

“La carenza di vita, la carenza di tempo [...] costituisce il modo di essere eccezionale nel quale ci troviamo inchiodati per questa vicenda di carattere esteriore”: l'uomo, benché dotato dei “mezzi per andare sulla luna, su Marte, per fare i grandi viaggi interplanetari” si trova costretto ad arrendersi “di fronte a un minuscolo essere vivente qual è un virus di cui siamo in questo momento i prigionieri”¹. L'irrompere sulla scena mondiale del *coronavirus* (responsabile della *Sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2* meglio nota con l'acronimo SARS-CoV-2 o più semplicemente con quello di Covid-19) ha prodotto effetti devastanti in ogni ambito del vivere civile e nel travolgere certezze e comportamenti ha disvelato, in tutta la sua drammaticità, la fragilità del sistema e del sistema sanitario in particolare. Sol che ci si soffermi sul recente passato, a venire in rilievo sono anzitutto le difficoltà legate alla diagnosi e al corretto inquadramento dei sintomi della malattia nonché alla carenza di dispositivi di protezione individuale, di ventilatori meccanici, di posti letto negli ospedali e nelle rianimazioni. La penuria di risorse, generata dal fatto che i servizi di cura e di assistenza sono risultati quantitativamente inferiori alle necessità massime prevedibili, si è tradotta in scelte non semplici, dalle quali è dipesa non di rado la sopravvivenza di un malato piuttosto che di un altro o la possibilità di cura o la qualità delle cure da prestare al singolo malato.

I dilemmi etici e giuridici che ne sono conseguiti stentano ancora oggi a trovare risposte convincenti in grado di giustificare le deroghe apportate al *triage* negli ospedali, normalmente basato sulla valutazione del livello di

* Il lavoro, sebbene unitariamente concepito, è da attribuire per quanto concerne i paragrafi 1 e 5 a Gelsomina Salito e per quanto riguarda i paragrafi da 2 a 4 a Virginia Zambrano.

1 A. Masullo, *Riflessioni sulla vita ai tempi della nuova peste*, in “Voce delle voci”, 20 marzo 2020.

urgenza del soggetto, secondo un codice associato alla criticità del caso². Il prevalere, invece, in più di una circostanza, della logica del cd. *fair innings* ha indotto ad assegnare le risorse sanitarie “in un contesto di grave carenza (*shortage*)” riservando i trattamenti di carattere intensivo ai pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico e privilegiando, di conseguenza, la “maggior speranza di vita”³. Sullo sfondo di una *medicina delle catastrofi*, si è consumata così la disputa, non solo ideale, tra “appropriatezza clinica”⁴ e *giustizia distributiva* e se il prevalere, a tratti, della prima si è spinto fino a riservare i mezzi a chi *può avere più anni di vita salvata*, il recupero della seconda ha significato, con lo stabilizzarsi della situazione sanitaria, il ritorno alla valutazione medica dell'efficacia del trattamento rispetto ai bisogni clinici individuali.

Il tema delle cd. scelte tragiche non è, in vero, nuovo: si è posto nella sua complessità già in relazione ai trapianti di organi, rispetto ai quali, tuttavia, il numero limitato di aventi diritto ha consentito di ascrivere un ruolo decisivo al criterio clinico. Dinanzi a richieste crescenti di cure e di

2 In relazione alla gestione delle emergenze in epoca pre-pandemica cfr. M. Catino, M. Pesenti Campagnoni, C. Locatelli, *I ragionamenti inferenziali nella gestione delle emergenze*, in “Riv. it. med. leg.”, 2012, p. 425.

3 SIAARTI, *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*, 6 marzo 2020. Si legge, altresì, nel documento che “non si tratta di compiere scelte meramente di valore, ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha *in primis* più probabilità di sopravvivenza e secondariamente a chi può avere più anni di vita salvata, in un'ottica di massimizzazione dei benefici per il maggior numero di persone”. Sul valore del documento SIAARTI vedi l'attento saggio di A. Da Re, A. Nicolussi, *Raccomandazioni controverse per scelte difficili nella pandemia. Appunti etico-giuridici su responsabilità dei medici e linee guida*, in “Medicina e morale”, 2020, p. 347 ss.

4 V. CNB, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”*, 8 aprile 2020, il quale ritiene che “il triage in emergenza pandemica, si debba basare su una premessa, la *preparedness* (predisposizione di strategie di azione nell'ambito della sanità pubblica, in vista di condizioni eccezionali, con una filiera trasparente nelle responsabilità), la appropriatezza clinica (valutazione medica dell'efficacia del trattamento rispetto al bisogno clinico di ogni singolo paziente, con riferimento alla urgenza e gravità del manifestarsi della patologia e alla possibilità prognostica di guarigione, considerando la proporzionalità del trattamento), l'attualità che inserisce la valutazione individuale del paziente fisicamente presente nel pronto soccorso nella prospettiva più ampia della “comunità dei pazienti”, con una revisione periodica delle liste di attesa”. In argomento, ancora, A. Da Re, A. Nicolussi, *Raccomandazioni controverse per scelte difficili nella pandemia. Appunti etico-giuridici su responsabilità dei medici e linee guida*, cit., p. 357, che mettono in evidenza il diverso rilievo del parere del CNB rispetto alle *Raccomandazioni* della SIAARTI.

ricoveri dovuti al diffondersi del *coronavirus*, però, anche siffatto criterio ha vacillato, vinto, in più di un momento, dalla oggettiva difficoltà di considerare e analizzare la condizione del singolo paziente affetto da una malattia sostanzialmente ignota alla letteratura scientifica, quale, appunto, il Covid-19. E per quanto resti inammissibile – come ricorda la giurisprudenza⁵ – distinguere “tra vite degne e non degne di essere vissute”, i medici sono stati spesso indotti ad assumere decisioni non sempre condivisibili o comprensibili secondo le regole ordinarie. Il diritto *in primis* ne esce smarrito, sopraffatto, a sua volta, dalla sconosciuta patologia, che lo costringe, dopo anni trascorsi ad indagare la responsabilità medica – come riprova il susseguirsi delle leggi e degli arresti giurisprudenziali in merito – a rivedere nozioni, criteri di imputazioni, schemi entro i quali sussumere l’agire del sanitario. E se non è mancato chi ha suggerito l’opportunità di introdurre un intervento normativo *ad hoc*⁶, che, sorretto dalla *ratio* della eccezionalità, fissasse nuovi confini in materia, in presenza, soprattutto, di errori diagnostici e terapeutici, ad una più attenta lettura l’adozione di una legislazione speciale potrebbe aprire a scelte poco coerenti, magari assunte sulla scia dell’emotività e della finalità (ancorché nobile) di tutelare la classe medica in prima linea contro la pandemia. L’ordinamento, del resto, presenta al suo interno, nel codice civile e nelle leggi in materia, strumenti interpretativi in grado di inquadrare e risolvere le questioni, non nuove, sollevate dal dilagare del *coronavirus* nella realtà sociale e soprattutto in quella sanitaria⁷. La pandemia non ha prodotto, infatti, il sorgere di ipotesi di responsabilità dissimili da quelle alle quali si assiste ordinariamente; ha solo imposto di riguardarle sotto una nuova luce, quella della eccezionalità della situazione e della speciale difficoltà tecnica della prestazione: la prima quale forza maggiore che, determinando l’impossibilità sopravvenuta

5 Cass., 16 ottobre 2007, n. 21748, in “Dir. fam. e pers.”, n. 1, 2008, p. 77 ss., in relazione al c.d. caso Englaro.

6 Tra gli altri G. Facci, *La medicina delle catastrofi e la responsabilità civile*, in “Resp. civ. e prev.”, 2020, p. 706; M. Faccioli, *Il ruolo dell’art. 2236 c.c. nella responsabilità sanitaria per danni da COVID-19*, su “rivistaresponsabilitamedica.it”, 2020, p. 8.

7 La responsabilità del medico, del resto, non è tema nuovo: rappresenta rinomatamente uno degli argomenti maggiormente dibattuti dagli interpreti ai quali si deve nel tempo ora il ripensamento di categorie tradizionali (quali, ad esempio, la distinzione tra obbligazioni di mezzi e obbligazioni di risultato), ora la creazione di nuove (l’ormai noto contatto sociale), nel tentativo costante di adeguare le soluzioni ai progressi della scienza e della tecnica nonché alla mutata sensibilità sociale. Sul punto U. Perfetti, *La responsabilità civile del medico tra legge c.d. Gelli e nuova disciplina del consenso*, in “Giust. civ.”, 2018, p. 359.

della prestazione, esclude la responsabilità del medico e della struttura; la seconda quale criterio che, riflettendo le peculiarità della vicenda concreta⁸, definisce il livello di perizia oggettivamente esigibile di fronte alla malattia in esame.

La riaffermazione, per tale via, delle categorie tradizionali, si compie, per l'esattezza, lungo le coordinate temporali tracciate, ancora una volta, dalla pandemia: altro, infatti, è la condotta che ci si poteva aspettare dal medico e dalla struttura sanitaria agli esordi del *virus*, caratterizzati dalla completa assenza di certezze⁹; altro quella che, al contrario, è ragionevole attendersi nella fase successiva connotata da una progressiva consapevolezza del fenomeno e da una sua graduale gestione altresì sanitaria. Si pensi, così, all'errore diagnostico: al prorompere della SARS-CoV-2 l'impossibilità di rinvenire linee guida alle quali attenersi (art. 5, c. 1, l. n. 24/2017) o, paradossalmente, la presenza di linee guida inidonee¹⁰ (quali le prime indicazioni ministeriali che escludevano la possibilità di effettuare tamponi a chi non proveniva dalla Cina)¹¹ offrono un valido argomento per escludere ogni addebito in capo al medico che vi sia incorso. Questi, infatti, essendo tenuto, in ragione di una sindrome sconosciuta fino a pochi mesi fa, ad un elevato impegno intellettuale e ad un'alta preparazione professionale, di gran lunga superiori a quelli ordinariamente richiesti, non può ritenersi

8 Il rispetto della *leges artis* deve in ogni caso essere rapportato, con giudizio di adeguatezza, alla specificità del caso concreto che rappresenta un ampio serbatoio di discrezionalità decisoria per il giudice. In giurisprudenza, Cass., sentenza n. 11208/2017, in "Giust. civ. Mass.", 2017.

9 La legge Gelli Bianco (l. n. 24/2017) ha preferito seguire la via breve che "porta alla mera sostituzione della responsabilità contrattuale con quella extracontrattuale" per alcune categorie di medici. La soluzione, tuttavia, non si è rivelata priva di criticità: così F. Zecchin, *La responsabilità medica tra forma e sostanza dopo la legge 8 marzo 2017, n. 24*, in "Europa e dir. priv.", 2018, p. 1321.

10 Sul valore delle linee guida E. Marchisio, *Evoluzione della responsabilità civile medica e medicina "difensiva"*, in "Riv. dir. civ.", 2020, pp. 189 ss.; A. Di Majo, *Il giudizio di responsabilità del medico dopo la legge Gelli e la perizia "guidata"*, in "Giur. It.", 2018, pp. 841 ss.; A. de Tura, *La rilevanza delle linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici*, in R. Balduzzi (a cura di), *La responsabilità professionale in ambito sanitario*, Bologna 2010, pp. 247 ss. Per la loro riconduzione alla c.d. *soft law*, G. Guerra, *La rilevanza giuridica delle linee guida nella pratica medica: spunti di diritto americano*, in "Nuova giur. civ. comm.", 2014, pp. 2037 ss.

11 Le raccomandazioni della SIAARTI del 6 marzo 2020 (v. nota 3) e il parere del CNB, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, 8 aprile 2020, non sono assimilabili alle linee guida di cui discorre la legge Gelli Bianco. Queste ultime, infatti, si prefiggono di condizionare la qualità del sistema sanitario, laddove lo scopo dei documenti indicati appare piuttosto quello di armonizzare il sistema.

responsabile per gli errori dovuti alla mancanza di perizia, quale ad esempio il somministrare una terapia non in grado di condurre alla guarigione del malato di Covid-19 o, peggio, tale da accelerarne il decesso (sol che si ricordino le prime morti dovute a cure poi rivelatesi controproducenti). Ad analoga conclusione deve pervenirsi in sede di giudizio dell'errore commesso dai medici non specializzati o privi della specializzazione necessaria rispetto a quella specifica per il trattamento del *coronavirus*, chiamati nondimeno ad intervenire in ragione delle carenze di organico determinate dagli ingenti ricoveri ospedalieri.

Si pensi, ancora, ai possibili danni derivanti ai pazienti dalla somministrazione, nella fase iniziale, di farmaci *off-label*, ossia di farmaci registrati ma destinati ad un impiego diverso dalla cura del Covid-19 o di farmaci sperimentali, magari ancora privi dell'autorizzazione all'immissione in commercio rilasciata dal Ministero della Salute¹². Il tentativo di salvare vite umane ha, non di rado, indotto gli operatori sanitari, nell'immediatezza della pandemia, ad avvalersi dei medicinali indicati pur in assenza di dati documentabili o di pubblicazioni scientifiche che ne attestassero l'impiego¹³. Una simile decisione ha spinto taluno a qualificare come pericolosa l'attività di sperimentazione in tal modo posta in essere in quanto pratica dagli effetti ignoti o comunque non ancora sufficientemente conosciuti¹⁴ e a ricondurne la disciplina all'art. 2050 c.c.¹⁵, con conseguente aggravio della posizione probatoria del medico¹⁶, tenuto a dimostrare di avere adottato *tutte le misure idonee ad evitare il danno*. La considerazione della gravità dell'evento pandemico e soprattutto del principio, sotteso ad ogni sperimentazione, dell'adeguata ponderazione tra vantaggi ed oneri derivanti dall'azione e dalla mancanza di azione¹⁷, in considerazione dell'evoluzione scientifica, inducono, tuttavia, a dissentire dalla conclusione e a sussumere piuttosto la fattispecie sotto le maglie dell'art. 2236 c.c.¹⁸, sulla

12 Cfr. d.lgs. n. 219/2006, in G.U. 21 giugno 2006, n. 142.

13 Art. 1, c. 4, d.l. n. 356/1996, convertito in l. n. 648/1996.

14 A. Bellelli, *Aspetti civilistici della sperimentazione umana*, Padova, 1983, p. 134.

15 Per un'analisi dell'art. 2050 c.c. anche in relazione alla responsabilità medica C. Castronovo, *La responsabilità civile*, Milano 2018, pp. 449 ss.

16 C. Iorio, *Responsabilità medica e tutela del paziente ai tempi del Coronavirus*, in "Judicium", 2020, p. 7.

17 F. Grotteria, *Il paradigma della responsabilità civile nella sperimentazione clinica: alla ricerca di un equilibrio tra canoni tradizionali ed incertezza scientifica*, in "Riv. it. med. leg.", 2017, p. 1301.

18 Il campo sperimentale, del resto, è quello che più di ogni altro presenta problemi tecnici di speciale difficoltà. Il trattamento, infatti, in quanto, appunto, sperimentale, non è pienamente conosciuto dalla scienza medica. Cfr. A. Bellelli, *Aspetti*

base del quale escludere o limitare fortemente la responsabilità quando il danno al paziente, pur essendo prevedibile, era accettabile sulla base della valutazione etico scientifica preliminarmente effettuata dal medico e dal comitato etico della struttura sanitaria¹⁹.

Con riguardo alle strutture sanitarie, invece, il rilievo diacronico dei due ricordati elementi della eccezionalità della situazione e della speciale difficoltà della prestazione si apprezza, in particolare, in relazione al distinto profilo delle carenze organizzative originate dall'irrompere della Sars-Cov-2, che ha decretato l'impossibilità per detti enti di adempiere o di adempiere in modo esatto l'"obbligazione istituzionale primaria"²⁰ nascente dal contratto (atipico) di ospedalità²¹. Sul punto la normativa di settore (si pensi al d.m. n. 70/2015), ispirata ad un criterio di appropriatezza delle risorse, impone loro di predisporre tutto quanto necessario (anche in termini di apparecchiature e di dispositivi diagnostici e terapeutici) per il corretto espletamento della prestazione medica in senso stretto pur in condizioni inattese e di emergenza, ancorché di rara verifica²², quali, appunto, una pandemia. La previsione astratta si è scontrata, tuttavia, nella

civilistici della sperimentazione umana, cit., p. 123. Per una ricostruzione della normativa in materia R. Masoni, *La sperimentazione di terapie innovative: la ricostruzione del quadro normativo*, in "Dir. fam. e pers.", 2019, pp. 968 ss.

19 *Argomentando a contrario*, pertanto, deve ritenersi responsabile il medico che abbia operato una errata ponderazione rischi-benefici con riferimento alla condizione di salute del paziente. Il medico è, infatti, chiamato ad accertare l'idoneità della sperimentazione a tutelare i diritti individuali del paziente. Sul punto F. Grotteria, *Il paradigma della responsabilità civile nella sperimentazione clinica: alla ricerca di un equilibrio tra canoni tradizionali ed incertezza scientifica*, cit., 1307.

20 Così Cass., sentenza n. 6707/1987, in "Foro it.", I, 1988, p. 1629.

21 Sul punto M. Faccioli, *L'incidenza delle carenze strutturali e organizzative dell'ente sanitario sui doveri e sulle responsabilità individuali del medico*, in "Resp. civ. e prev.", 2016, p. 1851; Id., *Il contratto tra il paziente e la struttura sanitaria: natura, oggetto e disciplina applicabile*, in "Studium iuris", 2004, pp. 519 ss.

22 Già una datata giurisprudenza di merito (Trib. Milano, sentenza 9 gennaio 1997, in "Resp. civ. e prev.", 1997, pp. 1220 ss.), così, sottolineava la gravità della mancanza di un servizio interno di rianimazione in una struttura nella quale si compiono interventi operatori in anestesia generale, sul presupposto per cui anche in quelli di più semplice esecuzione, c.d. di *routine*, sussiste pur sempre un rischio di complicazioni per quanto statisticamente basso. Ribadiscono la responsabilità autonoma e diretta della struttura ospedaliera ove il danno subito dal paziente risulti causalmente riconducibile ad una inadempienza alle obbligazioni ad essa facenti carico, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze Cass., SS. UU., sentenza n. 9556/2002, in "Nuova giur. civ. comm.", I, 2003, p. 689; Cass., sentenza n. 13066/2004, in "Danno e resp.", 2005, p. 537; Cass., sentenza n. 24759/2007, in "Giust. civ. Mass.", 2007, p. 11.

realtà, con il bisogno urgente, impellente e contestuale di cure da parte di un numero rilevante di persone²³, con l'assenza di linee guida e di buone pratiche clinico-assistenziali, con la limitatezza delle risorse finanziarie a disposizione, con la necessità di impiegare quelle presenti secondo criteri di adeguatezza, razionalità ed efficienza²⁴: le peculiarità del caso concreto e l'innegabile constatazione per cui il debitore (la struttura sanitaria) non avrebbe potuto evitare l'inadempimento utilizzando l'ordinaria diligenza²⁵ hanno finito così per superare il dettato normativo e per giustificare gli inadempimenti il debitore, nella fase di esordio della pandemia.

Le conclusioni raggiunte non devono però indurre nell'errore opposto di ritenere *tout court* sempre e comunque esenti da addebiti e da colpe il medico e la struttura, i quali continuano a rispondere, pur nell'era del Covid-19, per il mancato o inesatto adempimento di quelle obbligazioni assunte all'atto del ricovero o della presa in cura del paziente e non intaccate nella loro realizzabilità ed esecuzione dagli effetti della pandemia. Per restare, così, all'esempio della carenza di organizzazione e di dispositivi terapeutici, non va esente da colpa il medico che non informi il paziente "della possibile inadeguatezza della struttura per l'indisponibilità, anche solo momentanea, di strumenti essenziali per una corretta terapia o per un'adeguata prevenzione di possibili complicazioni"²⁶. Grava, inoltre, sul medico che opera in un ospedale inadeguato un "dovere correttivo"²⁷, con-

23 Una responsabilità dell'ospedale può configurarsi anche nella insufficienza delle apparecchiature a disposizione per affrontare la prevedibile emergenza, ovvero nel ritardo nel trasferimento del paziente in un centro ospedaliero attrezzato: Cass., sentenza n. 10743/2009, in "Giust. civ. Mass.", n. 5, 2009, p. 749.

24 V. M. Faccioli, *Il ruolo dell'art. 2236 c.c. nella responsabilità sanitaria per danni da COVID-19*, cit., p. 6.

25 Si rinvia a F. Realmonte, *Caso fortuito e forza maggiore*, in "Dig. it.", V. II, Torino, 1988, pp. 253 ss.

26 Già in passato, in questi termini, Cass., sentenza n. 6318/2000, in "Riv. it. med. leg.", 2000, p. 1301. Sul dovere del medico, ancorché in condizioni di normalità, di verificare l'organizzazione dei mezzi adeguati al raggiungimento degli obiettivi, con l'adozione di tutte le misure volte a ovviare alle carenze strutturali e organizzative incidenti sugli accertamenti diagnostici e sui risultati dell'intervento Cass., sentenza n. 8035/2016, in "Guida al diritto", n. 26, 2016, p. 38. Ritengono che sia richiedere "davvero troppo se al medico si addossa addirittura il compito di mettere in guardia i pazienti da tutte le possibili deficienze, contingenti e croniche, del proprio ospedale di cui egli abbia conoscenza e che direttamente o indirettamente potrebbero incidere sulla salute ed anche più latamente sul disagio del paziente" A. Fiori, G. La Monaca, *L'informazione al paziente ai fini del consenso: senza più limiti*, in "Riv. it. med. leg.", 2000, p. 1312.

27 *Amplius*, M. Faccioli, *op. cit.*, pp. 1852 ss.; P. D'Onofrio, *Libertà di cura e autodeterminazione*, Padova 2015, p. 101; E. Guerinoni, *Attività sanitaria e responsa-*

sistente nel porre in essere ogni condotta o soluzione idonea a ridurre o a rimediare totalmente o parzialmente (al)le conseguenze del difetto strutturale e organizzativo, adeguando le modalità e il livello di diligenza della propria condotta alle inefficienze dell'ente, nei limiti in cui sia tecnicamente possibile. A tal fine, egli è tenuto ad accertare che sussistano le condizioni per il corretto svolgimento della prestazione sanitaria e, ove carenti, a disporre il trasferimento del malato presso altra struttura in grado di offrire gli strumenti di cura che difettano in quella in cui svolge la propria attività: soltanto qualora quest'ultima soluzione non sia praticabile (quella, vale a dire, del trasferimento) e il medico non sia in grado di neutralizzare le deficienze strutturali e organizzative dell'ente, può concludersi per l'esenzione da responsabilità *ex art. 1218 c.c.*²⁸. Compete, quindi, al giudice, sulla base delle circostanze concrete, definire secondo un modello di causalità equitativo-proporzionale, la *parte di danno rapportabile* al caso fortuito e quella riferibile ad una causa umana (cioè all'errore dei sanitari)²⁹, con valutazione che, tuttavia, appare *ictu oculi* complessa per la difficoltà di accertare non “la rilevanza eziologica di una condotta (quella del medico appunto, *n.d.r.*), bensì di una inefficienza, soprattutto quando questa non sia accompagnata alla negligenza di uno specifico sanitario o gruppo di medici, oppure quando il difetto organizzativo consista in uno specifico apparecchio che non funziona”³⁰.

bilità civile, in “Corr. giur.”, 2013, p. 36; L. Nocco, *La responsabilità delle e nelle strutture*, cit., pp. 92 ss.; A. Fiori, G. La Monaca, *op. cit.*, 2000, p. 1312.

28 Cfr. D. Carusi, *Responsabilità de medico, diligenza professionale, inadeguata dotazione della struttura ospedaliera*, in “Giur. it.”, n. I, 1996, p. 94.

29 *Amplius* sul punto R. Pucella, *Concorso di cause umane e naturali: la via impervia tentata dalla Cassazione*, in “Nuova giur. civ. comm.”, 2012, pp. 1018 ss.

30 Per riprendere le parole di L. Nocco, *La responsabilità delle e nelle strutture*, in G. Comandè, G. Turchetti (a cura di), *La responsabilità sanitaria. Valutazione del rischio e assicurazione*, Padova 2004, p. 90. Per lungo tempo, in merito, ha prevalso la rigida alternativa per effetto della quale o “le condizioni ambientali – o i fattori naturali – che caratterizzano la realtà fisica su cui incide il comportamento imputabile dell'uomo (sono) sufficienti a determinare l'evento di danno, indipendentemente dal comportamento medesimo” o “quelle condizioni non (possono) dar luogo, senza l'apporto umano, all'evento di danno” ed allora “l'autore del comportamento imputabile è responsabile per intero di tutte quelle conseguenze da esso scaturenti scaturenti secondo normalità”: cfr. Cass., 16 febbraio 2001, n. 2335, in.... Il diverso orientamento affermatosi nel tempo – salvo qualche *revirement* (Cass., sentenza n. 15991/2011, in “Nuova giur. civ. comm.”, n. 2, 2012, p. 1018) – rimette al giudice del merito il compito di “procedere alla specifica identificazione della parte del danno eventualmente con criterio equitativo”: Cass., sentenza n. 975/2009, in “Danno e resp.”, 2010, pp. 372 ss.

Analogamente, la struttura sanitaria risponde della diffusione del *coronavirus* se non adotta tutti gli accorgimenti necessari ad impedire il contagio all'interno dei suoi reparti³¹, come nel caso in cui i pazienti ricoverati per patologie diverse contraggano il Covid-19 in ambiente ospedaliero a causa appunto di carenze organizzative della struttura stessa. Parte della dottrina, in vero, ha ritenuto “eccessivamente penalizzante” per gli enti sanitari se la relativa responsabilità per le infezioni nosocomiali³² venisse valutata secondo gli approdi giurisprudenziali raggiunti in un contesto di “normalità”³³. In senso contrario, però, è proprio il contesto di non-normalità che, elevando la soglia delle attenzioni necessarie, impone di ritenere come doverosa l'adozione da parte dell'ospedale di misure ancora più stringenti di contenimento dei contagi, pena appunto la sua responsabilità³⁴.

2. Il quadro delle responsabilità: l'esperienza americana

Se c'è una lezione che l'esperienza della pandemia disvela è la fragilità delle società moderne nonché l'incapacità di elaborare una catena di comando in grado di contrastare, in maniera efficace, eventi e minacce esterne causate – nel caso di specie – da un virus di, apparentemente, banale origine zoonotica. Il passaggio all'uomo, come noto, è stato drammatico e ha messo in fibrillazione a livello globale un intero ecosistema politico, giuridico e sociale. Non sorprende allora che, in tutti gli ordinamenti, la risposta sia coincisa con il rafforzamento di quella sovranità statale che per Foucault assume la forma della *sottrazione* laddove – sempre a citare Foucault – solo la dimensione biopolitica si traduce “in una relazione di cura, tutela, crescita, potenziamento della vita”³⁵. Il recupero di quella sovranità

31 Sul tema più generale delle infezioni ospedaliere e della responsabilità dell'ente, L. Papi, *Infezioni correlate all'assistenza: verso un riequilibrio dell'onere probatorio?* in “Resp. civ. e prev.”, 2019, pp. 1359 ss.

32 Si intendono per infezioni ospedaliere le malattie infettive contratte dal paziente in ospedale o in altri ambienti sanitari che, al momento del suo ingresso nella struttura assistenziale, non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione. Tale nozione è riportata dall'OMS in *Prevention of hospital-acquired infections – A practical guide*, 2nd ed. (2002).

33 Così G. Facci, *La medicina delle catastrofi e la responsabilità civile*, in “Resp. civ. e prev.”, 2020, p. 707.

34 In argomento A. Davola, *Infezioni nosocomiali e responsabilità della struttura sanitaria*, in “Danno e resp.”, 2017, pp. 360 ss.

35 M. Foucault, *Le maglie del potere* (1981), in *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste*, V. 3, 1978-1985; trad. it. A. Pandolfi (a cura di), Milano, 1998, p. 156.

di cui si diceva ha condotto ad una stabilizzazione dello stato d'eccezione e alla riscrittura di limiti e regole di responsabilità che, non raramente, hanno messo in quiescenza diritti e libertà. Vieppiù in ambito medico dove contro misure quali quarantena, isolamento, *social distancing*, test obbligatori, *screening*, vaccinazioni e trattamenti medici obbligatori, sospensione di servizi essenziali hanno inciso, limitandoli profondamente, su diritti fondamentali della persona³⁶.

D'altro canto se è vero che, in teoria, la solidità delle soluzioni che si sono formate in tema di responsabilità medica sembrerebbe tale da poter sopportare il peso dell'emergenza Covid-19, nel senso che errori diagnostici, terapeutici, omissioni in relazione al rispetto di misure di prevenzione quali isolamento, adozione di presidi terapeutici adeguati, sanificazione ambientale e così via enumerando non sembrano in grado di distorcere le ordinarie regole che ne governano il regime, è anche vero che la realtà ha offerto un quadro assai più articolato di quanto non possa a prima vista apparire. Per un verso la pressione sui sistemi sanitari ha rivelato i limiti gravi di una scarsità delle risorse economiche che si è riflessa in *deficit* strutturali e organizzativi (dalla terapia intensiva agli apparecchi di ventilazione ai dispositivi di protezione individuale), per l'altro ha avviato una riflessione che investe la tenuta delle regole di responsabilità nei casi di *medical malpractice* al verificarsi di un evento avverso non adeguatamente fronteggiabile sia per l'assenza di terapie efficaci, sia a causa della capacità diffusiva e eccezionale virulenza del SARS-CoV-2. La necessità di ricorso a medici appartenenti ad altre specializzazioni e/o a personale chiamato a supporto di infettivologi e rianimatori che hanno operato fuori degli ambiti di propria competenza ha fatto il resto, restituendo la dimensione del problema e aprendo – in tutti gli ordinamenti – ad uno sforzo rinnovato di riflessione su aspetti niente affatto nuovi. Colpa, livello di diligenza esigibile, nesso causale, consenso sono così tornati ad alimentare – con toni diversi – un dibattito che, sia pur mai sopito, pareva essersi felicemente attestato su un *milieu* favorevole alle ragioni del paziente. L'emergenza Covid-19 sembra

36 S. Burris, S. de Guia, L. Gable, D.E. Levin, W.E. Parmet, N.P. Terry, *Assessing Legal Responses to COVID-19*, Boston 2020, p. 199; R. G. Spece, *COVID-19 Control: Disrupting Doctor-Patient Relationships*, in "Arizona Legal Studies", The University of Arizona, E. Rogers College of Law, n. 29-30, 2020, p. 4 ss.; L. Wiley, *Coronavirus, Civil Liberties, and the Courts: The Case Against "Suspending" Judicial Review*, 133 Harv. Law Rev., 2020, accessibile https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3585629; M. Shapiro, *Updating Constitutional Doctrine: An Extended Response to the Critique of Compulsory Vaccination*, 12 Yale J. Health Pol'y Law Ethics 87, 83-85, 2012, pp. 103-105.

segnare l'ocaso di questo impianto, facendo penetrare nel sistema della responsabilità medica la necessità ora di affinare le categorie esistenti ora di ampliare lo spettro delle responsabilità che gravano il medico o la struttura, spostando sull'assicurazione il rischio per il verificarsi dell'evento dannoso. Ma si proceda per ordine.

In America, sin dal diffondersi della pandemia, la partecipazione emotiva che ha circondato l'attività degli operatori sanitari, non è parsa sufficiente a far ritenere i *caregivers* al riparo da azioni di responsabilità. Rischiosamente benedetto da un cattivo ricorso alla *medical litigation*, da sempre affetta da una crescita esponenziale accompagnata dal progressivo emergere di soluzioni a tutela del paziente (a valersi sia in ambito probatorio sia sul piano dell'apprezzamento della colpa), l'avvitamento delle azioni su spirali sempre più sofisticate, ha fatto sorgere il timore che l'emergenza Covid-19 potesse aprire nuovi fronti in un settore già fertile terreno di scontri giuridici.

In vero la *National Academy of Sciences* (NAS) attraverso l'*Institute of Medicine* (IOM) – al fine di definire quale fosse lo *standard* di cure esigibile da un professionista – non aveva mancato, nel tempo, di elaborare precise linee guida volte a definire gli *standard* di assistenza in presenza di un cambiamento sostanziale delle normali operazioni sanitarie e del livello di assistenza che è possibile fornire. Già nel rapporto del 2009 la distinzione, operata dall'*Institute of Medicine*, fra *medical standard of care* quale tipologia e livello di assistenza medica prescritto da norme professionali e in linea con gli obiettivi dell'istituzione di cura³⁷, e *legal standards of care*, inteso quale parametro cui ogni professionista ragionevole e prudente deve ispirare la propria condotta, si prefigge un obiettivo preciso. In discussione è la necessità di evidenziare che i contesti di crisi incidono sul livello di prestazione medica astrattamente esigibile. Nel richiamo al *legal standard of care*³⁸ si racchiude l'invito rivolto ai giudici di tener conto sia del contesto nel quale è stata resa la prestazione, sia del livello di preparazione esigibile da quel professionista. Quanto accaduto a proposito

37 È di particolare interesse osservare come il riferimento al *medical standard of care* non raramente abbia condotto i giudici a ritenere che il criterio della pratica medica prevalente può non rivelarsi in grado di far fronte all'eccezionalità della situazione. Su queste basi si è riconosciuta la responsabilità dei medici che si erano invece attenuti a quello standard, *Helling v. Carey*, 83 Wash. 2d 514, 519 P.2d 981 (1974); *Canterbury v. Spence*, 464 F.2d 772 (D.C. Cir. 1972); R.G. Spece, *COVID-19 Control: Disrupting Doctor-Patient Relationships*, in *Arizona Legal Studies*, cit., p. 23.

38 Cfr. il *leading case*, *Hood v. Phillips*, 554 S.W.2d 160, 165 (Tex. 1977).

dell'uragano Katrina aveva segnalato, infatti, l'importanza di flessibilizzare i parametri da utilizzare per la definizione della condotta diligente. In quella circostanza il riferimento alla dottrina del c.d. *Double Effect to Protect Physicians* aveva permesso di ritenere che al medico è “*permissible unintentionally to cause foreseen ‘evil’ effects that would not be permissible to cause intentionally*”³⁹ e così mandare esente da responsabilità il sanitario costretto ad effettuare “scelte tragiche” o la cui prestazione fosse stata condizionata dalla situazione di emergenza nella quale era stata resa⁴⁰. È interessante osservare come equità, dovere di cura e di gestione delle risorse secondo criteri di trasparenza, coerenza, proporzionalità, parità di accesso e responsabilità – tutti diligentemente evocati – fungano da cornice retorica alla predisposizione di una “*national framework guidance on the key elements that should be included in standards of care protocols for disaster situations*”⁴¹.

In questo contesto, nonostante l'*American Bar Association* avesse espresso il proprio disappunto per l'introduzione di regole che “*would alter the legal duty of reasonable care in the circumstances owed to victims of a natural or man made disaster by relief organizations or health care*

39 G. Castellano, *The Criminalization of Treating End of Life Patients with Risky Pain Medication and the Role of the Extreme Emergency Situation*, “76 Fordham L. Rev.”, n. 203, 2007, p. 220. La dottrina ha poi trovato applicazione nel caso famoso della Dott.ssa Pou un medico del *Memorial Medical Center di New Orleans*, accusata di omicidio di secondo grado per aver presumibilmente accelerato la morte di diversi pazienti durante l'uragano Katrina. Sebbene non sia stata incriminata penalmente, ha anche affrontato diverse richieste di risarcimento per aver causato la morte dei suoi pazienti. In risposta, la Louisiana ha emanato la legge n. 301 del Senato della Louisiana, l. n. 538/2008 a tutela degli operatori sanitari che agiscono in buona fede durante le emergenze.

40 B. Berlinger, M. Wynia, T. Powell, D.M. Hester, A. Milliken, R. Fabi, *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19*, 2020, accessibile a <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19>; J. Mantel, *A Defense of Physicians' Gatekeeping Role: Balancing Patients' Needs With Society's Interests*, in “Pepp. L. Rev.”, 633, 725, 2015.

41 B.M. Altevogt, C. Stroud, S.L. Hanson, Dan MD. Hanfling, e L.O. Gostin, *Guidance for Establishing Crisis Standards of Care for Use in Disaster Situations – Letter Report* (2009). *Emergency Books. Book 2*, http://www.inovaideas.org/emergency_books/2; Institute of Medicine, *Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response*, 2012 accessibile a <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24830057>; Institute of Medicine, *Crisis Standards of Care: A Toolkit for Indicators and Triggers*, Washington, D.C., 2012.

practitioners”⁴², molti Stati e Governi locali hanno costantemente sostenuto la necessità di riscrivere le regole di responsabilità per medici e volontari, durante le emergenze. Qualche volta addirittura (*Virginia Code*, Secs. 8.01-225.01, 8.01-225.02) assorbendo la esenzione di responsabilità *in case of disaster* in una legislazione di rango primario, salvo ovviamente le ipotesi di “*gross negligence or willful misconduct*”⁴³.

Né, a siffatte esigenze, era rimasto estraneo il Governo federale. Fortemente sollecitato dalle industrie farmaceutiche produttrici di vaccini e, dunque, interessate ad esenzioni di responsabilità per i danni conseguenti, il legislatore federale con il *Public Readiness and Emergency Preparedness (PREP) Act 2005*, aveva provveduto ad attenuare anche la responsabilità di medici e personale sanitario costretto ad operare in situazioni di emergenza⁴⁴. Questa *immunity from tort liability*, allorché la prestazione medica è resa *to respond to pandemics, epidemics, or any biological, chemical, radiological, or nuclear threat* è da ultimo stata estesa a mitigare le conseguenze legate al Covid-19 e si propaga ad ogni *covered countermeasure*. Per cui qualsiasi danno derivante da misure di sicurezza, prodotti o strumenti il cui utilizzo in situazioni di emergenza sia stato approvato manda esente da responsabilità per il suo uso “*during a public health emergency declared under section 247d of this title*” (*PREP Act*). Non si fa scrupolo di attenuare responsabilità nemmeno il *CARES Act 2020*, allorché ricorda che i volontari “*shall not be liable under Federal or State law for any*

42 ABA (American Bar Association). American Bar Association House of Delegates, *Delegate Handbook*, Chicago, IL, 2011. Report to the House of Delegates Resolution 125 (revised August 6, 2011), In. http://www.americanbar.org/content/dam/aba/administrative/house_of_delegates/final_new_delegate_handbook_2011_2012.authcheckdam.pdf

43 Virginia Code, Sect. 8.01-225.02(West 2014). *Certain liability protection for health care providers during disasters*.

A. In the absence of gross negligence or willful misconduct, any health care provider who responds to a disaster shall not be liable for any injury or wrongful death of any person arising from the delivery or withholding of health care when (i) a state or local emergency has been or is subsequently declared in response to such disaster; and (ii) the emergency and subsequent conditions caused a lack of resources, attributable to the disaster, rendering the health care provider unable to provide the level or manner of care that otherwise would have been required in the absence of the emergency and which resulted in the injury or wrongful death at issue. Ma in tale direzione muovono anche il Del. Code Ann. tit 20, § 3129 (West 2007); Iowa Code Ann. § 135.147 (West 2007); Louisiana Stat. Ann. § 29:771(B)(2)(c) (2003).

44 42 U.S. Code § 247d–6d – *Targeted liability protections for pandemic and epidemic products and security countermeasures*.

*harm caused by an act or omission of the professional in the provision of health care services during the public health emergency with respect to Covid-19*⁴⁵. Ovviamente, l'esenzione non si estende ai casi di *reckless misconduct* o di grave violazione dei diritti del paziente, sebbene poi la dinamica probatoria sia pur sempre aggravata dal contesto nel quale il danno si è prodotto. Per quanto radicale possa apparire la direzione seguita dal legislatore americano (ma comune anche a quello francese) suggella una scelta motivata dalla preoccupazione di contenere i rischi di *defensive medicine* e crescita di azioni di responsabilità destinate ad avere inquietanti riflessi assicurativi⁴⁶.

A ben vedere, anche al di là di queste tensioni e al netto di giudizi di natura socio-giuridica sul tipo di strategia adottata, bisogna riconoscere che nelle azioni di responsabilità medica, il *plaintiff* deve pur sempre persuadere una giuria che il professionista ha tenuto una condotta negligente, causando il danno. Nel caso del Covid-19, la trasmissione virale rimane possibile anche quando il medico abbia confermato la sua condotta a quel *legal standard of care* di cui si diceva, rendendo difficile distinguere, in punto di responsabilità, fra fattori umani e naturali che hanno causato l'evento. Tanto meno, l'individuazione della *proximate cause*, che assorbe sia la causalità materiale sia quella giuridica, in luogo del test *but for* (pure utilizzato in alcune corti) appare agevole in presenza di vettori asintomatici, non prevedibili fattori di trasmissione del virus, un variabile periodo di incubazione etc.⁴⁷. Non è tutto. Se, infatti, una causa concomitante, come ad esempio una malattia polmonare preesistente (o altro grave quadro patologico associato) non è circostanza da sola sufficiente ad escludere la responsabilità, è anche vero che, in ipotesi di concorso causale, le caratteristiche sconosciute del virus, associate a condizioni di comorbidità, appaiono rendere ancora più oscuro il quadro probatorio, in punto di prova della causalità o dell'individuazione di una responsabilità concorrente⁴⁸. Esiti del genere, come è

45 Sect. 3215, Part III, *Coronavirus, Aid, Relief, and Economic Security Act*, Pub. L. No. 116–136, § 3215, 134 Stat. 281, 374–75 (2020).

46 M. J. Saks, S. Landsman, *The Paradoxes of Defensive Medicine*, in “Health Matrix”, n. 30, 2020, pp. 29 ss. Per l'esperienza italiana si rinvia alle riflessioni di C. Granelli, *La medicina difensiva in Italia*, in “Resp. civ. e prev.”, 2016, p. 32.

47 Si rinvia sul punto, considerata l'impossibilità di dar conto della ricca produzione in tema, ad una delle opere più classiche in tema, H.L.A. Hart, T. Honore, *Causation in the Law*, Oxford, 1985, *passim*; D.B. Dobbs, P.T. Hayden, E.M. Bublick, *Hornbook On Torts*, West Academic Publishing, § 9.5 (2d. ed. 2016).

48 Sul “principio della commisurazione dell'obbligo risarcitorio all'efficienza causale della condotta del danneggiante” nell'ordinamento italiano, cfr., Cass., sentenza n. 15991/2011.

ovvio, non investono le case di cura e tanto meno alterano il quadro delle responsabilità nel caso di decisioni volte a posticipare trattamenti medici elettivi⁴⁹. Che, comunque, il vero nervo scoperto delle azioni di responsabilità rimanga quello causale è lampante, ed è profilo, questo, che è ben chiaro agli stessi giudici italiani in Cass. n. 18392/2017. Il giudizio non è reso, ovviamente, in un contesto quale quello della pandemia, ma il riferimento fatto al *doppio ciclo causale* si fonda su un ragionamento che si presta a gestire il quadro delle responsabilità per i danni conseguenti a siffatta situazione di emergenza. Quel richiamo serve ai giudici per sottolineare che alla prova dell'evento dannoso (prova che, a monte, incombe al paziente) si affianca, a valle, la prova (liberatoria) da parte del debitore/danneggiante dell'impossibilità di adempiere. Per la Cassazione la dimostrazione della causa sconosciuta resta a carico dell'attore “relativamente all'evento dannoso”, laddove grava il convenuto in relazione alle circostanze concrete che hanno inciso sulla possibilità di adempiere. Per cui nei casi in cui rimane incerta la causa del danno ovvero, per contro, non si riesce a dimostrare l'impossibilità di adempiere, le conseguenze sfavorevoli si producono e rimangono rispettivamente in capo al paziente o alla struttura⁵⁰. Il che, da un punto di vista operativo, null'altro significa se non che, in caso di eventi eccezionali e non controllabili, dimostrare che la condotta medica è all'origine del danno è tutt'altro che agevole. Di tutto ciò sembra rendersi ben conto il legislatore americano il quale, piuttosto che lasciare le parti libere di sfidarsi per accertare la responsabilità, ha preferito indirizzarsi verso un modello esonerativo della stessa, salvo ovviamente casi di colpa grave.

Sulla direttrice segnata dagli interventi normativi di cui si diceva (*PREP ACT* e il *CARES Act 2020*) si sono accomodati una buona parte degli Stati

49 R.G. Spece, *COVID-19 Control: Disrupting Doctor-Patient Relationships*, in *Arizona Legal Studies*, cit., p. 13.

50 Cass. civ., sentenza n. 18392/2017, in “Foro it.”, n. I, 4, 2018, p. 1348. I giudici osservano che in discussione non è “il mancato rispetto della regola (preesistente) di esecuzione esperta della prestazione professionale quale obbligazione di comportamento, ma la scelta di agire in un modo piuttosto che in un altro che sarebbe stato efficace ai fini della prevenzione della causa che ha reso impossibile la prestazione. Tale causa resta non imputabile se non prevedibile ed evitabile. La colpa del debitore risiede non nell'inadempimento, che è fenomeno oggettivo di mancata attuazione di una regola di comportamento (ed in particolare della regola di esecuzione esperta della prestazione professionale), ma nel non aver impedito che una causa, prevedibile ed evitabile, rendesse impossibile la prestazione”. Nel caso di specie si trattava dell'azione intentata dalla moglie per la morte del marito avvenuta nel corso di un intervento chirurgico; Cass. civ., sentenza n. 28991/2019, in “Resp. civ. prev.”, n. 1, 2020, p. 193.

americani che, con l'eccezione di alcuni (cfr. nota 43), hanno assunto *orders* o provvedimenti temporanei per fronteggiare la situazione di emergenza, privilegiando così una *health care policy* volta a controllare gli sviluppi esponenziali della *medical litigation*⁵¹.

Certo, sullo sfondo, resta il fatto che i reparti di emergenza, durante i picchi di pandemia, siano stati invasi e l'assistenza ai pazienti minacciata dalla carenza di personale, attrezzature (DPI), letti di terapia intensiva (ICU) e ventilatori rendendosi necessarie quelle scelte tragiche di cui è discorso nella stessa raccomandazione della italiana SIAARTI (cfr. *supra* nota 3). Qui le tradizionali regole di responsabilità sembrerebbero però riespandersi e non del tutto impossibile si prospetta una azione di responsabilità volta a dimostrare una condotta colposa del medico. Anche in questi casi, tuttavia, verificare se il medico abbia agito o meno nel rispetto di un principio di *reasonableness* è questione che va pur sempre definita alla luce delle circostanze concrete. E, come osserva Siegler, "*it's a narrow gray line. Nobody knows how we would react under extreme circumstances*"⁵².

3. Segue: l'approccio inglese e la clinical negligence

La lezione americana – pur a fronte di una medesima circostanza – non attraversa l'oceano e non investe tutta l'Europa. Sicuramente non si estende all'esperienza inglese che non cede alle lusinghe di una *immunity from liability*. La *clinical negligence* si offre alla riflessione del giurista come filtrata da un *case law* che si è andato accumulando negli anni e che si fonda su criteri la cui flessibilità continua a fornire, anche in questa situazione di emergenza, un valido schema di riferimento. Ed invero *duty of care*, *breach of that duty*, *causation* seguitano a rappresentare l'asse portante di un sistema di responsabilità il cui perno è rappresentato dal fatto che nelle azioni di responsabilità medica occorre pur sempre verificare se il medico "*has acted in accordance with a practice accepted as proper by a responsible body of medical men skilled in that particular art*" (*Bolam v Friern*

51 B. Grey, S. Orwoll, *Tort Immunity in the Pandemic*, in "Ind. L.J. Supp.", n. 1, 2020, pp. 71 ss.; D. Hyman, C. Silver, *The Poor State of Health Care Quality in the U.S.: Is Malpractice Liability Part of the Problem or Part of the Solution?*, in "Cornell L. Rev.", n. 90, 2005, p. 949; S. Burris, S. de Guia, L. Gable, D.E. Levin, W.E. Parmet, N.P. Terry, *Assessing Legal Responses to COVID-19*, cit., p. 201.

52 D. Grady, *Medical and Ethical Questions Raised on Deaths of Critically Ill Patients*, in "N.Y. Times", July 20, 2006; R. G. Spece, *COVID-19 Control: Disrupting Doctor-Patient Relationships*, in "Arizona Legal Studies", cit., p. 23.

Hospital Management Committee [1957] 1 WLR 583, at 587). La diligenza della condotta è quindi misurata alla luce di quanto accettato dalla pratica medica, senza che l'esistenza di contrari approcci possa influire sul quadro delle responsabilità.

L'*accepted standard of care* è oggettivo e si riferisce a ciò che un uomo ragionevole farebbe nelle stesse circostanze. L'*uomo ragionevole* è il professionista competente che si suppone abbia una conoscenza adeguata della scienza medica e competenze rilevanti per l'assistenza sanitaria. Laddove il livello di conoscenza e abilità è collegato alla posizione ricoperta dal medico in un ospedale o in altre strutture sanitarie⁵³. Né la adozione di *guidelines*, da parte del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), condiziona il modo in cui giudici inglesi guardano alla *medical malpractice*. Certo la individuazione di prassi che abbiano ricevuto una generale approvazione e la possibilità di controllarne l'applicazione sono indicative di una *good practice* che accresce la costruzione di un rapporto di fiducia con il paziente. E tuttavia protocolli terapeutici attenti, messi a punto e applicati sotto il rigoroso controllo del *National Institute for Health and Clinical Excellence*, pur intesi a restituire una immagine di trasparenza, efficienza e affidabilità della pratica medica, devono considerarsi al pari di mere *guidelines* and not “*tramlines*”⁵⁴. Ma vi è altro.

In *Mulholland v Medway NHS Foundation Trust* [2015] EWHC 268 (QB) i giudici si preoccupano di definire ulteriormente lo *standard of care*, sul presupposto che il contesto nel quale vengono rese le cure è tutt'altro che irrilevante ai fini della responsabilità⁵⁵. Ne consegue che quel passag-

53 *Wilsher v Essex Health Authority* [1987] Q.B. 730, dove i giudici hanno ritenuto che “*the length of experience of the clinician was not relevant, and the duty of care related not to the individual but to the post they occupied*”. P. Giliker, Tort. 6th edn. London 2017.

54 *Sanderson v Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust* [2020] EWHC 20 (QB), par. 79. Sul punto altresì, Department of Health, *A Commitment to Quality, a Quest for Excellence* (HMSO 2001). D'altra parte, la *Sect. 18 dell'Health Act 1999*, prevede espressamente l'adozione di linee guida da parte del NHS. Su questi aspetti e sul rilievo delle linee guida, S.H. Woolf, *An Organised Analytical Framework for Practice Guideline Development: Using Analytical Logic as a Guide for Reviewing Evidence, Developing Recommendations and Explaining the Rationale*, in K. McCormick, S.R. Moore, R. Segal (a cura di). *Methodology Perspectives*, United States Department of Health & Human Services Agency for Health Care Policy and Research, 1994, p. 105.

55 “The assessment of breach of duty is not an abstract exercise but one formed within a context – which here is that of a busy A&E where the task of the triaging nurse is to make a quick judgment call as to where next to send the patient”.

gio dal *Bolam test* alla *Bolitho doctrine*⁵⁶ – onde agganciare la responsabilità alla violazione oggettiva dello *standard* di cure esigibile – non esclude che occorra pur sempre guardare alle circostanze concrete nelle quali la prestazione è resa⁵⁷. Di tanto si percepisce chiaramente la portata in *Sanderson v Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust* [2020] EWHC 20 (QB)⁵⁸ in cui i giudici valutano la condotta medica alla luce delle *practical difficulties* “in the real world”. Che questa sia, dunque, la direttrice su cui si incammina il sistema inglese trova altresì dimostrazione in *FB v Princess Alexandra Hospital NHS Trust*⁵⁹ dove i giudici si sforzano di dimostrare come lo *standard of care* nelle azioni in *negligence* sia quello del 1) *reasonably competent professional* 2) *of the same level* 3) *within the same department*. La pressione dell'emergenza del Covid-19, creando ai medici un ambiente *ostile* nel quale lavorare, incide sotto il profilo dello *standard* di cure esigibile, a dispetto di quanto stabilito in controverse o inesistenti linee guida. Non per questo la pandemia può reputarsi una condizione che attribuisca al medico la possibilità di tenere una condotta non ispirata ai canoni della diligenza.

Ne consegue, perciò, che è il contesto in cui il medico è concretamente chiamato ad operare – in uno con il livello di qualificazione posseduta – a segnare le coordinate della responsabilità. Per cui se il medico è stato preposto allo svolgimento di funzioni che non rispecchiano il suo attuale livello di qualificazione (come può accadere nel caso di medici chiamati a risolvere problemi di carenza di personale o anche dell'attività prestata da volontari) sarà in seguito la struttura ospedaliera a dover rispondere

56 M. Brazier, J. Miola, *Bye Bye Bolam: a Medical Litigation Revolution?*, in “Med. L.R.”, n. 8, 2000, p. 85; A. Samanta e J. Samanta, *Legal Standard of Care: a Shift From the Traditional Bolam Test*, in “Clinical Medicine”, n. 3, 2003, p. 443.

57 S. Maratos, J. Hovington, *Sanderson v Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust: the role of NICE Guidelines in clinical negligence cases*, accessibile a <https://tinyurl.com/yda2m7jn>.

58 Osserva Justice Lambert che “*The Guidelines are a practical tool to be used in conjunction with clinical management. The only way in which the Guidelines are intelligible and workable is if the reasonable obstetrician also exercises his or her own judgement to assess the appropriate response to the trace as a whole*”. In *Airedale NHS Trust v. Bland* [1993] 1 All ER 821, per Lord Goff “*if a doctor acts in accordance with the medical practice now being evolved by the Medical Ethics Committee of the BMA, he will be acting with the benefit of guidance from a responsible and competent body of relevant professional opinion, as required by the Bolam test*”, e analogamente in *Burke v. General Medical Council (defendant) and Disability Rights Commission (interested party) and the Official Solicitor (intervenor)* [2005] E.W.C.A 103.

59 [2017] EWCA Civ 334.

dei danni conseguenti all’aver destinato il personale allo svolgimento di funzioni che egli non era in grado di svolgere. Qui il *rescuer principle* (da tempo accolto dalle Corti inglesi)⁶⁰ serve da protezione e guida della condotta medica e vale ad evidenziare che il *defendant* ha un *duty of care*⁶¹ nei confronti della persona che sta salvando ma che “*if a person embarks upon a rescue, and does not carry it through, he is not under any liability to the person, to whose aid he has come so long as discontinuance of his efforts did not leave the other in a worse condition than when he took charge*”⁶².

Nella stessa direzione, è la valutazione della responsabilità in situazioni di penuria di risorse, circostanza la quale, anche quando determina una violazione dell’art. 3 CEDU, difficilmente lascia intravedere la violazione, da parte della struttura, di quel *duty of care* che ne informa l’attività⁶³. Laddove è sul NHS che il *Coronavirus Act 2020*, a tutela del paziente, rovescia il peso del risarcimento *for health service activity*. Pur in assenza di una specifica previsione normativa (a differenza che negli Stati Uniti), le azioni di responsabilità per *clinical negligence* non sembrerebbero avere prospettiva a causa sia dell’adeguamento alle circostanze dello *standard of care*, sia del rilievo attribuito a quel “*rescuer principle*” di cui si discorreva che consente di valutare con minore rigore la condotta medica in circostanze estreme⁶⁴.

Le notazioni appena effettuate valgono l’attenzione alla luce di un confronto con quanto produce, sugli stessi versanti, il diritto americano. Pur all’interno di una medesima tradizione giuridica, il disallineamento circa il tipo di risposta da offrire a fronte di una medesima situazione appare ineluttabile. Ha molto a che vedere con il diverso contesto culturale, eco-

60 A. M. Linden, *Rescuers And Good Samaritans*, in “The Modern Law Rev.”, 1971, p. 251 ss. Per il dibattito in tema il rinvio classico è a W.L. Prosser, *Handbook of the Law of Torts*, 3rd ed., 1964, p. 334; J. Fleming, *The Law of Torts*, 3rd ed., 1965, p. 145. nonché T. Honoré, *Law, Morals and Rescue, The Good Samaritan and The Law* (1966).

61 *Alcock v CCSYP* [1992] 1 AC 310 [1110h].

62 *East Suffolk Rivers Catchment Board v. Kent*, [1970] 2 O.R. 487 (C.A.).

63 Nella specie, si trattava dell’ordine di liberare un posto in ospedale per accogliere altro paziente, *University College London Hospitals NHS Foundation Trust v MB* [2020] EWHC 882 (QB).

64 La *Sect. 1* del *Social Action, Responsibility and Heroism Act 2015* prevede che in un’azione di responsabilità, I giudici, oltre ad individuare lo *standard of care* devono (*Sections 2-4*) devono tener conto di tutte le circostanze rilevanti onde verificare se il *breach of duty* sia intervenuto a vantaggio della società o per assistere una persona in pericolo ovvero per proteggere la sua sicurezza o interessi di altre persone in pericolo.

nomico e sociale di riferimento. Non necessariamente conduce ad esiti divergenti.

4. *Segue*: la responsabilité des professionnels de santé et le Covid

La crisi Covid-19 offre anche in Francia un quadro analitico molto interessante e sicuramente rappresenta un formidabile laboratorio per il regime della responsabilità medica, sia pur in teoria ben *equipaggiato* per far fronte alle sfide dell'epidemia.

In Francia – come noto – la contrattualizzazione della responsabilità medica si compie con l'*arrêt Mercier*⁶⁵. Il medico, per i giudici, è tenuto verso il paziente “*a des soins, non pas quelconques, ainsi que paraît l'énoncer le moyen du pourvoi, mais consciencieux, attentifs et, réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science*”, così definendosi i parametri di quella condotta diligente⁶⁶ di cui agli artt. 32-33 del Codice deontologico (décret n° 2012-694 du 7 mai 2012). Ciò che fa nascere la responsabilità è, allora la dimostrazione che il medico si sia allontanato da precisi *standard* di cura⁶⁷ in un contesto in cui spetta pur sempre all'attore “*de prouver la faute du médecin et le lien de causalité avec le préjudice subi*”⁶⁸.

Il rifiuto della qualificazione contrattuale della responsabilità medica si afferma così attraverso una più recente giurisprudenza della *Cour de cassation* che rivaluta il concetto di *faute médicale* la quale “*soit éthique ou technique, elle consistera donc toujours désormais en la violation d'une*

65 La sentenza del 20 mai 1936, in “*Dalloz*”, 1936, Jur. p. 88, note E.P., Rapp. Josserand, concl. Matter andrà a connotare, come noto, in chiave contrattuale, la responsabilità del medico.

66 Così, per esempio, Cass. 1^{re}, 12 nov. 1985, “*Bull. civ.*” I, n. 29; e più di recente, Cass. 1^{re}, 6 juin 2000, *JCP*, 2001, 10.447, note G. Mémeteux, “*L'obligation pesant sur le médecin est donc de donner à son patient des soins soins consciencieux, attentifs, et conformes aux données acquises de la science à la date des soins*”. E, ancora, “*La responsabilité médicale nécessite donc, en principe, la preuve d'une faute caractérisée du praticien, laquelle ne peut se déduire de la seule anormalité d'un dommage et de sa gravité*”, Cass. 1^{re}, 27 mai 1998, in “*Dalloz*”, 1999, p. 21, note S. Porchy.

67 Loi 2002-303 du 4 mars 2002 (art. 98, JO 5 mars) introduce nel sistema francese la nozione di riparazione delle conseguenze dei rischi sanitari che si estende ai danni provocati dal medico e a lui imputabili.

68 Civ. 1^{re}, 14 oct. 2010, no 09-69.195, in *RTD civ.*, 2011, p. 128, obs. Jourdain ; Gaz. Pal. 19-21 déc. 2010, obs. Perini Mirski. In dottrina, F. Leduc, *Pas de requiem prématuré pour l'arrêt Mercier*, in *Revue droit civile*, 2011, p. 345.

obligation déontologique professionnelle de nature extracontractuelle"⁶⁹. Ed in quest'ottica ancora, è proprio la percezione e il modo di considerare la natura della responsabilità medica a far sì che "*la réparation des conséquences de l'aléa thérapeutique n'entre pas dans le champ des obligations dont un médecin est contractuellement tenu à l'égard de son patient*"⁷⁰ in quanto esiste una "*part d'aléa inhérente à tout acte chirurgical*"⁷¹. Laddove la rinnovata centralità attribuita alla colpa affida la tutela risarcitoria del paziente, anche in caso di danni iatrogeni o infezioni nosocomiali ad una riparazione del pregiudizio a titolo di solidarietà nazionale⁷². La responsabilità, d'altra parte, presuppone una qualche "*défaillance*", e cioè un non rispetto delle "*règles de l'art médical*". In una prospettiva di grande attenzione verso il paziente, allorché un "*service public hospitalier est engagée*", i giudici si avvalgono allora del concetto di *aléa thérapeutique* per introdurre un principio di responsabilità oggettiva ovvero per risar-

69 P. Jourdain, *Le changement de nature de la responsabilité médicale*, in *RTD civ.*, 2011, p. 128; Civ. 1^{re}, 28 janv. 2010, n. 09-10.992, in "Dalloz", 2010, p. 1522. Su questi aspetti, per riflessioni in qualche modo prospettiche, V. Zeno Zencovich, *Una commedia degli errori? La responsabilità medica fra illecito e inadempimento*, cit., p. 326.

70 Civ. 1^{re}, 8 nov. 2000, n. 99-11.735, in "Dalloz", 2001, Somm. 2236, obs. D. Mazeaud; Civ. 1^{re}, 8 nov. 2000, n. 99-11.735 in "Bull. civ.", I, n. 287; Civ. 1^{re}, 29 nov. 2005, n. 03.16.308, in "Bull. civ.", I, n. 456; Civ. 1^{re}, 22 nov. 2007, n. 05-20.974, in "Dalloz", 2008, p. 816, note M. Bacache; Civ. 1^{re}, 18 sept. 2008, n. 07-13.080, in "Gaz. Pal.", n. 2, 2008, Somm. 4147, obs. C. Baby-Gareau.

71 Cass. 1^{re}, 26 janv. 1970 ("Bull. civ.", I, n. 34). L. Leveneur, *Le risque thérapeutique devant la Cour de cassation: la recherche de l'équilibre*, in "CCC", 1997, chron. 5. Sulla articolata questione dell'aléa terapeutica, e sul dibattito che ne è conseguito, si rinvia all'analisi di V. Zeno Zencovich, *Una commedia degli errori? La responsabilità medica fra illecito e inadempimento*, cit., p. 327. Dal canto suo, la loi Kouchner del 3 marzo 2002 ammette all'indennizzazione l'aléa terapeutica ex art. L.1141-1 II del Code de la Santé Publique. I danni coperti sono rappresentati da a) infezioni nosocomiali; b) rischi inerenti ogni tipo di prestazione medica; 3) infezioni iatrogene. L'indennizzo è però subordinato al rispetto di due condizioni, giacché si deve essere in presenza di un'evoluzione anomala dello stato di salute del paziente e il danno deve aver determinato un'incapacità superiore al 24%, o aver compromesso le condizioni esistenziali e/o lavorative del paziente.

72 Sulla rinnovata centralità attribuita in Francia alla responsabilità per colpa "(da dimostrare), tranne che per le infezioni ospedaliere dove essa è presunta. La "aléa terapeutica" non dà luogo a risarcimento, ma, quando comporta conseguenze di una certa gravità apre la strada ad un indennizzo pubblico. Il contenzioso è dirottato verso forme alternative di risoluzione delle controversie. Il peso economico dei risarcimenti viene a gravare su un sistema di assicurazione obbligatoria", V. Zeno Zencovich, *Una commedia degli errori? La responsabilità medica fra illecito e inadempimento*, cit., 2008, p. 329.

cire finanche la “*perte certaine d’une chance incertaine*”⁷³. Il parametro di riferimento per valutare – nell’ottica di una riforma che sembrerebbe voler attribuire carattere speciale alla responsabilità medica, pur sempre all’interno della responsabilità civile – la condotta medica rimane, però, quello delle conoscenze scientifiche al momento in cui l’atto medico è stato compiuto; conoscenze della cui corretta applicazione i giudici devono conoscere, ponderando un giudizio che non si appiattisce sulle mere risultanze tecniche⁷⁴. Nel prevedere “[...] *l’exonération de responsabilité des professionnels de santé en cas de dommages résultant des mesures administratives, prise en charge de l’indemnisation des préjudices par l’Office national d’indemnisation des accidents médicaux (art. L. 3131-3 et L. 3131-4), recueil de données concernant les victimes (art. L. 3131-9-1), mesures de protection des réservistes (art. L. 3131-10) et dispositions sur l’appel aux volontaires (art. L. 3131-10-1)*”, il legislatore francese – prima del Covid-19 – aveva quindi strutturato un sistema che, rimettendo all’O-NIAM il risarcimento dei danni sopportati dai pazienti, a questi intendeva offrire una ampia tutela in situazioni in cui incerta è la individuazione della colpa⁷⁵. La scelta di ricorrere alla solidarietà nazionale, per le vittime dei danni derivanti dall’applicazione delle misure sanitarie di emergenza, aveva d’altro canto interessato già nel 2010 le vittime vaccinate contro l’influenza A(H1N1). Il legislatore francese con la loi n. 2020-290, nell’utilizzare lo stato di emergenza sanitaria come un esimente per *décharges de responsabilité des professionnels de santé et de l’industriel fabricant pour toute prescription médicamenteuse faite en-dehors des indications* (L. 3131-20 CSP) sembrerebbe, in questo modo, voler introdurre un meccanismo di riparazione dei danni identico al preesistente, con il lodevole obiettivo di proteggere, al tempo stesso, professionisti e pazienti⁷⁶.

73 Civ. 1^{re}, 14 oct. 2010, n° 09-69.195, cit. ove si legge appunto che “*Il est extrêmement difficile de dire si l’évolution eut été différente en cas d’hospitalisation plus rapide. En revanche, si tel avait été le cas, on pourrait dire que le Docteur Y. [...] avait fait preuve de soins consciencieux, attentifs et diligents et tel n’est pas le cas*”.

74 Cass. 1^{re}, 29 Novembre 2006, 03-16.308, GP 23 Mars 2006, Avis Sainte-Rose.

75 M. Touzeil-Divina, *Quand le Conseil d’Etat n’avance plus masqué pour réaffirmer qu’il est, même en juridiction, le Conseil “d’Etat” et non des collectivités*, in “Journal du Droit Administratif”, 2020, p. 22.

76 Loi n. 2020-290 du 23 mars 2020 d’urgence pour faire face à l’épidémie de Covid-19, JO, 24 mars 2020; rect. 25 mars; Coronavirus: loi d’urgence et autres mesures – Aperçu rapide par la rédaction, La Semaine Juridique Social n. 13, 31 Mars 2020, act. 134; A. Levade, *État d’urgence sanitaire: à nouveau péril, nouveau régime d’exception*, in “JCP G”, n.13, 30 Mars 2020, 369, J. Petit, *L’état*

In presenza di una grave minaccia per la salute, la prescrizione o la somministrazione del farmaco (si pensi ad es. all'idrossiclorochina) non si fa fonte di responsabilità per i medici, né questa si estende ai produttori di medicinali, che non possono “essere ritenuti responsabili per i danni derivanti dall'uso di un medicinale al di fuori delle indicazioni terapeutiche o normali condizioni d'uso” (L. 3131-3)⁷⁷.

L'articolo L. 3131-20 in apparenza tranquillizza, perché regala la sensazione che si tratti di un meccanismo che opera a *vantaggio di tutti*, creando le condizioni affinché medici e laboratori possano svolgere il proprio lavoro tranquillamente, sia pur in un contesto di emergenza sanitaria e di incertezza. E, tuttavia, la consacrazione di questo regime di riparazione pone non pochi problemi.

Per un verso la difficoltà di ottenere il risarcimento mette in ombra quel meccanismo virtuoso che il legislatore del 2002 aveva inteso creare. Il difficile riconoscimento dello *status* di vittima di un errore medico, il ruolo giocato dall'*aléa thérapeutique*, la complessa applicazione della teoria della causalità adeguata⁷⁸ facendo crescere il numero di controversie, avevano d'altro canto già finito con il contraddire quell'originario spirito di solidarietà nazionale. Le tecniche di mediazione e conciliazione cui mirava lo strumentario di riparazione sociale del danno gestito dall'ONIAM si sono infatti mostrate illusorie a causa del farraginoso funzionamento delle “*commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI)*” che ha reso illusoria la declamata socializzazione del danno⁷⁹.

Per l'altro, proprio quel sistema di risarcimento pensato per fronteggiare gli errori medici offre sì protezione al medico, ma solo qualora quella condotta “*a été recommandé ou exigé par le ministre chargé de la santé [...]*”, richiamando in causa protocolli e linee guida, giacché esclusivamente in quel caso il professionista *ne peut voir sa responsabilité engagée* (L.3 131-3) avendo tenuto la condotta “*recommandé*”.

d'urgence sanitaire, in “AJDA”, 2020 p. 833. Sulla campagna di vaccinazione per la influenza H1N1, Ministre de la Santé des 4 novembre 2009 et 13 janvier 2010 (ONIAM, rapport d'activité 2018, p.36).

77 A. Lami, *Accesso ai medicinali di fronte alle emergenze sanitarie*, “Rev. droit de la famille”, 2020, p. 46.

78 Cass. 1^o, 30 marzo 2011, ONIAM c / M. e Mme H..., n. 327669, p. 148; Cass. 1^o, 13 settembre 2011, n. 11-12536).

79 Sulla difficile battaglia giudiziaria che ha portato a riconoscere che la narcolessia era stata determinata dalla vaccinazione contro l'influenza H1N1, CAA de Bordeaux, 5 Marzo 2018, req. N. 17BX03135. Altresì, al riguardo, CAA Nancy, 4 luglio 2017, n. 17NC00649; relativo a un infortunio subito durante l'influenza H1N1; CE 4 novembre 2016, n. 397729, CE 27 maggio 2016, 391149.

Il legislatore francese, insomma, sembra avvitarci su sé stesso, creando le premesse per una realtà più complessa di quanto, a prima vista, si sarebbe portati a cogliere. La sensazione è che la discrepanza tra norme, aspettative dei pazienti e pratica medica, non tarderà a manifestarsi sul piano giudiziario, senza che la previsione dell'irresponsabilità possa in concreto operare come vero limite al dilagare di richieste risarcitorie in danno di medici che non si sono attenuti alle raccomandazioni del Ministro della Salute.

Valutazioni di altro segno concludono l'osservazione. La scelta del legislatore italiano sembra, al momento, saggia. Appagato da quella triade *obbligazioni di mezzi*/linee guida/art. 2236 cc. che costituisce l'asse portante della responsabilità medica, il decreto *Cura Italia* non introduce limitazioni di responsabilità, nonostante richieste in tal senso fossero state avanzate da più parti. L'effettivo problema rimane quello delle strutture sanitarie e la loro copertura assicurativa (art. 10 legge Gelli). Il settore, coperto da polizze *claims made*, finirà – come correttamente si è osservato – per subire contrazioni e per prevedere “esclusioni di copertura per tutti i danni derivanti dall'epidemia in corso”⁸⁰. Non pare che, tuttavia, il meccanismo francese della solidarietà sociale sia un modello in grado di rimediare efficacemente a tale eventualità, come l'esperienza d'oltralpe segnala. Né in tale direzione potrebbe assumersi a schema di riferimento quello offerto dalla l. n. 210/1992 che, pensato per danni da vaccinazioni obbligatorie ed emoderivati, non figura in grado di concedere adeguata copertura ai sinistri riguardanti pazienti affetti da coronavirus.

5. Covid e ridefinizione dei diritti-doveri del malato: le limitazioni imposte dalla pandemia

L'analisi dei singoli profili in cui si declina l'agire medico nell'era della pandemia apre ad un'altra riflessione: l'inevitabile modifica della posizione del malato quale conseguenza, ulteriore, della rimodulazione di quella del medico e della struttura e, prima ancora, della ridefinizione del contratto di ospedalità. Se, in condizioni normali, l'oggetto dell'accordo tra paziente e struttura (da cui origina poi la relazione con il medico) si sostanzia in una serie di prestazioni non solo diagnostiche e terapeutiche ma anche *lato sensu* alberghiere⁸¹, durante lo stato pandemico, lo stesso rischia di risultare

80 M. Capecchi, *Coronavirus e responsabilità sanitaria: quali prospettive di riforma*, in “rivistaresponsabilitamedica.it” che, per un'analisi degli emendamenti, rinvia al sito <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/350698.pdf>

81 Sul contratto di ospedalità M. Faccioli, *Il contratto tra il paziente e la struttura sanitaria. Natura, oggetto e disciplina applicabile*, in “Studium iuris”, 2004, pp.

privato (e di fatto è stato privato) di tutte quelle prestazioni che presuppongono, ad esempio, posti in terapia intensiva, dispositivi particolari di cura e ogni altro strumento non disponibile a causa della rilevante richiesta di ricoveri generata dalla pandemia. Una simile situazione di penuria di risorse si è manifestata in momenti temporalmente distinti, ora sin dall'atto del ricovero ora successivamente ad esso, determinando, rispettivamente, una l'impossibilità di adempiere per causa non imputabile originaria o sopravvenuta, con conseguente esonero per il debitore incolpevole (la struttura) da responsabilità. *Ex parte creditoris*, ciò ha significato subire consapevolmente una riduzione delle proprie prerogative, senza poter pretendere l'adempimento con mezzi sproporzionati allo specifico rapporto obbligatorio; mezzi che implicino costi economici, fisici o psichici eccessivi⁸², in ragione delle regole di correttezza che devono improntare, in ogni caso, la condotta del creditore stesso.

In quest'ottica può dirsi che il paziente è, in tutti i sensi, la vera vittima di una pandemia che, nell'incidere significativamente sui suoi diritti, lo ha costretto e lo costringe a decisioni dettate ora dall'urgenza di intervenire ora dalla solitudine alla quale è condannato da un *virus* pericolosamente contagioso. A risentirne è la stessa alleanza terapeutica con il medico, in ragione di un consenso (quello del paziente) sempre più informato ma sempre meno performante alla luce di una informazione resa dal sanitario oltremodo rigorosa e perentoria⁸³ (art. 1, c 3, l. n. 219/2017) e spesso senza speranza, relativa ad ogni aspetto delle sue condizioni di salute e ad ogni altro elemento riguardante il percorso terapeutico. Ed è proprio la negazione della possibilità di cura, per carenza di trattamenti e dispositivi, e con essa di ogni opzione terapeutica a svilire il consenso e a ridurlo a mera presa d'atto di una situazione drammatica quanto inevitabile. Se, infatti, sua funzione è quella di permettere una partecipazione consapevole al percorso terapeutico, la stessa inevitabilmente si dissolve dinanzi alla dichiarazione del medico che lo inchioda all'assenza di prospettive di guarigione.

519 ss.; R. Partisani, *Dal contratto di ospitalità al contatto sociale con effetti protettivi*, in M. Franzoni (a cura di), *Le responsabilità nei servizi sanitari*, Bologna, 2011, p. 172 ss.

82 Così A. Nicolussi, *Le obbligazioni*, Padova, in corso di pubblicazione. Già in precedenza L. Mengoni, *Scritti*, II, in A. Albanese, C. Castronovo, A. Nicolussi (a cura di), *Obbligazioni e negozio*, A, Milano 2011, p. 180.

83 In merito I. Pizzimenti, *Il diritto di conoscere o di non conoscere il proprio stato di salute: modalità e contenuto dell'informazione*, in "Nuove leggi. civ. comm.", 2019, p. 68.

Né in aiuto sovviene il dettato legislativo giacché il legislatore, nel disciplinare la materia ha contemplato il rifiuto alle cure, ma non l'ipotesi del mancato trattamento terapeutico dovuta non già a una scelta del paziente o all'imperizia del medico ma all'oggettiva possibilità di somministrarlo, con un silenzio che si traduce in un vero e proprio *vulnus* alle prerogative del paziente⁸⁴. La giurisprudenza, che, in più di una occasione ha trattato il profilo, scorge a fondamento del dovere di informare e, quindi, del consenso informato la possibilità della cura⁸⁵ e non, dunque, la sua obiettiva impossibilità. Nessuna vicenda quanto quella del Covid-19 dimostra, così, come informazione e consenso siano entità distinte e non coincidenti, l'una potendo e dovendo prescindere dall'altro ogniqualevolta l'indifferibilità dell'intervento e la capacità ridotta o assente del paziente non ne consentano l'acquisizione. Nessuna vicenda quanto quella del Covid-19, parimenti, dimostra quanto l'informazione possa risultare pericolosa ogniqualevolta si traduca nella sterile comunicazione della impossibilità della cura. Il solo baluardo contro l'impatto emotivo negativo che simili comunicazioni sono destinate ad arrecare al paziente, in un contesto che non consente di delegarle ad altri, è il ritorno ai principi di gradualità e di appropriatezza in nome dei quali dosare l'informazione e modellarla nei contenuti sulle peculiarità del singolo e della singola condizione. "Il patico e il conoscitivo", del resto – ricorda il filosofo⁸⁶ – non sono due dimensioni diverse: non vi è, infatti, "argomento o attività conoscitiva che si possa separare dall'emotività". Dinanzi alla catastrofe, così, è solo l'umanità che può segnare la differenza e, nel segnalarla, restituire dignità alla persona.

84 La stessa struttura ospedaliera è tenuta ad assicurare "l'informazione necessaria ai pazienti" nell'ottica appunto di consentire loro una scelta terapeutica e non già in quella opposta di far loro constatare l'impossibilità non solo di una cura ma anche di strumentazioni in grado di prolungarne l'esistenza o di migliorarne comunque la qualità fino ad un inevitabile esito.

85 Si pensi, così, da ultimo a Cass., sentenza n. 17806/2020, in "Ridare.it", 5 ottobre 2020, che, anche in caso di mera violazione del diritto all'autodeterminazione, subordina il risarcimento dei danni patiti alla prova che il paziente, ove informato, non si sarebbe sottoposto al trattamento, presupponendo, per tale via, che al paziente sia comunque prospettato un trattamento. *Ex plurimis*, in precedenza, Cass., sentenza n. 27751/2013, in "Mass. Giust. civ.", 2014; Cass., sentenza n. 20806/2009, in "Resp. civ.", n. 2, 2010, p. 92.

86 A. Masullo, *Riflessioni sulla vita ai tempi della nuova peste*, cit.

EDUARDO OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ

LA PRIORIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA Y EL ACOMPAÑAMIENTO DE LAS PERSONAS VULNERABLES ANTE LA SITUACIÓN DE LA COVID-19

1. *La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*

A principios de 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alertaba sobre la posibilidad de que una bacteria o un virus pudieran causar una infección mundial generalizada. Esta alarma se ha hecho realidad. El brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), que se originó en Wuhan, China, en diciembre de 2019 se ha extendido por todo el planeta. La OMS¹, preocupada por los inquietantes niveles de propagación, gravedad y la inacción de los gobiernos, el 11 de marzo de 2020, cuando solo había unos 118.000 casos en 114 países y 4291 fallecidos, la caracterizó como una pandemia. Desde entonces la COVID-19 nos ha llevado a una realidad difícil de creer y nuestro presente sigue marcado por trágicas cifras de contagiados, ingresos en hospitales y en unidades de cuidados intensivos y fallecidos, en un entorno de excepcionalidad y de incertidumbre.

La pandemia significa un antes y un después, no solo en el ámbito sanitario, sino también en la vida cotidiana de la población. Pensábamos que nuestro desarrollo evolutivo en la sociedad del conocimiento nos dotaba del poder suficiente para tener todo bajo control, pero la evidencia ha demostrado que esa creencia era una ilusión. Nos ha recordado que la vulnerabilidad es consustancial a la propia esencia humana y nos acompaña durante todas las etapas de nuestra vida.

1 Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

2. Vulnerabilidad

Nuestro origen biológico nos hace frágiles. La enfermedad, el dolor, la posibilidad de nuestra extinción, biológica o biográfica, nos amenazan, y nos hacen débiles. El ser humano no sólo muere, sino que sabe que muere y la conciencia de dicha amenaza, que siempre va a estar presente, le convierte en doblemente vulnerable. La posibilidad de nuestra propia muerte, pero también la de la muerte ajena nos recuerda nuestra fragilidad. Esta condición la llamamos “vulnerabilidad antropológica” y es inevitable e imposible de erradicar en su totalidad, dada nuestra característica corpórea, por lo que estamos continuamente expuestos a acontecimientos que nos pueden afectar negativamente y que se escapan a nuestro control. Podremos, tal y como indica Fineman², “tratar de reducir el riesgo o mitigar el impacto de esos eventos, pero no eliminar su posibilidad”. Aceptarla nos permite reconocer la dimensión relacional y dependiente del ser humano que necesita de la asistencia de otros individuos y de las instituciones³. Por tanto, somos también dependientes como consecuencia de nuestra condición social. En conclusión: vulnerables y dependientes.

La concreción de la vulnerabilidad en una persona determinada y en una situación particular hace nacer la vulnerabilidad “contextual”, que varía de una persona a otra, y que va cambiando según los riesgos a los que nos exponemos y de la adquisición o pérdida de capacidades para el afrontamiento de las perturbaciones, las dificultades y de las situaciones adversas. Se trata de espacios de vulnerabilidad que tienen una estrecha relación con las injusticias y con los abusos de poder, que tienen su origen en estructuras y comportamientos de carácter inmoral y que atentan contra la dignidad de las personas⁴. Al respecto, el ser humano es más digno cuanto más vulnerable⁵. La dignidad, común a todos los seres humanos, se hace más presente ante el ser humano en una situación de debilidad y de vulnerabilidad: el niño, el anciano, el discapacitado, el desplazado, el enfermo, etc. y en el contexto sanitario es necesario intensificar su protección.

2 M.A. Fineman, *The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition*, *Yale Journal of Law & Feminism*, 2008; 20: 1-24

3 M.A. Fineman, *The Vulnerable Subject and the Responsive State*, *Emory Law Journal*, 2010; 60: 251-275.

4 E. Martínez Navarro, *Ética de la vulnerabilidad en tiempos de pandemia*, *VERITAS* 2020; 46: 77-96.

5 G. Marcel, *La dignité humaine et ses assises existentielles*, Aubier-Montaigne, Paris, 1964, p. 9.

3. *La vulnerabilidad del anciano*

El envejecimiento forma parte de la vida y es inevitable. A lo largo de toda la historia se ha reflexionado sobre su existencia. En épocas muy pretéritas alcanzar edades avanzadas era un privilegio que no podía lograrse sin la ayuda de los dioses, por tanto, la longevidad equivalía a una recompensa divina dispensada a los justos. La vejez representaba la sabiduría, el archivo histórico de la comunidad. Actualmente, el envejecimiento está ligado a diversos estereotipos negativos y erróneamente se suele asociar a situaciones de incapacidad y dependencia. La edad avanzada condiciona la vulnerabilidad del individuo, que puede verse incrementada como consecuencia de la pluripatología propia del anciano y, en algunos casos, de la institucionalización del sujeto que introduce elementos adicionales en los que pueden constatarse dificultades para poder hacer efectivos sus derechos⁶. La vulnerabilidad puede ser todavía más acusada ante el final de la vida.

Como señala Feyto⁷, la relación entre el profesional sanitario y el paciente surge del mutuo reconocimiento como seres vulnerables y se sustenta en aspectos interpersonales del cuidado, en la capacidad de percibir la necesidad y comprender la situación de fragilidad en la que se encuentra el paciente, lo que genera una responsabilidad que implica respeto y protección de esa condición común. En efecto, la relación clínica, como relación interpersonal debe estar presidida por la comunicación y la confianza que permiten al paciente integrar su enfermedad⁸. El cuidado del enfermo se acompaña de la comunicación que le ayuda en su vivencia de enfermedad⁹ que incluso cuando no hay dolor físico, conlleva sufrimiento. La propia incertidumbre ante el diagnóstico y la ansiedad que genera todo el proceso, contribuye a esta situación de vulnerabilidad. Más aún, cuando nos enfrentamos a una enfermedad con grandes incógnitas, como la infección por la COVID-19.

Hablamos de una “actitud de cuidado” que depende de la sensibilidad ante el sufrimiento o la necesidad de otro ser humano y si se entiende de un modo impersonal podemos llegar a deshumanizarla. El cuidado se nutre

6 E. Osuna, *La información en el contexto de la atención sanitaria a los pacientes mayores vulnerables*, En: Andreu Martínez B. y Salcedo Hernández JR., *Autonomía del paciente mayor*, Tirant lo Blanch, Valencia. 2018, pp: 125-148.

7 L. Feito, *Vulnerabilidad*, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2007, 30: 7-22.

8 E. Osuna, *Relación Sanitaria e Información*, En: Salcedo JR. *Derecho y Salud*, Tirant lo Blanch, Valencia. 2013, pp: 83-105.

9 E. Osuna, *La escucha, la comunicación y el acompañamiento en la deliberación clínica*, Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. Discurso de ingreso, Diego Marín Editor, Murcia. 2013.

de la comunicación, de la verbal y no verbal, para evitar el vacío y desamparo a quien padece, que deposita su confianza en el profesional sanitario, tanto por su saber hacer técnico, su competencia profesional, como por su dimensión de relación y cuidado. En ocasiones la enfermedad es la última enfermedad. Podríamos inicialmente pensar que poco puede aportar la actuación sanitaria, ya que sólo espera la muerte. Sin embargo, se trata de un gran error, ya que no podemos abandonar a la persona en el momento final. El acompañamiento y la comunicación con la palabra, o simplemente con una mirada o gesto, en la medida que el enfermo vaya demandándola serán de gran valor¹⁰.

4. Muerte en soledad

Todo ser vivo es mortal. Lo único que nos iguala a todos los humanos es la certeza de la muerte. Aunque nos espera a todos, morir les ocurre a otros. La muerte entendida como proceso podremos vivirla de forma incompleta y una vez consumada no va poder ser comentada¹¹. Sin embargo, es posible vivir y participar del contexto de la muerte de los demás, pero también de forma limitada, puesto que no la percibimos en sentido propio. Podemos llegar a intercambiar sensaciones y vivencias desde un enfoque externo al individuo que muere, e incluso ver reflejado en la muerte ajena, de forma imaginativa nuestro propio final. En este sentido, la muerte de un ser querido es también algo nuestro, en la medida de que nos priva de su compañía y origina una cierta sensación de pérdida y la tristeza que nos surge, suele generar necesidad de contacto para compartir sentimientos y un ritual más o menos establecido, según el contexto donde sucede¹². En nuestro devenir convivimos con nuestros semejantes, es decir, interactuamos. La persona no es un ser aislado, sino que se forma en interacción con otras. El sentido de vida, como el sentido de muerte no pueden separarse del de quienes existen con él, ya que tanto la vida como la muerte suceden en relación con quienes nos acompañan. Por esta razón, para morir en paz, es necesario morir en compañía, morir arropado. En suma, no morir solo. Pero, la com-

10 E. Osuna, *La información en el contexto de la atención sanitaria a los pacientes mayores vulnerables*, En: Andreu Martínez B. y Salcedo Hernández JR, *Autonomía del paciente mayor*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2018, pp: 125-148.

11 A. Garza Saldivar, *La muerte del otro*, *Andamios. Revista de Investigación Social*, 2017; 14: 15-22.

12 J. Ortega y Gasset, *En la muerte de Unamuno*, *Obras completas V*. Fundación Ortega y Gasset, Madrid. 1937.

pañía no se puede improvisar. Lo ideal es que quienes convivan en nuestra muerte, sean quienes han convivido con nosotros¹³.

En épocas de epidemia, sobre todo en los momentos en los que el pico de muertes era más elevado, el rito se modificaba y el miedo al contagio condicionaba la atención al moribundo y el posterior manejo del cadáver. Durante el período más álgido de la pandemia que vivimos, hemos sido testigos de situaciones que nos han remontado a relatos de epidemias pasadas, en las que los enfermos eran despreciados. Una de las situaciones más terribles que han tenido que afrontar los enfermos de coronavirus tristemente fallecidos ha sido la ausencia de acompañamiento de familiares y amigos durante la despedida, por lo que han sufrido la privación del afecto y de la cercanía y del apoyo espiritual o religioso conforme a sus convicciones y creencias, lo que se ha convertido en un dilema ético en la atención médica. Se ha partido de una regla general que se ha aplicado de manera taxativa a todos los casos, sin plantearse la individualización de la situación y las posibilidades de facilitar un mínimo acompañamiento o asistencia espiritual¹⁴ y sin tener en cuenta que uno de los principales rasgos que caracteriza la relación clínica es la personalización en la atención, puesto que cada caso es diferente. El conocido aforismo “no hay enfermedades sino enfermos”¹⁵, da sentido a la configuración de la enfermedad, desde una perspectiva clínica, pero también ética.

El miedo a morir solo es casi universal, un hecho del que ha sido testigo cualquiera que haya atendido a un paciente grave. La mayoría de las veces se hace todo lo posible para que los familiares lleguen y se despidan. Sin embargo, ante lo sucedido, debemos reflexionar sobre el modo de facilitar un entorno más compasivo en el morir de estos pacientes, lo cual forma parte del concepto de humanización asistencial y de muerte digna. Algunas Comunidades Autónomas, así como hospitales y residencias de mayores, aprobaron protocolos y guías para que el paciente pudiera estar acompañado al final de su vida, sin poner en riesgo ni a los acompañantes ni al equipo

13 J.C. Siurana, J. Conill, *Con-vivir y con-morir*, En: Couceiro A., *Ética en cuidados paliativos*, Triacastela, Madrid. 2004, pp: 63-76.

14 F. de Montalvo Jääskeläinen, *Pandemias, política y ciencia: el papel de la ciencia y los científicos en la solución de los conflictos derivados de la pandemia de la COVID19*, Cuadernos de Bioética, 2020; 31: 151-165.

15 Este axioma procede del eminente fisiólogo francés Claude Bernard para describir el comportamiento particular de la enfermedad. Años después, Marañón retomó estas palabras, para destacar la necesidad de estudiar cada caso de forma personalizada.

sanitario¹⁶. En este sentido, el distanciamiento físico y social no tiene por qué significar aislamiento o soledad. Hay que tener en cuenta que muchas personas mayores, especialmente las que padecen enfermedades crónicas, tienen una relación muy especial con sus cuidadores (sean familiares o no) y este apoyo, especialmente en pacientes críticamente enfermos inmersos en el proceso de muerte, constituye una medida que dignifica la atención médica y responde a la atención personalizada y las necesidades sociales de los pacientes de acuerdo con sus capacidades físicas y cognitivas. Cuando la muerte no es aceptada se muere mal, también cuando no cuidamos al moribundo, cuando no le acompañamos. Debemos, por tanto, reclamar una ética de la muerte acercándonos al “arte del morir”, es decir, conseguir una muerte humanizada y personalizada atendiendo a los deseos, valores y creencias del individuo. Así pues, es imperioso rechazar la muerte que ha ocurrido en miles de enfermos por coronavirus. No podemos abandonar a la persona en el momento final de la soledad suprema. Puede que no permitan a los familiares que tomen las manos o abracen a los pacientes, pero en estos momentos la palabra, una simple mirada o un simple gesto se constituyen en herramientas de ayuda incalculable y todo ello compatible con la adopción de medidas de protección que la emergencia sanitaria y la salud pública requieren.

En 2014 el Consejo de Europa, en la Recomendación CM/Rec (2014) del Comité de Ministros¹⁷, estableció que los Estados deben tomar las medidas adecuadas para promover, proteger y asegurar el pleno e igual goce

16 El Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia fue uno de los primeros en aprobar una Guía de acompañamiento a pacientes ingresados por “COVID19”, siguiendo lo establecido en la Ley 3/2009 de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. En el art. 22 reconoce que “usuarios y pacientes de los servicios sanitarios tienen derecho a estar acompañados por, al menos, un familiar o persona de su confianza, excepto en los casos en que esta presencia, según criterios médicos, sea desaconsejable o incompatible con la prestación sanitaria”. El art. 19 establece que el derecho al acompañamiento debe garantizarse especialmente a los pacientes que pertenezcan a colectivos necesitados de especial protección y en los supuestos de enfermos con procesos terminales previos al fallecimiento que se encuentren hospitalizados. En la guía se establece la posibilidad del acompañamiento a familiares, después de ser informado sobre los riesgos que conlleva y las medidas que debe adoptar una vez finalice su labor de acompañamiento y la firma de un documento de consentimiento informado.

17 Recomendación CM/Rec (2014) del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la promoción de los derechos humanos de las personas mayores. Adoptada por el Comité de Ministros el 19 de febrero de 2014 durante la 1192ª reunión de viceministros.

de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas mayores y promover el respeto de su dignidad. De forma concreta, indica que “se debe alentar a los familiares y amigos a que acompañen a las personas mayores que se encuentran en fase terminal o agonizantes”. En abril de 2020, el Comité de Bioética de España publicó una Declaración sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad¹⁸. Recordaba que, tanto el acompañamiento como el apoyo espiritual o religioso, son derechos recogidos en diferentes regulaciones y como tales “deben procurarse siempre que su limitación no solo esté justificada ética y legalmente, sino que, además, no sea de tal intensidad que acabe, de facto, por convertirse en una absoluta privación”, por lo que, si bien es imperiosa la adopción de medidas muy estrictas para prevenir la transmisión de este virus, no es óbice para facilitar un entorno compasivo en el momento del fallecimiento de estos pacientes.

5. La priorización en la asignación de recursos sanitarios limitados

En los momentos más álgidos de la pandemia, la escasez de recursos sanitarios se ha traducido en la adopción de medidas drásticas de priorización de asignación, entre las que se encuentra el ingreso limitado de pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y el acceso a soportes respiratorios adecuados, lo que ha generado un intenso debate desde el punto de vista bioético. Los procesos de triaje se encargan de valorar y clasificar a pacientes para determinar la prioridad de su atención y el lugar más apropiado para el tratamiento. Son habituales en la atención sanitaria y no indican necesariamente una situación de crisis sanitaria. Todo, para todos y en cualquier momento no es posible en cualquier servicio de salud, por ejemplar que pueda ser. Aún menos, cuando nos referimos a un sistema universal como es el de nuestro país.

Lógicamente, en situaciones de emergencia de salud pública es necesaria la priorización. En el contexto vivido como consecuencia de la COVID19, totalmente extraordinario, la priorización ha tenido consecuencias trágicas por la intensísima presión asistencial, la premura con la que se han tenido que adoptar las decisiones y las consecuencias que han originado.

18 Informe del Comité de Bioética de España. Declaración del Comité de Bioética de España sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad. 15 de abril de 2020

La pregunta no es si se deben establecer prioridades, sino cómo hacerlo de manera ética y consistente. Al respecto, es preciso destacar que las decisiones de triaje deben ser aplicables a todos los pacientes que puedan requerir cuidados intensivos, no solo a quienes padecen la COVID19 evitando lo que se ha denominado como “efectos colaterales de la pandemia por la COVID19” que se traduce en el fallecimiento por otras patologías diferentes a la infección como consecuencia de problemas en el seguimiento de su enfermedad, ocupación de hospitales, cancelaciones de intervenciones quirúrgicas, o situaciones de confinamiento en el domicilio o en una residencia. Tampoco las decisiones tomadas acerca de la provisión de maniobras de reanimación cardiopulmonar o sobre el acceso a la ventilación asistida deben limitar el acceso de un paciente a otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos, ni debe haber diferencias en la asignación de recursos escasos entre pacientes con la COVID19 y aquellos con otras patologías que los necesiten. La maximización de los beneficios debe aplicarse, sin distinción, a todos los pacientes que necesitan recursos.

Como punto de partida, es importante señalar que en la actividad asistencial diaria la aplicación de las decisiones de triaje les corresponden a los profesionales sanitarios^{19,20}. La responsabilidad derivada de esta decisión surge como consecuencia del contrato social que se establece con la sociedad en su conjunto. A través de este pacto se instaura cierto consentimiento social mediante el cual se asume una pérdida individual de autonomía con el fin de proteger el acceso de todos a recursos limitados, con justicia y equidad de oportunidades²¹. Los procedimientos de priorización deben ser transparentes y ser expuestos públicamente para garantizar la confianza pública en su equidad, evitando que los médicos se enfrenten de forma individual y aislada a la terrible labor de improvisar decisiones sobre a quién

-
- 19 D. Real de Asúa, J.M. Galván, J. Iglesias, J. Fernández en representación del Grupo de Trabajo sobre triaje durante la epidemia de COVID del Hospital Universitario de La Princesa. *Criterios de triaje para reanimación cardiopulmonar y soporte vital avanzado durante la epidemia COVID-19, Medicina Clínica* (Barcelona). 2020; 155: 215-219.
 - 20 J. Savulescu, M. Vergano, L. Craxi, D. Wilkinson, *An ethical algorithm for rationing life-sustaining treatment during the COVID-19 pandemic, British Journal of Anaesthesia* 2020; 125:253-258. doi: 10.1016/j.bja.2020.05.028. Epub 2020 Jun 2.
 - 21 R.L. Cruess, S.R. Cruess, *Expectations and Obligations: Professionalism and Medicine's Social Contract with Society. Perspectives in Biology and Medicine* 2008;51:579-598.doi: 10.1353/pbm.0.0045.

se debe tratar y a quién no²², por lo que las decisiones se pueden apoyar en los comités de ética asistencial.

Los criterios de triaje deben ser flexibles, ajustados a cada caso y contexto clínico, en la medida de lo posible, situando al individuo en el centro de la decisión, prestando una especial atención a la dignidad del individuo, y basándose en los principios de proporcionalidad y de justicia distributiva, “para maximizar el beneficio del mayor número posible de personas”. Para ello, es necesario tener en cuenta el pronóstico de vida del sujeto si recibe el tratamiento, lo que puede significar dar prioridad a los pacientes más jóvenes y a aquellos con menos patologías o complicaciones. Esto es consistente con las pautas españolas o italianas que potencialmente asignan una mayor prioridad para el acceso a cuidados intensivos a pacientes más jóvenes con enfermedades graves que a pacientes de edad avanzada. También, la priorización debe ser diferente, según la intervención, si es curativa o preventiva, y siempre en función de la evidencia científica, como ocurre con los tratamientos experimentales (antivirales y otros medicamentos) que se están ensayando frente a la COVID19.

El triaje debe sustentarse en las siguientes premisas²³. En primer lugar, deben maximizarse los beneficios. Los protocolos persiguen garantizar el mayor bien para el mayor número de pacientes a través de criterios médicos y éticos que permitan una toma de decisiones rápida y eficaz en circunstancias que, desafortunadamente, obligan a alejarse del proceso deliberativo ideal de toma de decisiones compartidas entre el paciente y el profesional. Así pues, se debe beneficiar al mayor número posible de pacientes o tener en cuenta la mayoría de los años de vida al dar prioridad a los pacientes que probablemente sobrevivan más tiempo después del tratamiento. En el caso concreto, de la COVID19, es preciso identificar aquellos pacientes con un pronóstico más favorable derivado del soporte vital avanzado y a quienes, además, la recuperación es alcanzable en el menor plazo de tiempo, para que otros pacientes puedan recibir esta medida de tratamiento. Por tanto, lo más importante es salvar el mayor número de vidas y el mayor número

22 N. Berlinger, M. Wynia, T. Powell, M. Hester, A. Milliken, R. Fabi, *Ethical framework for health care institutions responding to novel coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for institutional ethics services responding to COVID-19*,. Hastings Center Report 2020. Disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>

23 E.J. Emanuel, G. Persad, R. Upshur, B. Thome, M. Parker, A. Glickman, C. Zhang, C. Boyle, M. Smith, J.P. Phillips. JP., *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19*, *The New England Journal of Medicine* 2020; 382:2049-2055. doi: 10.1056/NEJMs2005114. Epub 2020

de años de vida. Esta consideración es consistente tanto desde una perspectiva utilitarista, que destaca los resultados en la población, como desde un punto de vista no utilitarista que destaca el valor primordial de cada vida humana. Maximizar los beneficios significa que las personas que están enfermas, pero que podrían recuperarse si reciben tratamiento, tengan prioridad sobre aquellas en las que es poco probable la recuperación, incluso recibiendo tratamiento y sobre aquellas que probablemente se recuperen sin tratamiento. La maximización de los beneficios es primordial en una pandemia y retirarle un ventilador o sacar a un paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para que se beneficie otro paciente es justificable. No obstante, se trata de una decisión extremadamente traumática para quien la decide y todo sujeto debe ser consciente de esta posibilidad cuando ingresa en un hospital. Una adecuada asignación de camas y de ventiladores puede ayudarnos a evitar medidas tan sensibles como estas.

En segundo lugar, debemos tratar a las personas de forma igualitaria. Para ello, podemos acudir a la selección aleatoria o a la asignación por orden de llegada. En los casos de la COVID19 es preferible la asignación aleatoria, puesto que los tratamientos frente al coronavirus son urgentes, lo que significa que un enfoque por orden de llegada beneficiaría injustamente a determinados pacientes (por ejemplo, los que viven cerca de un centro sanitario, o en la ciudad a diferencia de un pueblo lejano). O perjudicaría, por ejemplo, a quienes han cumplido de forma más estricta medidas de protección pública y han enfermado más tarde.

En tercer lugar, debemos promover y recompensar el valor instrumental, dando prioridad a los profesionales sanitarios que se encuentran en primera línea y a las personas que atienden a pacientes enfermos, que se enfrentan a un alto riesgo de infección y cuya capacitación dificulta que sean reemplazados. Es decir, aquellos que pueden salvar o han salvado a otros en momentos anteriores. Se les debe priorizar, no porque sean más dignos, sino por su valor instrumental, puesto que son esenciales para dar respuesta a la pandemia. La enfermedad o muerte de los profesionales sanitarios, no solo repercutirá sobre los pacientes afectados por la COVID19, sino sobre cualquier paciente. También, se debe priorizar a quienes participan en proyectos de investigación o ensayos clínicos relacionados con medicamentos y vacunas, ya que asumen el riesgo de infectarse, por lo que deben ser recompensados por su contribución. Queda claro, que no se debe mermar la confianza de la población priorizando a personas de relevancia pública o política.

La perspectiva utilitarista en la priorización de los recursos permite una respuesta moral casi inmediata, sin la necesaria reflexión ética sobre los

valores que entran en conflicto²⁴ optando en la mayoría de las veces por lo dicotómico renunciando a los posibles cursos intermedios que proporcionan una gran riqueza al debate ético. Durante la pandemia hemos optado por soluciones rápidas evitando la contextualización de la situación y su consiguiente personalización. Al respecto, el Comité de Bioética de España en su informe de 25 de marzo de 2020²⁵, señala que “cualquier criterio o protocolo que se adopte para racionar unos recursos escasos nunca puede aplicarse de manera mecánica o automática, teniendo en cuenta que todo ser humano tiene derecho a una consideración personal”. En igual sentido, se pronunció la Comisión Central de Deontología de la Organización Médico Colegial dos días antes (en su informe sobre la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria)²⁶ que destaca la importancia del uso del modelo deliberativo en la relación clínica atendiendo a la singularidad de cada paciente.

En España, diversas sociedades médicas, publicaron documentos de recomendaciones que fueron objeto de debate desde un punto de vista ético. La mayoría de estos documentos tenían como referencia el documento de la Società italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), publicado el 6 de marzo²⁷. En dicho protocolo se insta al criterio clínico para la instauración de las medidas, pero ante la escasez de recursos se inclina por un enfoque utilitarista, considerado como “suave”²⁸ reconociendo que, en última instancia, es posible que sea necesario establecer un límite de edad para el ingreso en la UCI, por lo que, con la finalidad de conseguir la maximización de los beneficios para el mayor número de personas, los recursos pueden reservarse para quien tenga una probabilidad mayor de supervivencia, y, secundariamente, para quien pue-

24 L. Feito, *Neuroética. Cómo hace juicios morales nuestro cerebro*, Plaza y Valdés. Madrid, 2019; p. 166.

25 Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos Bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. 25 de marzo de 2020.

26 Informe sobre la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria. Organización Médica Colegial de España. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Comisión Central de Deontología de la Organización Médico Colegial. 23 de marzo de 2020.

27 Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. Società italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). 6 de marzo de 2020.

28 L. Rosenbaum, *Facing Covid-19 in Italy. Ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line*, *The New England Journal of Medicine* 2020; 382:1873-1875. doi: 10.1056/NEJMp2005492.

dan beneficiarse del tratamiento en términos de más años de vida salvados (Raccomandazione 3).

A partir de este momento me voy a centrar en las recomendaciones publicadas el 20 de marzo de 2020, por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)²⁹, pocos días después de la declaración del estado de alarma en nuestro país. La primera pregunta que debemos plantearnos es si una sociedad científica se considera legitimada para establecer una priorización en el acceso a los recursos disponibles que afectan a prestaciones sanitarias comprendidas en un sistema público de salud y que están amparadas por el artículo 43 de la Constitución Española. Coincido con varios autores^{30,31} en que, partiendo de los criterios científicos consensuados en el seno de una sociedad científica, el reparto de los recursos sanitarios es una función que corresponde a la autoridad sanitaria, todavía más, en una situación tan extraordinaria, como en la que nos encontramos, en la que se debe garantizar el respeto a los derechos fundamentales. Según señala De Montalvo “por mandato constitucional, la tutela del derecho a la salud no puede quedar en manos de una asociación de Derecho privado, creada al amparo del derecho que se consagra en el artículo 22 de la Constitución”³².

Volviendo al documento de la SEMICYUC, entre las recomendaciones para priorizar se incluyen los criterios edad y presencia de deterioro cognitivo. Al respecto, establece que dependiendo de la edad y de la comorbilidad, los pacientes recibirían ventilación mecánica invasiva o no invasiva o similar según disponibilidad. Añade que cualquier paciente con deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, no serían subsidiarios de ventilación mecánica invasiva. No obstante, el documento establece que “el criterio médico en cada paciente está por encima de estas recomendaciones generales, siempre que sea razonado, argumentado y se consensue en la sesión clínica diaria o por el Comité de Ética asistencial”.

-
- 29 Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). 20 de marzo de 2020.
 - 30 Bellver Capella V., Bioética, derechos humanos y Covid-19, *Cuadernos de Bioética*, 2020; 31: 167-182.
 - 31 Albert M., *Vulnerabilidad y atención sanitaria. Derecho y protocolos médicos*, *Cuadernos de Bioética*, 2020; 31: 183-202.
 - 32 F. de Montalvo Jääskeläinen, *Pandemias, política y ciencia: el papel de la ciencia y los científicos en la solución de los conflictos derivados de la pandemia de la COVID19*, *Cuadernos de Bioética*, 2020; 31: 151-165.

El documento se inclina por una planificación de acuerdo con el principio de justicia distributiva y la maximización del beneficio global, priorizando la “mayor esperanza de vida”, y opta por el empleo de criterios de idoneidad que tengan en cuenta “la edad, la comorbilidad, la gravedad de la enfermedad, el compromiso de otros órganos y la reversibilidad”. Estas consideraciones han sido objeto de un intenso debate ético, a semejanza de lo ocurrido en Italia con el documento de la SIAARTI.

En su informe de 25 de marzo de 2020³³, el Comité de Bioética de España destaca que la adopción de criterios debe basarse en la recuperación del paciente atendiendo al pleno respeto a “la dignidad de la persona, la equidad y la protección frente a la vulnerabilidad” y alerta sobre la necesidad de “prevenir la extensión de una mentalidad utilitarista, o, peor aún, de prejuicios contrarios hacia las personas mayores o con discapacidad” manifestando su posición crítica con la utilización del criterio “utilidad” o “valor social” de la persona enferma. Destaca que todo ser humano por el mero hecho de serlo es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana. El Ministerio de Sanidad el día 2 de abril publicó un documento en el que se establecían unos criterios generales para la distribución de recursos considerando como principios básicos para la toma de decisiones los de “equidad, no discriminación, solidaridad, justicia, proporcionalidad y transparencia”³⁴. Considera que la exclusión de pacientes del acceso a determinados recursos asistenciales o a determinados tratamientos, por ejemplo, por razón únicamente de una edad avanzada o de discapacidad, “resulta contrario, por discriminatorio, a los fundamentos mismos de nuestro estado de derecho (art. 14 de la Constitución Española)”. Añade que “los pacientes de mayor edad en caso de escasez extrema de recursos asistenciales deberán ser tratados en las mismas condiciones que el resto de la población, es decir, atendiendo a criterios clínicos de cada caso en particular. Cualquier manifestación de discriminación en este aspecto contradice el reconocimiento de la igual dignidad intrínseca de todo ser humano por el hecho de serlo”.

La edad se relaciona de forma clara con los potenciales años de vida esperables y no incluye juicios de valor sobre la calidad de la vida o el valor

33 Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos Bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus. 25 de marzo de 2020.

34 Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. 2 de abril de 2020. https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf

de la vida en los pacientes que pertenecen a un determinado grupo etario. Las consecuencias de la ventilación mecánica prolongada son difícilmente superables en situaciones de elevada fragilidad clínica, como puede ser en el caso del paciente mayor, sin embargo, como anteriormente hemos señalado, las situaciones son particulares y no debemos caer en la generalización, ya que es extraordinariamente difícil definir todas las variedades de enfermedad, sufrimiento, pronóstico y tratamiento con la precisión necesaria, como para que estos aspectos sean de gran ayuda en muchas de las situaciones reales. ¿Podemos recurrir a la edad para decidir cuándo dejarlo o cuando decir que no se debe hacer más? La situación es complicada y es difícil tener la certeza moral cuando se toma la decisión a la cabecera del enfermo. La equivocación puede ser adoptar la edad como criterio médico o técnico de una forma equivalente a otros parámetros físicos mensurables como el peso o la presión arterial. La edad debemos tenerla en cuenta como criterio centrado en la persona, contextualizándola en su historia, en su biografía, dentro de los rasgos y características que la definen. Es lo que Callahan³⁵ define como su “estándar biográfico”. Cuando en un sujeto conocemos que tiene 70 o 80 años y ningún dato más, lo único que sabemos es que la mayor parte de su vida cronológica descansa en el pasado y que se encuentra mucho más cerca del ocaso que del principio. Pero nada sabemos de su carácter, de sus aficiones, de sus pasiones, de su amor o desprecio por la vida. Es la edad en combinación con otras cualidades individuales o sociales lo que le hacen ser persona. Despojar a una persona de estos atributos y limitarnos solo a la edad lo desnuda de su biografía pasada y de su presente.

Ahora bien, las situaciones no son rígidas, sino ambiguas e indeterminadas. Hay pacientes mayores en quienes la muerte no es inminente, pero debido a su patología crónica se encuentran en fase de decadencia y la medicina curativa tiene menos efecto. En estas situaciones debemos evitar una idolátrica esclavitud hacia la tecnología y debemos pensar en una asistencia diferente a la estrictamente curativa acompañando al paciente en su proceso que le encamina hacia su final. La historia de estos pacientes está llegando a su fin y la atención médica debe ir acompañada a esta realidad y no negarla. Por tanto, no es la edad la variable que determina la actuación, sino la persona como un todo y el contexto en el que se encuentra.

Tampoco podemos olvidar que el protagonismo en la toma de decisiones le corresponde al paciente, por lo que no podemos vulnerar el principio

35 D. Callahan, *Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece*, Triacastela. San Sebastian, 2004; p. 217.

de autonomía de las personas, implícitamente ligado a la dignidad humana, hurtándole a las personas mayores el derecho a la autodeterminación cuando tengan capacidad para ejercerlo³⁶. Todo ser humano por el mero hecho de serlo, independientemente de la edad y de las características que presente, es socialmente útil, en atención al propio valor ontológico de la dignidad humana. Recurrir al concepto de valor social de los individuos significa que unos tendrán más valor que otros. Bajo un enfoque utilitarista, los derechos de los individuos pueden ser vulnerados porque sus beneficios individuales se agregan para constituir los beneficios colectivos.

Por otra parte, la recomendación de la SEMICYUC de que los pacientes con deterioro cognitivo, por demencia u otras enfermedades degenerativas, no serían subsidiarios de ventilación mecánica invasiva, es incompatible con la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³⁷. Actuaciones de este tipo vulneran nuestro ordenamiento jurídico, pero también van contra principios éticos elementales, puesto que implican entender que la vida de las personas con capacidades diferentes es de menor calidad y por tanto merece menos la pena ser atendida.

6. Conclusión

La aspiración a la absoluta invulnerabilidad para el ser humano es absurda y su completa eliminación es incompatible con la naturaleza humana. La enfermedad y la muerte son realidades ineludibles que forman parte de la propia vida y la crisis sanitaria que estamos viviendo nos lo ha vuelto a recordar. En una sociedad en la que impera la falsa creencia de que la me-

36 E. Osuna, *La información en el contexto de la atención sanitaria a los pacientes mayores vulnerables*, En: Andreu Martínez B. y Salcedo Hernández JR., *Autonomía del paciente mayor*, Tirant lo Blanch, Valencia. 2018, pp: 125-148.

37 <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>. El art. 5 proclama que los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y que, en virtud de ella, tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna. El art.11 se refiere a las situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, disponiendo que los Estados Partes adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden con arreglo al derecho internacional, y en concreto el derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos, todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales. Añade el art. 25 que los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad.

dicina puede hacer frente a toda amenaza sanitaria la extensión de la pandemia de la COVID19 a toda la geografía mundial, sin distinción alguna de grupos o clases sociales ha restituido la reflexión sobre la vulnerabilidad del ser humano. Pensábamos que podíamos tener todo bajo control y la evidencia ha demostrado que esa creencia era una ilusión y que en realidad nunca tuvimos esta posibilidad.

La pandemia ha mostrado su perfil más trágico en las personas mayores. Las circunstancias vividas en las residencias de ancianos y las cifras sobre el número de afectados y de fallecidos han sido estremecedoras, lo que ha puesto de manifiesto la fragilidad del sistema de cuidados para los colectivos vulnerables que se han quedado, aún, en una situación de mayor vulnerabilidad. Desde el bioderecho debemos intensificar la protección de las personas mayores mediante la instauración de medidas que fomenten el empoderamiento y la protección de este colectivo para hacer frente a posiciones de hostilidad, más allá de la crisis sanitaria y de la crisis social en la que nos encontramos.

PEDRO PAULO CHIEFFI, PAULA CHIEFFI

BRAZIL IN THE COVID-19 PANDEMIC¹

Sonhei com amigos que não vejo há muito tempo ou talvez tenha sonhado com a ideia de amigos que não vejo há muito tempo.

(...)

Recordo que eram meus amigos, felizes por ver-me. Recordo que, de repente, nos apercebemos de que não estávamos à distância de segurança e, por isso, precisamos de acordar imediatamente.²

We began this text, written during the pandemic, with an excerpt of a poem created by the Portuguese writer José Luís Peixoto while he was in quarantine in his home. In doing so, we want to accompany all the reading that follows the reminder that any pandemic impacts life.

1. *Introduction*

The year 2020 will undoubtedly be remembered as peculiar and sui generis and may not end on December 31, extending into the following year. The etiological agent virus of COVID-19 (or SARS-CoV-2) erupted as a pathogen for humans in 2019. However, it became world-renowned in 2020 as responsible for the pandemic. At the time of writing, it has already infected more than 49 million human beings, being responsible for about 1,200,000 deaths, in addition to much suffering and enormous dam-

1 The authors thank André Chieffi for his critical reading and suggestions.

2 Original in Portuguese, translated from the authors. I dreamed of friends I hadn't seen in a long time or/I may have dreamed about the idea of friends who/I haven't seen for a long time./(...)I remember they were my friends, happy to see me./I remember that, suddenly, we realized that/we were not at a safe distance; we need to wake up immediately.

age to humanity. In Brazil, on November 2, 5,554,206 cases were officially known, with 160,253 deaths.

The first cases of COVID-19 appeared in Wuhan, a populous city in China, in December 2019. However, it was only in 2020 that an international alarm sounded: on January 30, the World Health Organization (WHO), when other countries in Asia and Europe were already detecting the spread of the infection, declared COVID-19, the name by which the disease caused by SARS-CoV-2 became known, as a “public health emergency of international scope”, and classified the virus as a pandemic on March 11.

On February 26, Brazil notifies the first official case of COVID-19 in São Paulo, the largest Brazilian city that quickly became the focus of the country's pandemic. It came from a patient who had just returned from Italy, where the virus had been circulating for several weeks. However, a study conducted by researchers of the Oswaldo Cruz Institute Foundation (FIOCRUZ) concluded that the virus had already manifested itself in part of the Brazilian population since the beginning of February. In the beginning it circulated among the rich who had traveled to Europe or the United States of America during the summer vacation period in the Southern hemisphere.

The pandemic progressed exponentially in Brazil; by March 7, 13 cases had been reported, and by the end of that month, 4,256 patients had been detected, according to official information. It is essential to point out that the low availability of inputs and the insufficient installed capacity of laboratories did not allow for mass diagnostic tests. Therefore, it was impossible to evaluate the incidence of infection in Brazilian population accurately. Thus, and because many of those infected do not present the disease's signs or symptoms, the actual incidence should be 8 to 10 times higher than officially notified.

In the initial phase, the rate of transmissibility (R_t) was close to 3. That is, each infected individual originated in three new cases, justifying the rapid spread of infection. The official number of deaths, a more reliable measure of the pandemic progression, also showed a significant increase: the first one was on March 18, and it reached 241 by April 2. The measures taken by the health authorities were initially timid but became more robust and effective as the pandemic progressed, significantly dropping the transmissibility rate. Between April and August, R_t was just above 1, and by the end of August, it felt to be 0.9, slowing down the pandemic's first wave. On November 3, according to Johns Hopkins University data in Brazil, there were 756 deaths per million inhabitants, and only in eight countries (Ecuador, Spain, Bolivia, Chile, Andorra, Belgium, Peru, and San Marino), the rates were higher.

2. *Worldwide repercussion of the pandemic*

As highlighted by leading authors (Paim & Alonso, 2020; Barry, 2020; Schwarcz & Starling, 2020; Ujvari, 2020), pathogens transmitted from person to person are more likely to become epidemic and pandemic. Mainly if the transmission occurs due to physical proximity, sharing objects of everyday use, or habitual behaviors. We observed similarities in other pandemics of influenza, especially that which occurred in 1917-18, known as “Spanish flu,” although the origin may have happened in the U.S.

Psychiatrist Elisabeth Kubler-Ross proposed a scheme in five successive stages to explain the individual reaction when someone becomes aware of a terminal illness or some catastrophic event: denial, anger, negotiation, depression, and finally acceptance. If we apply such a scheme to the sphere of nations facing the COVID 19 epidemic, we can see a correlation in how they responded. Some countries, generally governed autocratically, did not go beyond the stage of denial of reality. In others, such as Brazil and the United States of America, it was possible to observe a dichotomy between the official attitude of the federal sphere and almost all the measures implemented by local levels of health authorities. They were partially preventing the leaders’ negationism at the national level, who repeatedly classified the pandemic as “commonplace flu,” increasing the population’s damage. In October, the prestigious New England Journal of Medicine published an editorial accusing the U.S. federal government of turning a crisis into a tragedy by conducting the fight against the pandemic. It is possible that Donald Trump has gained followers in other countries.

Slavoj Zizek, commenting on the Chinese authorities’ reaction after the outbreak of COVID-19 in Wuhan, reproduces the opinion of a leading Chinese epidemiologist Gabriel Leung. He predicted that the coronavirus’s spread would reach two-thirds of the world’s human population if we could not control the pandemic. According to Zizek, people “need to be able to believe and trust their governments while the scientific community works to solve the uncertainties of the new outbreak.” Also, due to the circulation of false and biased news, the population “needs an extra dose of trust, an extra sense of solidarity and goodwill” that tends to be exhausted when the authorities responsible for public health ignore or minimize the recommendations of the scientific community. Countries whose government has acted appropriately in controlling the pandemic obtained good results, with a small number of cases and deaths (Moreno et al., 2020). The public health measures included working in tune with their scientific community and quickly and effectively submitting

the population to extensive anti-SARS-CoV-2 testing. It was the case of Uruguay – a small South American country bordering Brazil. Other examples of correct and fast action, resulting in control of the sprawl of COVID-19, come from New Zealand, South Korea, and Singapore. Whose governments, besides privileging individual and collective protection measures, have implemented a mass testing system. It includes an investigation of recent contacts of individuals with positive tests for infection by SARS-CoV-2. It is also relevant to highlight the Chinese government's measures that prevented the pandemic from spreading to the rest of the country, restricted to the region where the first outbreak broke out.

Several researchers expressed concerns about the possibility of pandemics repetition due to the capitalist way of development and how humanity relates to the environment. In an interview with the newspaper *Folha de São Paulo*, the Portuguese virologist Nuno Faria stated that episodes such as the SARS-CoV-2 pandemic “are part of natural ecological processes unbalanced with human actions. Deforestation and the raising of animals for human consumption are factors that are behind imbalances, and we have to prepare for the future because this will continue to happen”.

In mid-July, newspapers with wide circulation in Brazil reported that a group of American millionaires, entitled “millionaires for humanity,” asked government authorities to increase taxes on fortunes as a way to finance the expenses arising from the fight against the coronavirus. However, it seems that this appeal was not considered valid by the Trump government (itself a millionaire) or among Brazilian counterparts.

The pandemic's arrival has abruptly changed the lives of the population in the affected places, inexorably altering ingrained habits and imposing new ways of relating to social, economic, and work environments. However, not all the changes that have occurred have changed people's lives for the worse. The Portuguese sociologist Boaventura Sousa Santos published an essay in which he reflects on the changes that COVID-19 has imposed on the affected populations' routine. Some of them are quite interesting, such as the increase in the time spent caring for children, the decrease in pollution in large cities, and the reduction in excessive consumption. At the same time, he warns these changes could be temporary, and “only with a new articulation between political processes and civilization processes it will be possible to think of a society in which humanity assumes a humbler position on the planet”. It will be up to humanity to pressure governments through organized groups to make such changes effective.

3. *Brazilian situation*

Brazil, located in South America, is 8,515,759 km² long and borders almost every country on the continent, except Chile and Ecuador. Its population, the fifth largest in the world, according to the 2010 demographic census, is 190,732,694 inhabitants. The average life expectancy is 73 years; however, there is significant variation in the population due to differences in income, access to goods and services, and job opportunities.

The GDP in 2019 was 7.3 trillion reais, and the per capita GDP 33,593 reais, the equivalent of 6,108 dollars, calculated by the exchange rate in effect on November 6.

The Brazilian territory totalizes 26 States and one Federal District, where Brasilia, the capital, administrative and political headquarters of the country, is located. The most important city from the economic and cultural perspective is São Paulo, with about 12 million inhabitants; in its surroundings, more than 36 municipalities are constituting Greater São Paulo, with just over 21 million inhabitants. Other cities and capitals of Brazilian states are also meaningful urban centers: Rio de Janeiro with 6 million inhabitants, Belo Horizonte (2,5 million inhabitants), Salvador (2,9 million inhabitants), Recife (1,6 million inhabitants). According to IBGE³, 85% of the Brazilian population lives in urban areas. In the country's Southeast region, where São Paulo is, the urbanization index reaches 93%.

The current economic crisis in Brazil started before the appearance of the pandemic. Its origin can be attributed to the government policy, privileging financial capital activities in detriment to productive activities that generate jobs, especially after the approval of a decree that establishes a ceiling on government spending for twenty years. It is relevant, saying that it did not consider the population increase and exceptional situations' possible occurrence. However, the crisis became significantly worse with the arrival of COVID-19, hitting society as a whole, but more intensely, the poorest segments of the population, mostly dependent on informal labor activities, affected mainly by the measures taken to control the spread of the pandemic.

Pressed by the worsening of the crisis and by the opposition in Congress, the federal government granted monthly emergency aid of R\$ 600.00 for informal workers for three months (about 110 dollars at the current exchange rate). Subsequently, the support was extended for another three months and reduced to R\$ 300,00 until the end of the year. These measures

3 Brazilian Institute of Geography and Statistics.

contributed to alleviate the crisis in the poorest segments of the population without completely removing the risk of not being able to afford the necessary daily expenses, represented mainly by food and housing.

Despite occasional successes in managing the new crisis caused by the emergence of the COVID-19 pandemic, the federal government led by President Jair Bolsonaro did not assume attitudes in favor of the maintenance of the population's health. The peculiar way of facing the challenge represented by COVID-19 since the outbreak of the pandemic, minimizing its potential for morbidity and mortality and becoming a real obstacle to the implementation of the most appropriate ways to combat the pandemic – social distancing, wearing masks in public places, closing schools and businesses in non-essential activities – led to Jair Bolsonaro being identified as a denialist, provoking criticism at the national and international levels.

At the national level, along with numerous articles published in newspapers and magazines, some texts have had wider repercussions by pointing out inappropriate attitudes and measures of the Brazilian government at the federal level. Statements by the President denying or diminishing the risks of COVID-19 and the reiterated demonstration against social distancing measures, advised by health authorities and adopted almost unanimously by state governments, had a significant impact on the increase of cases of SARS-CoV-2 infection, according to a survey conducted by Ajenman and collaborators. In June 2020, the well-known public health expert Sônia Fleury published an article criticizing the dismissal, at the height of the pandemic, of two health ministers (with medical degrees) to place an active army general. As part of the government, the general replaced 25 qualified career technicians with military personnel without public health experience. In July, a professor at the Faculty of Public Health of the University of São Paulo, specialized in sanitary ethics, classified as “catastrophe, shame, chaos, disaster, and crime” the sanitary management of COVID-19 in Brazil.

Internationally, an editorial published in May by *The Lancet*, a renowned journal in the health area, criticized Jair Bolsonaro's attitude about the increase of deaths related to SARS-CoV-2 infection in the country and his answer when questioned by journalists, giving the impression that it had nothing to do with what happened. In the same line of reasoning, the French newspaper *Le Monde*, paraphrasing Shakespeare, published an editorial claiming to have “something rotten in the kingdom of Brazil.” It highlights Bolsonaro's negative attitude against social distancing and urging mayors and governors not to follow the World Health Organization and the scientific community's recommendations. An article recently pub-

lished in *Folha de São Paulo* by an influential Brazilian health researcher states that the Unified Health Service (SUS) prevented the pandemic from reaching catastrophic dimensions. Installed in the country after enacting the 1988 constitution, SUS guarantees health as a population right. Unlike the federal one, the state governments tried to act within their possibilities to attenuate the pandemic's grievance. In the State of São Paulo, a Contingency Committee was established, formed by recognized specialists in the health area. They follow the pandemic's development daily, acting to minimize its effects and programming new control actions and the availability of hospital beds for medium and high severity patients.

An illustrative aspect of the heterodox way Jair Bolsonaro and part of the federal government team positioned themselves concerning the pandemic concerns the recommendation of treatments without support from the scientific community. On March 31, the Ministry of Health released a protocol recommending chloroquine or hydroxychloroquine in COVID-19 patients in severe or critical condition. By mid-May, the government modified the previous recommendation to use these drugs also in patients with mild symptoms. At the same time, the World Health Organization suspended, due to adverse side effects and no evidence of efficacy, a clinical trial with chloroquine and hydroxychloroquine in patients with COVID-19. Later, without abandoning chloroquine, part of the federal government team recommended the administration of ivermectin. This fact that motivated Prof. Esper Kallás, head of the Infectious and Parasitic Diseases Department of the Medical School of the University of São Paulo, to publish an article in *Folha de São Paulo* stating that there is no evidence of right action of ivermectin in the prevention or treatment of COVID-19. Also, the Ministry of Science and Technology released to the press a communication stating nitazoxanide, a known antiparasitic drug, had positive effects in COVID-19 patients. However, the graphic used to illustrate it was fake. After been identified as an image copied from an internet site unrelated to the research, it was considered a fraud by the scientific community. On the other hand, other countries' experience and studies carried out during the pandemic show that the closing of trade-in non-essential activities and school tend to decrease the transmission rate (Silva et al., 2000; Pointer & Qiu, 2020). This rate decreases even more along with the use of individual protection measures (masks, face shields, alcohol-gel, hand washing)

The negative attitudes of Jair Bolsonaro and part of his supporters undeniably influenced the course of the pandemic in the country. They contributed to hinder the task of those dedicated to fighting it. A study conducted by researchers at the Federal University of ABC, the Getúlio Vargas Foun-

dation, and the University of São Paulo stated this. It concluded that the cities with more support to Jair Bolsonaro have a lower rate of people following the Covid restriction's measures (social distancing and protection measures) and a higher number of deaths by COVID-19. Corroborating this finding, a survey conducted by the Federal University of Rio de Janeiro indicated that Bolsonaro had more votes in the municipalities with more cases of COVID-19. In mid-June, when the pandemic was growing, according to press reports, Bolsonaro – not believing that beds in intensive care units in hospitals were almost all occupied – encouraged followers to invade public hospitals to document the occupation of beds in this sector. This initiative provoked the manifestation of a minister of the Federal Superior Court, the highest office of the Brazilian justice, who declared that invading or stimulating hospital invasion is a crime.

Another controversial issue in the Bolsonaro administration concerns the agreements to obtain a vaccine against coronavirus. Of the several vaccines in the process of test, Brazil has a more immediate interest in two: CoronaVac, in production through a partnership between the Chinese company Sinovac and the Instituto Butantan (an institution belonging to the government of the State of São Paulo), and the vaccine in production through a partnership between Oxford University and the pharmaceutical AstraZeneca, which established an agreement for eventual display in Brazilian territory through the Oswaldo Cruz Institute Foundation (linked to the Ministry of Health). The Instituto Butantan and the Fundação Instituto Oswaldo Cruz are serious research institutions, with more than a century of existence and essential public health services throughout their history. However, they are in dispute between the federal government and that of the State of São Paulo that, instead of privileging the welfare and health of the Brazilian population, reflects immediate political interests and disputes aimed at the next presidential election in 2022. Both vaccines are still in Phase 3 testing and will probably only be available, if approved, in 2021. CoronaVac seems to be more advanced, and several Brazilian states governors, besides the State of São Paulo, have already expressed interest in acquiring it. In the second half of May, in a meeting with governors, the Minister of Health said interest in the purchase of 46 million doses of CoronaVac, signing a protocol with the government of the State of São Paulo. The following day, after a manifestation of Bolsonaro's discontent, the intention to purchase was withdrawn, with negative repercussions in the political media. The editorial in the newspaper *Folha de São Paulo* ("Restrain Bolsonaro") states the president "even after being infected (by SARS-CoV-2) maintained the negationism, omission, and propaganda of

false cures. More serious, he now sponsors a new threat to public health motivated by electoral interest". Alongside this dispute, another discussion erupted about whether or not vaccination should be obligatory, with the President stating that one cannot force anyone to be vaccinated, contrary to the thinking of many public health researchers and even jurists. A survey carried out in four Brazilian capitals, reported by the press, revealed that more than 75% of the population is in favor of vaccination against coronavirus. As one might expect, it is among the supporters of Jair Bolsonaro that the largest share of the people against the vaccine is.

COVID-19, as we have seen, had its first notification in Brazil on February 26 in São Paulo. During the first weeks, the virus circulated mostly in the areas where the best economic level population lives in the main Brazilian cities, precisely the portion with more conditions to travel to Europe or the United States of America, on vacation or, eventually, to work. Thus, the first infected were probably those who acquired the virus abroad. In this sense, it is emblematic that the early death by COVID-19 registered in Rio de Janeiro is of a domestic employee contaminated by her employer who, knowing that she had contact with the virus during a trip to Italy, did not dismiss her employee from working. As time went by, community transmission was established, leading to the spread of the infection to peripheral areas, less favored, having less access to health services, and less condition to obey social distancing or working from home. A seroepidemiological household survey, using a representative sample of the adult population of the city of São Paulo, ratifies this trend: 26.2% of residents were positive for the presence of anti-coronavirus antibodies; however, in the districts with the best economic level, the infection rate was 21.6%, while in those with the highest poverty 30.4% showed positive results. The distribution according to ethnic characteristics of the sample examined also reinforces the impression that the coronavirus is disseminated mainly in the less privileged layers of the population: 31.6% of the positive results were found among black people, while in whites, the percentage of positivity was 20.9%; 35.8% of the positive results occurred in those who had an only elementary school, 23.5% in those who had completed high school and in only 16% of those who had a higher education diploma, according to an article published in the journal *Pesquisa FAPESP*. A report posted on August 3 in *Folha de São Paulo* also ratifies the asymmetric distribution of situations produced by COVID-19 in the population, with the comparison of mortality rates among very severe patients admitted to an intensive care unit of two public hospitals in São Paulo: at Hospital Emílio Ribas, located in the wealthiest area of the city, the mortality rate was 27.4%, while

at Hospital Tide Setúbal, situated in a peripheral region, 90% of severe patients died.

At the end of September, the deceleration stage of the first wave of COVID-19 in Brazil began: on July 30, there were 46,200 new cases, which on September 30 dropped to 26,500. The main factor for such change was the change in incidence in the State of São Paulo, until then the epicenter of COVID-19 in Brazil, which began to present from 12,500 new cases per day in August 4,800 at the end of September. This trend continued in October and up to the present date (November 10). In Europe and the United States of America, the second wave with proportions not yet estimated had just begun. We expect Brazilian health authorities to know how to evaluate and learn from the countries' examples ahead in the pandemic's natural history.

As a conclusion of this article (not of the pandemic that follows and will still resonate here in its effects both on people's bodies and on the national territory), we want to highlight some points that compose the particular Brazilian scenario in the year 2020: the denial of the pandemic by the President of the Republic, with direct effects on the credibility of the measures necessary to confront it; the propagation of fake news, such as the use of drugs without scientific proof; and the insinuation of a necropolitics which, as Achille Mbembe conceptualizes, is based on actions and discourses of the State that legitimize the death of some by defending values such as national security and individual freedom.

We would also like to point out that Brazil's pandemic takes on a political and historical process's contours. In this sense, it does not stop updating colonial and colonialist investments, where our racists and perpetuating roots of social inequalities are revolving. -We can observe it today by countless indices, including the greater lethality of the pandemic in poor and black populations, as described above, as well as the impact of the pandemic on indigenous people.

We close with the indigenous thinker Ailton Krenak, amplifying his words from the text which, already in the title "Tomorrow is not for sale," indicate an essential direction for the actions of the present:

"Let us hope we do not return to normality, because if we do, it is because the death of thousands of people around the world was worthless. After all that, people will not want to dispute their oxygen again with dozens of colleagues in a small workspace. The changes are already in gestation. (...) We cannot go back to that rhythm, turning on all the cars, all the machines simultaneously. It would be like converting to negationism, accepting that the Earth is flat and that we must continue devouring ourselves".

4. Referências

- JM Barry, *A grande gripe. A história da gripe espanhola, a pandemia mais mortal de todos os tempos*, Rio de Janeiro. Intrínseca, 2020.
- Editorial, *New Engl J Med* 383:1479-1480, 2020.
- Editorial, *So what?*, Lancet. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3).
- Editorial, *Le Monde*, 19/05/20.
- Editorial, *Conter Bolsonaro. Folha de São Paulo*, 23/10/20.
- S. Fleury, *O golpe na saúde. Outras Palavras*, 13/06/20.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). <https://ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>. Acesso em 06/11/20.
- A. Krenak, *O amanhã não está à venda*. São Paulo. Companhia das Letras, 2020.
- E. Küpler-Ross, *Sobre a morte e morrer*. São Paulo. Martins Fontes, 2008.
- A. Mbembe, *Necropolítica. Arte & Ensaios* número 32, 2016.
- MR Mehra et al., *Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis*. Lancet, [https://doi.org/10.1016/S0140-673\(20\)31180-6](https://doi.org/10.1016/S0140-673(20)31180-6).
- CM Morel Régua, *E compasso na turbulência da pandemia. Folha de São Paulo*, 9/11/20.
- P. Moreno et al., *Na effective COVID-19 response in South America: the Uruguayan conundrum*. medRxiv. Doi.org/10.1101/2020.07.24.20161802.
- CS Paim, WJ Alonso Pandemias, *Saúde global e escolhas pessoais*. Alfenas. Cria Edit., 2020.
- JL Peixoto, *Regresso a casa*. Porto Alegre. Dublinense, 2020.
- M. Pointer- T. Qiu, *Political beliefs affect compliance with COVID-19 social distancing orders*. Available at SSRN <https://doi.org/10.2139/ssrn.3569098>.
- BS Santos, *A cruel pedagogia do vírus*. São Paulo. Boitempo, 2020.
- LM Schwarcz, HM Starling, *A bailarina da morte*. São Paulo. Cia. das Letras, 2020. *mesures on COVID-19 transmission*. medRxiv preprint. doi.org/10.1101/2020.05.15.20102988.
- TC Silva et al., *Quantitative analysis of the effectiveness of public health mesures on COVID-19 transmission*. medRxiv preprint. doi.org/10.1101/2020.05.15.20102988.
- SC Ujvari, *História das epidemias*. São Paulo. Contexto, 2020.
- S Zizek, *Pandemic! COVID-19 shakes the world*. OR Books. U.S.A., 2020.

LUCIO ROMANO, MARIO DE CURTIS,
GIANPAOLO DONZELLI, GRAZIA ZUFFA

COVID-19: GRAVIDANZA E BAMBINI ASPETTI CLINICI, PSICO-SOCIALI E BIOETICI

1. Introduzione

La pandemia da Covid-19 richiede misure eccezionali e necessarie per tentare di ridurre la diffusione del contagio e proteggere soprattutto le persone più esposte o vulnerabili. Si richiede un impegno comune per arginare diffuse criticità.

Tra queste, le deprivazioni socioeconomiche influenzano in negativo, tra l'altro, lo stato di salute. In Italia la povertà assoluta¹, prima dell'epidemia, coinvolgeva secondo l'ISTAT più di 1 milione e 700 mila famiglie: 4 milioni e 600 mila persone, 1 milione e 137 mila minori. Nella stessa analisi si evidenzia che l'incidenza di povertà assoluta aumenta al crescere del numero di figli minori presenti in famiglia passando dal 6,5% per le coppie con un figlio al 20,3% per le coppie con tre o più figli. Questa situazione oggi è ulteriormente peggiorata. Tra i più colpiti i bambini figli di genitori stranieri, già normalmente in una situazione di fragilità, che rappresentano circa il 20% della popolazione straniera residente e il 10% di tutti minorenni residenti in Italia².

Rilevazioni della Caritas Italiana sui primi mesi del 2020, per fasce di popolazione già molto fragili, indicano che la situazione è ulteriormente peggiorata. In aumento il disagio psicologico-relazionale (+86%), le

1 La soglia di povertà assoluta rappresenta il valore monetario, a prezzi correnti, del paniere di beni e servizi considerati essenziali per ciascuna famiglia, definita in base all'età dei componenti, alla ripartizione geografica e alla tipologia del comune di residenza. Una famiglia è assolutamente povera se sostiene una spesa mensile per consumi pari o inferiore a tale valore monetario. Cfr.: ISTAT, *Calcolo della Soglia di Povertà Assoluta*. <https://www.istat.it/it/dati-analisi-e-prodotti/contenuti-interattivi/soglia-di-poverta>

2 ISTAT, *Le statistiche dell'ISTAT sulla povertà*. Anno 2019. Roma, 16.6.2020

difficoltà scolastiche (+82,8%), la solitudine (+82,2%), la rinuncia o il rinvio di cure e dell'assistenza sanitaria (+74,6%)³. A subire in maggior misura, inoltre, sono gli alunni con diritto al sostegno nella scuola, da quella dell'infanzia alle superiori. Sono in massima parte bambini e ragazzi con disabilità: complessivamente il 3,1% degli alunni.

Si aggravano, senza alcuna differenza per età, le cronicità e il malesere nelle condizioni di maggiore vulnerabilità. In Italia più di 11 milioni di persone con tumori e malattie cardiovascolari rischiano di essere poste in secondo piano. Secondo i dati dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica, nel corso della prima ondata pandemica circa il 20% dei pazienti con tumore non si è presentato alle visite di controllo e circa 1 milione e 400mila italiani non hanno effettuato lo screening secondo i protocolli di prevenzione⁴. La pandemia sta mettendo a rischio la continuità delle cure e si vanno riducendo gli spazi assistenziali con la loro riconversione in reparti Covid-19. Si rinviando le attività mediche e chirurgiche ordinarie anche per la carenza di personale sanitario impegnato sul fronte delle urgenze. Come ha sottolineato il Presidente Mattarella, "troppi screening e troppe cure vengono rinviate a causa della pandemia, rischiando ritardi irrecuperabili nelle diagnosi di tumore e pericolose interruzioni nelle terapie che non consentono pause o sospensioni"⁵.

In un quadro socioassistenziale così complesso e drammatico scatenato dalla pandemia, un'attenzione particolare è da riservare alla donna in gravidanza, ai neonati e ai bambini. Categorie che potremmo definire altrettanto vulnerabili, sia sotto il profilo strettamente clinico che psicologico-relazionale⁶. Diverse le problematiche cliniche e assistenziali, bioetiche e sociologiche da prendere in considerazione⁷.

3 CARITAS ITALIANA, *Gli anticorpi della solidarietà. Rapporto 2020 su povertà ed esclusione sociale in Italia*. Roma, 17.10.2020

4 AIOM: <https://www.aiom.it/speciale-covid-19-tumori-un-milione-400mila-screening-in-meno-primi-5-mesi-2020-rischio-diagnosi-avanzate-servono-risorse-per-telemedicina/>

5 Intervento del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella in occasione della cerimonia di celebrazione de "I Giorni della Ricerca". Roma, 26.10.2020 <https://www.quirinale.it/elementi/50942>

6 COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, Roma, 28.5.2020

7 Cfr. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Covid-19 e bambini: dalla nascita all'età scolare*, Roma, 23.10.2020

2. Covid-19 e gravidanza

La gravidanza si connota di una sua specificità, vale a dire dell'originale interazione materno-fetale che non è solo scambio metabolico/ormonale ma è profonda relazione psicoaffettiva.

Sotto il profilo biomedico, in merito al rapporto tra Covid-19 e gravidanza, le conoscenze scientifiche sono in continua evoluzione e con progressivi chiarimenti a fronte di quanto poco o nulla era dato sapere appena pochi mesi orsono. Comunque, riportiamo alcune evidenze in base alla più recente e accreditata letteratura scientifica.

Le gestanti, rispetto alle donne non gravide in età riproduttiva, non sono a maggior rischio di malattia. Hanno meno probabilità di manifestare sintomi correlati a Covid-19, quali febbre e mialgia, tuttavia potenzialmente hanno più probabilità di aver bisogno di assistenza in terapia intensiva nel terzo trimestre quando la malattia presenta una maggiore criticità. Comorbidità preesistenti, età materna elevata e indice di massa corporea elevato sono fattori di rischio per Covid-19 in forma grave. I tassi di natalità pretermine sono alti nelle gestanti con Covid-19 rispetto alle donne in gravidanza senza la malattia⁸. Anticorpi contro SARS-CoV-2 sono stati riscontrati in neonati negativi al test per Covid-19 e, comunque, sono necessari ulteriori studi sulla trasmissione transplacentare e sull'entità dell'immunità passiva naturale nei bambini nati da madri con COVID-19⁹.

Allo stato attuale: non ci sono sufficienti dati per un'associazione causale con l'iposviluppo del feto né per determinare una correlazione tra parto spontaneo pretermine e Covid-19; maggiore risulta il ricorso al parto operativo con taglio cesareo per insufficienza respiratoria materna da polmonite, visto che la sola positività Covid-19 non costituisce di per sé indicazione al taglio cesareo; non sono stati rilevati effetti teratogeni da Covid-19. La mortalità materna risulta decisamente più bassa nei casi confermati di Covid-19 rispetto a quella riscontrata nelle infezioni da MERS-Cov (Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus) e SARS-Cov-1 (Severe Acute

8 ALLOTEY J, STALLINGS E, BONET M, ET AL., *Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis*, in *BMJ*. 2020 Sep 1;370:m3320.

9 BWIRE G, NJIRO B, MWAKAWANGA D, ET AL., *Possible vertical transmission and antibodies against SARS-CoV-2 among infants born to mothers with COVID-19: a living systematic review*, in *J Med Virol*. 2020 Oct 22.

Respiratory Syndrome-Coronavirus)¹⁰. Da alcuni report preliminari, sarebbero aumentate le donne che hanno fatto richiesta di partorire in casa¹¹.

La gestante con la pandemia Covid-19 presenta un aggravio di vulnerabilità, come già riscontrato nelle situazioni di crisi e negli eventi epidemici straordinari. Sono diverse le preoccupazioni: insicurezza sul benessere del nascituro; counseling da remoto con il personale sanitario specializzato, sebbene necessario ai fini della tutela della gravidanza; apprensioni sul triage per il ricovero e l'assistenza al parto; restrizioni nei contatti con i familiari durante il periodo di ospedalizzazione; isolamento del neonato, per quanto in via temporanea e per i tempi necessari, senza poter usufruire delle usuali pratiche di rooming in. Sotto il profilo psicologico si riscon-

10 DI MASCIÒ D, KHALIL A, SACCONI G, ET AL., *Outcome of Coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis*, in *Am J Obstet Gynecol* MFM. 2020; 100107.

11 “Un parto in ambiente extraospedaliero o a domicilio (che in Italia si stima essere intorno allo 0.05-0.1%) può al contrario rivelarsi potenzialmente pericoloso, se non si adottano misure organizzative e criteri clinici di selezione delle gravide appropriati. I dati della letteratura relativi al parto in casa pianificato negli USA, ad esempio, riportano l'associazione con un significativo aumentato rischio di morte e di morbidità neonatale. Il tasso di mortalità nel parto a domicilio rispetto al parto in ospedale è di 1.26 vs 0.32/1000 nati, mentre la probabilità di un indice di Apgar uguale a zero a 5 minuti è di 1.63 vs 0.09/1000 nati. In caso di complicazioni improvvise e non prevedibili per madre o figlio, l'assistenza che si può fornire a casa è ovviamente di qualità inferiore rispetto a quella che è possibile dare in un punto nascita. A conferma di ciò, una ricerca inglese dimostra come più del 10% di tutti i parti pianificati a casa vengono poi espletati in ospedale per sopraggiunte complicanze materno-fetali e che per le primigravide ciò avviene fino al 45% dei casi. [...] Per garantire che il parto a domicilio non determini rischi inutili ed inaccettabili per mamma e neonato, è necessario che vengano rispettati alcuni fondamentali requisiti di sicurezza. Occorre la corretta identificazione dei fattori di rischio assoluto, per i quali è ben dimostrato un aumento della mortalità, e che controindicano il parto a casa. Il parto a domicilio deve essere parto di un sistema di assistenza alla gravidanza e al parto ben integrato con le strutture ospedaliere, come avviene ad esempio nel Regno Unito e in Olanda. In questi paesi le ostetriche sono integrate nei servizi di maternità, hanno elevate skills, anche in termini di numero di parti assistiti e devono garantire un training e standard professionali certificati. [...] Il parto a domicilio deve inserirsi in un network ben organizzato ed integrato con i centri ospedalieri che, come nel Regno Unito, prevedono che in caso di parto a domicilio l'ospedale limitrofo venga preallertato e che ci sia un canale preferenziale e diretto di comunicazione. Deve, infine, essere previsto un sistema di trasporto di emergenza materno (STAM) e neonatale (STEN) efficiente e il domicilio dove avviene il parto non deve essere lontano dall'ospedale.” SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA, *Nascere sicuri al tempo del Covid-19*, https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=85907

trano ansia, depressione e comportamenti perfino auto ed etero-aggressivi che, come ormai accertato in condizioni di stress estremo e di emergenza, aumentano i rischi di morbidità perinatale a carico della salute mentale¹². Da qui la necessità di un approccio proattivo, multidisciplinare e integrato dei servizi sanitari rivolto alle donne in gravidanza. Per questo motivo, sono state elaborate diverse raccomandazioni proprio per cercare di fornire un'adeguata assistenza nell'emergenza pandemica che risponda all'esigenza di bilanciare la tutela del benessere materno-feto-neonatale con il ricorso a provvedimenti restrittivi finalizzati a limitare la diffusione del contagio¹³.

3. Covid-19, neonati e bambini

L'infezione da SARS-CoV-2 in pochi mesi si è diffusa dalla Cina in tutti i continenti e ha già determinato nel mondo, in meno di un anno, circa 1 milione e 500mila morti interessando in particolare la popolazione anziana.

Generalmente i bambini che contraggono l'infezione presentano sintomi lievi o sono completamente asintomatici e raramente hanno necessità di cure intensive rispetto a quanto avviene nell'adulto¹⁴. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità del 18 novembre 2020 in Italia dall'inizio dell'epidemia i bambini e ragazzi con infezione da SARS-CoV-2 sono stati 149.219, pari al 12,2% del totale: 43.841 i casi diagnosticati nella fascia di età da 0-9 anni e 105.378 quelli diagnosticati nella fascia 10-19 anni. Le manifestazioni cliniche più severe si sono avute tra i bambini più piccoli con un'età inferiore ad un anno. Sono stati segnalati dall'inizio della pandemia 8 decessi da 0 a 19 anni e tutti i soggetti erano affetti da gravi malattie preesistenti.

12 THAPA S, MAINALI A, SCHWANK S, ACHARYA G., *Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic*. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020 Jul;99(7): 817-818.

13 ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS, *Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy. Information for healthcare professionals*. Version 12: Published 14 October 2020; ISS. Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza Covid-19. Rapporto ISS Covid-19 n.45/2020; CDC. If you are pregnant, breastfeeding, or caring for young children, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html>; SIGO, AOGOI, AGUI, FNOPO, SIN, *Gravidanza e parto in epoca Covid-19: consigli pratici*. <http://www.fnopo.it/news/gravidanza-e-parto-in-epoca-covid-19--consigli-pratici.htm>.

14 DAVIES NG, KLEPAC P, LIU Y ET AL., *Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics*, in *Nature Medicine*, 26: 1205–1211, 2020

L'infezione da SARS-CoV-2 può essere trasmessa dalla mamma al neonato dopo il parto attraverso le goccioline di saliva nel periodo post-natale. La trasmissione verticale intrauterina dell'infezione è stata descritta ma è rara¹⁵. La maggior parte dei neonati infetti sono asintomatici o con una malattia lieve che non richiede un'assistenza intensiva.

Va tenuto presente che una madre asintomatica e paucisintomatica COVID-19 positiva può allattare il proprio neonato in un'organizzazione di rooming-in, quando è possibile realizzare uno stretto controllo dell'infezione, mentre quando una madre positiva è gravemente malata il neonato deve essere separato e nutrito con latte materno fresco spremuto senza la necessità di ricorrere alla pastorizzazione. In ogni caso la decisione di separare o meno madre e bambino va comunque presa per ogni singola coppia, tenendo conto del consenso informato dei genitori, della situazione logistica dell'ospedale ed eventualmente anche dalla situazione epidemiologica locale relativa alla diffusione del SARS-CoV-2.

Le principali problematiche mediche sulla salute infantile sono legate soprattutto alle conseguenze del confinamento. La paura di frequentare luoghi sanitari considerati a rischio di contagio, soprattutto nella prima ondata della pandemia, l'impatto improvviso e violento del virus su un sistema sanitario non preparato a questa emergenza e la conseguente necessità di dirottare il personale medico nei reparti Covid-19 sono all'origine dei danni indiretti arrecati dalla pandemia su tutto il sistema della prevenzione in età pediatrica. Si è verificata una riduzione delle vaccinazioni (30%) per la chiusura impropria di molti centri vaccinali ed anche per la paura dei genitori di contrarre l'infezione recandosi in queste strutture. Si è avuta una riduzione delle attività di Pronto Soccorso (40-80%) con conseguente ritardo diagnostico di patologie gravi¹⁶. La Società di Endocrinologia Pediatrica ha messo in evidenza che il numero di pazienti con chetoacidosi gravi all'esordio del diabete è passato dal 36% nel periodo pre-Covid al 44% nel periodo del lockdown.

L'Associazione Italiana Ematologia e Oncologia Pediatrica (AIEOP) ha registrato una riduzione di un terzo delle diagnosi di tumore pediatrico. Si è verificata spesso la sospensione di molte terapie riabilitative e un rinvio di controlli di bambini con disabilità. Alcune recenti ricerche hanno inoltre

15 ALTENDAH M, AFSHAR Y, ANNABELLE DE ST MAURICE A ET AL., *Perinatal maternal-fetal/neonatal transmission of COVID-19: a guide to safe maternal and neonatal care in the era of COVID-19 and physical distancing*, in *Neoreviews*. 2020 Dec;21(12): e783-e 794.

16 SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA, *Congresso straordinario digitale "La Pediatria italiana e la pandemia da SARS-CoV-2"*, Roma 27-28 Novembre 2020

messo in evidenza un aumento dei disturbi psichiatrici e un incremento in molti bambini di sovrappeso e obesità legato alla crescita di consumi di alimenti calorici associati ad una diminuzione delle attività sportive¹⁷.

Dobbiamo però constatare che le principali conseguenze nefaste sui bambini e ragazzi sono dovute al fatto che questa pandemia si è rapidamente trasformata da emergenza sanitaria ad emergenza sociale. In poche settimane l'isolamento a casa, necessario per contrastare la diffusione dell'infezione, ha determinato la perdita del lavoro per milioni di persone e la povertà, che interessa soprattutto le famiglie con figli, ha peggiorato la situazione sociale ed accentuato le disuguaglianze già drammaticamente evidenti nelle regioni meridionali e nelle periferie delle grandi città. Nel 2019, la povertà assoluta in Italia, che interessava 1 milione 137mila minori ed era più frequente nelle regioni meridionali e nelle famiglie numerose, è aumentata di molto e secondo un'indagine di Save The Children potrebbe raddoppiare alla fine del 2020¹⁸.

È ben noto che i bambini poveri sono quelli che si ammalano più frequentemente, presentano più spesso malattie croniche e disturbi dello sviluppo comportamentale con conseguenze che perdurano anche nell'età adulta.

Oltre ad una povertà economica si è dovuto constatare per un ampio numero di bambini e di ragazzi un aumento della povertà educativa che sta incrementando il livello di esclusione sociale. Molti di loro non potendo andare a scuola stanno perdendo un momento formativo fondamentale e si sta osservando anche una caduta della stessa motivazione allo studio che difficilmente si potrà recuperare se non si interviene rapidamente. I bambini e i ragazzi di famiglie con un basso reddito, oltre a non avere spesso persone che possano aiutarli a seguire le lezioni trasmesse dagli insegnanti, sono stati penalizzati anche per la mancanza di accesso alla didattica digitale per l'assenza di strumenti informatici e di connessioni. La didattica a distanza con lezioni in diretta su varie piattaforme, anche se ha svolto un ruolo importante, ha messo in maggiore evidenza le disuguaglianze sociali e culturali preesistenti alla pandemia.

17 PIETROBELLI A, PECORARO L, FERRUZZI A ET AL., *Effects of COVID-19 lockdown on lifestyle behaviors in children with obesity living in Verona, Italy: a longitudinal study*, in *Obesity*, 28, 8, 1382-5, 2020

18 SAVE THE CHILDREN, *Proteggiamo i Bambini. Whatever it takes. L'impatto della pandemia sui bambini e sugli adolescenti in Italia e nel mondo*. Ottobre 2020. <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/proteggiamo-i-bambini-whatever-it-takes>

L'isolamento sociale provocato da questa pandemia sta mettendo a rischio il diritto all'istruzione, sancito dalla Dichiarazione universale dei diritti umani dell'ONU e garantito dalla Costituzione, che rappresenta il fattore più importante per salire nella scala sociale e in grado di impedire la trasmissione della povertà da una generazione ad un'altra. Gli studenti, più svantaggiati economicamente, hanno provato la mortificazione dell'essere esclusi da un sistema di cui erano parte integrante prima dell'isolamento.

Particolarmente penalizzati con la didattica a distanza sono stati soprattutto gli studenti con disabilità (3% della popolazione scolastica) che non hanno potuto ricorrere ai sostegni dovuti ed i bambini di genitori immigrati.

È auspicabile il ritorno all'insegnamento in presenza perché solo in tal modo è possibile sviluppare la socializzazione, le relazioni, l'autonomia e il confronto. È indispensabile un progetto politico e sociale che metta la famiglia al centro dell'attenzione e dell'azione del buon governo e la pandemia potrebbe essere l'occasione per correggere, oltre le carenze dell'organizzazione sanitaria, una serie di problematiche che influenzano da molto tempo e negativamente lo sviluppo del Paese come la denatalità, le disuguaglianze che iniziano già alla nascita, la povertà infantile e la criticità del sistema formativo. L'investimento nell'infanzia è il più efficace e duraturo degli investimenti, il miglior contributo alla ripresa economica e allo sviluppo di una società.

Questo richiamo diventa più stringente per bambini che affrontano la pandemia in una condizione di fragilità preesistente, perché affetti da patologie croniche complesse, quali Fibrosi Cistica, severe immunodeficienze, malattie infiammatorie croniche intestinali, malattie rare genetico-metaboliche, endocrinopatie, diabete etc. Per i bambini con problematiche di salute mentale le necessarie restrizioni (interruzione delle attività scolastiche, confinamento a casa, impossibilità di vivere interazioni sociali con i coetanei) determinano la riduzione, se non totale abolizione, dei sostegni psicologici che abitualmente ricevono. Ne consegue che alla vulnerabilità determinata dalla malattia di base si aggiunge questa condizione che impedisce di poter ottenere quel benessere aggiuntivo, che solo luoghi di aggregazione con relazioni positive, possono dare¹⁹.

Nei bambini affetti da disturbi dello spettro autistico questa situazione si traduce in un drastico cambiamento della routine quotidiana, che causa notevoli difficoltà di adattamento. L'improvvisa scomparsa di importanti persone di riferimento (operatori e insegnanti di sostegno) e i cambiamenti radicali

19 LEE J, *Mental health effects of school closures during COVID-19*, in *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Jun;4(6):421

degli ambienti di vita hanno rappresentato importanti criticità: il bambino autistico si è trovato a vivere una vera e propria rivoluzione temporo-spaziale; la vita, di norma diversificata, a seconda dei vari contesti, ora si svolge quasi esclusivamente a casa, spesso in spazi ristretti, con l'impossibilità di utilizzare aree alternative (giardini pubblici, palestre etc.), abituali punti di riferimento. Queste misure restrittive hanno determinato, in alcuni casi, l'aggravamento dei già esistenti disturbi comportamentali, quali l'aumento di stereotipie motorie e di autoregolazione, disorientamento temporo-spaziale e a volte anche aspetti regressivi delle acquisizioni pregresse²⁰.

4. Aspetti psico-sociali

Come già accennato in introduzione, l'epidemia COVID-19, per la sua gravità e diffusione, ha richiesto misure speciali di sanità pubblica di contenimento del contagio, comprese misure eccezionali, quali il confinamento nelle case dei cittadini e la chiusura di attività e luoghi pubblici (il cosiddetto lockdown)²¹. Ne consegue la necessità di indagare, da un punto di vista psicosociale, sia l'impatto della diffusione del virus (ansia e paura per il contagio, dolore per le persone care colpite), sia l'impatto delle diverse misure di contenimento, specie le più estreme.

Questo tipo di ricerca è tanto più importante quanto più cresce la consapevolezza che la pandemia da COVID 19 ci accompagnerà ancora per un certo tempo; e si avverte in conseguenza la necessità di individuare misure più differenziate e possibilmente di minor impatto, economico, ma anche psicosociale. Perdurando la pandemia, si sono infatti create le condizioni per una maggiore considerazione dell'impatto psicosociale del COVID-19, ed è più chiara l'importanza di considerare la salute nella complessità delle sue dimensioni e dei suoi determinanti (biologici, psicologici, sociali).

Studiare le conseguenze dell'emergenza sanitaria sulla salute mentale e sul benessere psicosociale della cittadinanza permette di individuare i fattori di rischio ma anche di protezione e di resilienza, utili per indirizzare le politiche pubbliche. Per fare ciò, è fondamentale tenere presenti le "differen-

20 NARZISI A, *Handle the Autism Spectrum Condition during coronavirus (COVID-19) Stay at Home period: ten tips for helping parents and caregivers of young children*, in *Brain Sci.* 2020 Apr 1;10(4):207

21 Nella letteratura analizzata si distingue fra "confinement" e "isolation". Il primo riguardante tutti coloro che sono a rischio contagio, il secondo coloro che sono stati contagiati. Nel linguaggio comune i due termini si confondono e nell'attuale emergenza si è imposto il termine di lockdown.

ze” e le “vulnerabilità”, consapevoli della particolarità del momento storico. Occorre evitare che i soggetti che già nella normalità della vita sociale sono oggetto di minore attenzione, poiché non hanno voce propria – come i bambini e le bambine – non siano ancora di più relegati ai margini del confronto pubblico sulla pandemia e su come fronteggiarla. Per i bambini, il rischio di non essere adeguatamente considerati come soggetti, portatori di una differenza, è accentuato dal fatto di essere meno esposti al pericolo di ammalarsi: eppure, la differenza del bambino e della bambina si traduce in una variabile psicosociale di rilievo nella risposta all'emergenza pandemica.

Per i bambini, è opportuno chiarire il significato di soggetti differenti (piuttosto che di soggetti vulnerabili, come più comunemente sono definiti): non perché i bambini e le bambine non presentino, in specie di fronte a questa emergenza, aspetti di particolare fragilità e vulnerabilità, come si vedrà; ma perché, innanzitutto, l'ottica del soggetto differente permette di cogliere anche i punti forza: ad esempio, i bambini e le bambine hanno buone capacità di resilienza, che può tradursi in veloce adattamento alle nuove abitudini imposte dalla pandemia e in pronto recupero di stabilità emotiva; inoltre, come sviluppato nel paragrafo precedente, i bambini sono meno esposti ai rischi del contagio.

La differenza del bambino e della bambina può essere definita come un “di più” di relazionalità, con le figure di riferimento, con la madre innanzitutto. Anche per gli adulti, la soggettività si sviluppa nella relazione con l'altro/l'altra, ma certo per i bambini questa relazione è più stretta: a partire da qui, si può avere una visione di insieme sia sugli aspetti di vulnerabilità, sia sui punti forza della risposta dei bambini all'emergenza. Pensiamo ad esempio al fattore di stress, rappresentato dalla perdita della routine quotidiana, della scuola, del gioco con gli altri bambini. Se però i genitori e le altre figure di riferimento saranno attenti a mantenere per quanto possibile le abitudini di sempre e saranno capaci di ricrearne altre nelle nuove condizioni ambientali (compresi tempi e modalità per l'apprendimento così come per il gioco e il relax), si creeranno le condizioni perché i bambini sviluppino le capacità adattive particolari di cui si è detto. In altri termini, il sostegno della cerchia relazionale affettiva intorno al bambino “fa la differenza” nello sviluppo della particolare plasticità del bambino. È questa una delle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ai genitori in tempi di pandemia²². Dall'altro lato però, la differenza può tra-

22 WHO, *Helping children cope with stress during the 2019-nCoV outbreak*. <https://resourcecentre.savethechildren.net/node/17033/pdf/helping-children-cope-with-stress-print.pdf>

dursi in maggiore vulnerabilità: i bambini sono più esposti allo stress e ai disturbi psichici connessi (vedi Post Traumatic Stress Disorder – PTSD), perché risentono anche dei fattori di stress che colpiscono i genitori²³. Inoltre, a fronte della maggiore resistenza dei bambini al contagio, si rileva la loro particolare esposizione emotiva ai pericoli che incombono sulla salute e la vita dei genitori e di altre figure di adulti significativi²⁴.

La raccomandazione dell'OMS appena citata ci introduce ad un altro argomento. Ricreare intorno ai bambini un nuovo ambiente di vita scandito da tempi e spazi domestici per l'apprendimento, per il gioco, per il relax può essere facile per alcune famiglie, più difficile, ma possibile, per altre. Per altre ancora pressoché impossibile: ad esempio, se si vive in una casa poco spaziosa e sovraffollata, se si ha un solo computer in famiglia, magari da dividere con altri fratelli e sorelle, se i genitori – specie quelli non di lingua madre italiana – non hanno la preparazione adeguata, e magari neppure il tempo, per accompagnare i bambini nell'apprendimento a distanza.

È qui che la questione della differenza dei bambini e delle bambine si incrocia col quella della “diseguaglianza”, socioeconomica e culturale. La condizione di totale dipendenza dei bambini fa sì che essi siano i più vulnerabili alle diseguaglianze che colpiscono il loro mondo adulto di riferimento: diseguaglianze che la pandemia e la crisi economica hanno accentuato, a partire dall'aumento della povertà assoluta, che cresce in parallelo all'aumento del numero di figli minori presenti in famiglia, come già riportato nell'introduzione.

23 Cfr. SPRANG G, SILMAN M, *Post Traumatic Stress Disorder in parents and youth after health-related disasters*, in *Disaster Med Public Health Prep.* 2013 Feb;7(1):105-10. Questo studio ha indagato le conseguenze psicosociali di alcuni eventi pandemici recenti (l'H1N1, influenza suina, del 2009 e la SARS) così come delle misure di contenimento su genitori e bambini, attraverso un campione di genitori proveniente da 6 stati USA, dal Messico e dal Canada. Rispetto alla diagnosi di Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), si registra una significativa relazione fra la prevalenza del disordine fra i genitori e fra i loro bambini (l'85,7% dei genitori con PTSD hanno i bambini che ne soffrono anch'essi, mentre fra i genitori non affetti da PTSD, solo il 14% dei bambini riportano il disordine). Inoltre, lo studio suggerisce un impatto negativo consistente delle misure di isolamento e di quarantena, come si ricava dal confronto fra i bambini sottoposti a isolamento e quarantena e quelli non sottoposti (il primo gruppo ha il 30% di probabilità in più di soffrire di PTSD).

24 A tal proposito, nel documento già citato, l'OMS raccomanda di fare tutti gli sforzi per non separare i bambini dai genitori e dalle altre persone che si prendono di solito cura di loro e se la separazione è inevitabile (come nel caso di genitore in ospedale), di cercare di mantenere regolari contatti per telefono.

Dalla ricerca esistente, ancora necessariamente scarsa, emerge un quadro complesso dei rischi dell'emergenza sanitaria sulla salute mentale²⁵: i bambini hanno affrontato un radicale cambiamento di ambiente e di abitudini di vita in seguito alla chiusura degli asili e delle scuole; alla interdizione degli spazi pubblici dedicati al gioco, alla interruzione (o riduzione) dei rapporti coi pari e con altri adulti a loro legati da rapporti affettivi (i nonni e altre persone che si prendevano cura di loro); quanto ai genitori (già in condizioni emotive precarie per i timori per la salute e per la crisi economica), si sono trovati a dover dedicare un di più di attenzione ai figli piccoli, pur continuando a lavorare (chi fuori casa, chi a distanza). Di fronte a questi compiti, le madri sono state e sono in prima linea, spesso senza più il sostegno della famiglia allargata e di altri aiuti esterni.

Alcuni studi cercano di individuare i rischi, distinguendo fra la fase acuta e quella successiva, di prevedibile lento ritorno alla normalità. In questa seconda fase, spicca l'aumento delle difficoltà economiche per le famiglie e della disoccupazione, condizioni che sappiamo essere associate all'acuirsi di maltrattamenti in famiglia. Anche sotto questo aspetto, si riconferma il peso delle disuguaglianze, che grava due volte sulle spalle dei bambini più socialmente deboli e emarginati. Altre ricerche e revisioni della letteratura si concentrano sul peso delle misure di contenimento del contagio (la quarantena in specifico) sulla salute mentale: fra chi ha sperimentato la quarantena, si registra un'alta prevalenza di sintomi quali turbe emotive, stati di depressione e di malumore; ma anche di disturbi più specifici (i Sintomi da Stress Post Traumatico sono riportati nel 28%, fino al 34%,

25 FEGERT J, VITIELLO B, PLENER PL, CLEMENS V, *Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality*, in *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020 May 12; 14:20. Cfr. anche: MARCHETTI D, FONTANESI L, MAZZA C, ET AL. Parenting-related exhaustion during the Italian COVID-19 lockdown. *J Pediatr Psychol*. 2020 Nov 1;45(10):1114-1123. Lo studio su un campione di 1226 genitori riporta che il 17% accusa sintomi di esaurimento emotivo e di angoscia, con le madri in maggiore sofferenza; PISANO L, GALIMI D, CERNIGLIA L, *A qualitative report on exploratory data on the possible emotional/behavioral correlates of COVID-19 lockdown on 4-10 years children in Italy*. *PsyArXiv Preprints* 2020. <https://psyarxiv.com/stwbn/>; LEE J, *Mental health effects of school closures during COVID-19*, in *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Jun;4(6):421.

dei casi)²⁶. Quanto ai minori, risulta che i bambini sottoposti a quarantena hanno maggiori probabilità di soffrire di PTSD²⁷.

Uno studio su bambini e adolescenti in Italia, riporta che il 65% dei bambini sotto i 6 anni e il 71% di quelli sopra i 6 anni hanno presentato problematiche comportamentali dipendenti dal lockdown, con sintomatologie di tipo regressivo quali paura del buio, pianto inconsolabile, difficoltà di addormentamento e ansia da separazione; sopra i 6 anni prevale l'alterazione del ritmo sonno-veglia, ossessione per la pulizia, ansia²⁸.

Come accennato, questo filone di ricerca, se ulteriormente sviluppato, può accrescere la consapevolezza sociale e aiutare le politiche pubbliche, sia a prevenire e ridurre per quanto possibile gli effetti negativi delle misure più estreme (ad esempio, con interventi di protezione sociale rivolti ai bambini più svantaggiati e di supporto psicologico mirato, oltre che rafforzando la rete sociosanitaria generale) sia a orientare la scelta delle misure di contenimento, offrendo una guida attenta alle differenze e alle disuguaglianze. La rilevanza etica della valutazione delle politiche pubbliche in questa fase eccezionale di emergenza sanitaria è stata ricordata dal Comitato Nazionale per la Bioetica, che “sottolinea l'importanza di ridurre al minimo indispensabile le misure che più ricadono sui bambini con conseguenze negative, dedicando una specifica attenzione all'interesse del minore quale criterio etico-giuridico fondamentale per la valutazione del rapporto benefici-rischi delle misure ipotizzate”²⁹.

26 Cfr. FEGERT ET AL. cit.; BROOKS SK, WEBSTER RK, SMITH LE, ET AL., *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*, in *Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):912-920.

27 I bambini in lockdown hanno il 30% di probabilità in più di soffrire di PTSD rispetto ai bambini non sottoposti a questa esperienza, cfr. BROOKS ET AL. cit.

28 Lo studio è stato condotto dall'Istituto Giannina Gaslini e dall'Università di Genova. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8041000.pdf>

29 CNB (2020), cit., p.15. Il parere dedica un intero paragrafo (3.3) alle misure che più hanno avuto un peso sui bambini, in primo luogo la chiusura della scuola. Il CNB valuta che la “Didattica A Distanza” (DAD) abbia avuto un effetto positivo di innovazione della didattica, ma che tuttavia l'uso esclusivo della modalità online di insegnamento abbia portato alla luce vecchie disuguaglianze sociali e culturali, creandone per di più di nuove. Si ribadisce perciò l'importanza della scuola in presenza come occasione fondamentale di socializzazione e strumento di promozione di uguaglianza. Anche il precedente Parere CNB su *COVID 19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale* (Roma, 28 maggio 2020) affronta il tema delle misure pubbliche indicando quali criteri generali di valutazione l'efficacia, la proporzionalità e la limitazione nel tempo.

5. *Preparedness, precauzione, responsabilità condivisa, proporzionalità*

Sotto il profilo bioetico possiamo richiamare alcuni essenziali principi che possono essere di maggiore riferimento, sia per quanto riguarda il ricorso a provvedimenti restrittivi finalizzati al contenimento della diffusione pandemica sia in merito alla loro proporzionalità nel bilanciamento tra benefici attesi e rischi previsti. Una visione, potremmo dire, che potrebbe essere utile non solo nell'immediato. Ebbene, tra i vari principi sono individuati prioritariamente la *preparedness* (tempestiva predisposizione di strategie di azione), la precauzione, la "responsabilità condivisa", la proporzionalità.

Indispensabili, prima di tutto, le misure di sanità pubblica volte a mitigare la diffusione della pandemia con la tempestiva predisposizione di adeguate strategie di azione per prevenire, assistere e mitigare gli effetti sfavorevoli. Interventi che – non solo nell'attualità dell'aggravamento pandemico – potranno essere anche di beneficio per la sanità post Covid-19. In tale contesto è fondamentale il rafforzamento dei livelli appropriati dei servizi essenziali, in maniera uniforme in tutti i territori, con rapide riformulazioni sia per le strutture che per l'organizzazione. Dalla medicina territoriale al reclutamento di personale sanitario; dall'aggiornamento tecnologico degli ospedali e implementazione dei posti letto per patologie emergenti ad una assistenza che sia fornita omogeneamente; dall'aumento delle terapie intensive neonatali a quelle subintensive e intensive per le altre età, in parte già programmate in quest'emergenza, con congruo personale specialistico dedicato; dalla valutazione anticipata dei carichi sul sistema sanitario alla tutela delle fasce più a rischio; etc. La *preparedness* consente di passare dalla "inevitabilità" alla "prevedibilità" con la concreta e precoce realizzazione di misure dedicate. Dobbiamo tener conto che nella sanità, come in altri campi, il "dopo" non sarà né potrà essere come il "prima"³⁰.

La precauzione, a sua volta, richiede interventi cautelativi nell'anticipazione preventiva del rischio – a fronte della rapidità della trasmissione virale – per evitare o limitare conseguenze negative in attesa di predisporre interventi sistematici. Precauzione certo non significa astensionismo. Piuttosto richiede valutazione del rischio (*risk assessment*) e gestione del rischio (*risk management*). Sul piano pratico l'applicazione del principio di precauzione legittima, in situazioni di grave e altrimenti incontrollabile

30 Romano L, *Il lessico del "dopo" da un tempo che sembrava sospeso*. In: Camilli A. (a cura di), *Il caso e la necessità. Covid-19, la (prima?) pandemia del terzo millennio*. Key Ed. 2020, 113-117

diffusione pandemica, anche prescrizioni restrittive per tempi limitati nella ponderata previsione delle conseguenze.

La responsabilità, poi, è paradigma etico imprescindibile per “garantire ogni diritto con un dovere”. Responsabilità in capo allo Stato per assicurare le doverose protezioni in ambito economico, sociale e sanitario sulla guida della Carta costituzionale; responsabilità in capo ad ogni cittadino per assicurare partecipazione e attiva collaborazione. Ciò significa che l’impegno è doverosamente in capo ad ognuno, appunto secondo le proprie responsabilità, anche per rendere effettive disposizioni che, in quanto anche restrittive, devono essere predisposte secondo gradualità e proporzionalità tra benefici attesi e rischi previsti, nella congruità con le evidenze epidemiologiche dei relativi indicatori e delle soglie critiche. È un bilanciamento gravoso che comporta decisioni certamente difficili con ripercussioni in una molteplicità di ambiti. In definitiva, una “responsabilità condivisa” che, dal profondo significato etico-sociale, apre alla solidarietà anche in termini costituzionali.

CONCETTA ANNA DODARO

L'IMPATTO DELLA PANDEMIA SULLA CHIRURGIA DEI TRAPIANTI

1. Introduzione

SARS-CoV-2 è un virus a RNA a filamento singolo e polarità positiva, appartenente alla famiglia dei Coronaviridae che causa una sindrome simil-influenzale, potenzialmente mortale. Coinvolge principalmente le vie respiratorie e può manifestarsi con sintomi di varia intensità (es. febbre, tosse, dispnea a tracheite-bronchite e polmonite), interessando talvolta anche il tratto digerente¹.

I primi due casi verificatisi in Italia, relativi a due cittadini cinesi, sono stati denunciati a Roma il 30 gennaio 2020 e da allora il contagio si è diffuso fino ad includere ad oggi il 12.11.2020 un totale di 1.028.424 pazienti, con oltre 42.000 decessi². Dal 9 marzo 2020, il governo italiano ha stabilito diverse misure per il distanziamento sociale e ha ordinato un blocco a livello nazionale.

I pazienti trapiantati di rene, a causa dell'immunosoppressione dopo il trapianto, rappresentano una parte della popolazione particolarmente suscettibile alle infezioni virali e alla polmonite³. Del resto, le informazioni

-
- 1 C. R. Ju, Q. Y. Lian, J. H. Zhang et al., *Recommended prophylactic and management strategies for severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in transplant recipients*, «Chronic Diseases and Translational Medicine», 2020, vol. 6, no. 2, pp. 87–97.
 - 2 <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?area=nuovoCoronavirus&id=5351&lingua=italiano&menu=vuoto> (ultima visualizzazione 12.11.2020). Cfr. Anche A. Remuzzi e G. Remuzzi, *COVID-19 and Italy: what next?*, «The Lancet», 2020, vol. 395, no. 10231, pp. 1225–1228.
 - 3 M. L. Santangelo, C. Criscitiello, A. Renda et al., *Immunosuppression and multiple primary malignancies in kidney-transplanted patients: a single-institute study*, «BioMed Research International», vol. 2015, 2015; P. V. Ritschl, N. Neve-ermann, L. Wiering et al., *Solid organ transplantation programs facing lack of empiric evidence in the COVID-19 pandemic: a By-proxy society recommenda-*

sull'epidemiologia, la clinica e la gestione delle infezioni da SARS-CoV-2 nei pazienti sottoposti a trapianto di rene sono ancora poche e poco chiare⁴. Una recente ricerca italiana sul rapporto tra paziente trapiantato e Coronavirus ha riflettuto sulla diminuzione delle attività di trapianto, soprattutto da donatore vivente, proponendo alcune raccomandazioni⁵.

Alla luce della scarsa letteratura al riguardo si ritiene, pertanto, che anche la prospettiva del centro trapianti napoletano possa essere d'interesse per intraprendere una riflessione bioetica su una delle molteplici questioni che si sollevano nell'odierno tempo di pandemia.

2. L'attività nel centro trapianti di Napoli

La Campania vanta due centri per i trapianti di rene, uno a Napoli e uno a Salerno, in entrambi si effettuano trapianti di rene da donatore deceduto, mentre solo in quello napoletano si effettuano anche trapianti da donatore vivente.

In effetti il centro trapianti napoletano ha continuato la sua attività anche durante la pandemia di Covid-19 e, mettendo a confronto il trimestre che va dal 9 marzo al 9 giugno 2020 con lo stesso del biennio precedente (2018 e 2019), si rileva che il numero di procedure eseguite è rimasto costante, il che riprova che non c'è stato un rallentamento né una diminuzione di trattamenti durante l'imperversare del Coronavirus.

tion consensus approach, in *American Journal of Transplantation*, 2020, vol. 20, no. 7, pp. 1826–1836; A. Pisani, M. Sabbatini, M. Imbriaco et al., *Long-term effects of octreotide on liver volume in patients with polycystic kidney and liver disease*, in *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2016, vol. 14, no. 7, pp. 1022–1030.e4.

- 4 H. Zhang, Y. Chen, Q. Yuan et al., *Identification of kidney transplant recipients with coronavirus disease 2019*, in *European Urology*, 2020, vol. 77, no. 6, pp. 742–747; I. Gandolfini, M. Delsante, E. Fiaccadori et al., *COVID-19 in kidney transplant recipients*, in *American Journal of Transplantation*, 2020, vol. 20, no. 7, pp. 1941–1943; L. S. Nacif, L. Y. Zanini, D. R. Waisberg et al., *COVID-19 in solid organ transplantation patients: a systematic review*, in *Clinics*, vol. 75, 2020; E. Akalin, Y. Azzi, R. Bartash et al., *COVID-19 and kidney transplantation*, in *New England Journal of Medicine*, 2020, vol. 382, no. 25, pp. 2475–2477; V. Nair, N. Jandovitz, J. S. Hirsch et al., *COVID-19 in kidney transplant recipients*, in *American Journal of Transplantation*, 2020, vol. 20, no. 7, pp. 1819–1825.
- 5 F. Vistoli, on behalf of the Italian National Kidney Transplantation Network, L. Furian et al., *COVID-19 and kidney transplantation: an Italian survey and consensus*, in *Journal of Nephrology*, 2020, vol. 33, no. 4, pp. 667–680.

Nel periodo indicato, nel centro trapianti di Napoli, sono stati eseguiti cinque trapianti di rene, tutti da donatori deceduti. I reni provenivano da donatori standard, deceduti per trauma cranico o emorragia cerebrale, sottoposti a tampone nasofaringeo al momento del ricovero e lavaggio broncoalveolare prima della donazione, come stabilito dalle direttive nazionali. I destinatari hanno rispettato rigorosamente le misure di protezione imposte dal governo italiano e non hanno avuto alcun contatto con persone sospette né sono rimasti in zone ad alto rischio; ma soprattutto non hanno mostrato sintomi indicativi di infezione da COVID-19 e sono stati selezionati al momento del ricovero con tampone nasofaringeo ed esami sierologici. I pazienti erano 4 maschi e 1 femmina, tutti di età inferiore ai 60 anni. Sono stati tutti pienamente informati sui benefici e sui rischi associati al trapianto di rene e sui rischi di iniziare un trattamento immunosoppressivo durante una pandemia. Inoltre, hanno accettato i rischi legati alle modifiche strutturali apportate al reparto e alla sala operatoria solitamente utilizzate per i trapianti, a causa dell'emergenza COVID-19. Gli interventi chirurgici sono stati eseguiti senza complicazioni e tutti i pazienti sono stati dimessi con una valida funzionalità renale e senza sintomi sospetti. Durante il follow-up, i pazienti sono ancora asintomatici e sono stati testati con test sierologici risultati negativi per gli anticorpi anti-SARS-CoV-2.

Nessuno di questi trapianti, però, è stato eseguito nel mese di marzo, in cui è iniziata la diffusione del virus. Il primo è stato effettuato il 9 aprile 2020, quando erano già stati adottati i protocolli per l'individuazione del virus e le misure di protezione.

Tuttavia ci si è interrogati anche sulla possibilità e sulla fattibilità di eseguire trapianti da donatori viventi durante una pandemia mondiale, ma l'assenza di informazioni sul virus e sulle sue conseguenze, nonché i trapianti da organizzare in elezione hanno portato l'equipe del centro trapianti, in accordo con i pazienti, a decidere di rimandare le procedure ad un periodo di maggiore controllo della diffusione della SARS-CoV-2 in Italia.

Un dubbio pressante è sorto su un paziente specifico, il cui beneficio del trapianto avrebbe potuto essere maggiore rispetto all'alto rischio rappresentato dalla pandemia di Covid-19. Ciononostante, anche per questo caso, a seguito di lunghe riflessioni con il donatore e il ricevente sui rischi e vantaggi del trapianto e delle cure dialitiche, si è deciso di posticipare il trapianto fino al termine della fase due del processo di contenimento della pandemia⁶.

6 <http://www.governo.it/coronavirus-normativa>.

3. Riflessioni alla luce della pandemia

La mancanza di dati sul trapianto di rene durante la pandemia di Covid-19 ha reso difficile l'attività di trapianto, rappresentando una vera sfida per chirurghi e medici.

L'infezione è una complicanza comune che insorge dopo il trapianto di rene e il tratto respiratorio è uno degli organi che più frequentemente ne è colpito. L'esordio solitamente si verifica nei primi mesi postoperatori con sintomi insoliti e rapida progressione. I pazienti trapiantati, come è evidente, hanno una prognosi più sfavorevole rispetto alla popolazione generale e, inoltre, la cross-reattività molecolare dopo un'infezione virale respiratoria può determinare un rigetto acuto nei riceventi trapiantati⁷.

Un'indagine italiana ha evidenziato che la maggior parte dei centri trapianti ha ridotto drasticamente la propria attività, soprattutto nelle aree dove l'incidenza dell'infezione da COVID-19 è stata più alta⁸.

Nel centro trapianti di Napoli è stato possibile proseguire l'attività sui trapianti di donatori deceduti, effettuando comunque una selezione più attenta di donatori e riceventi: sono stati preferiti donatori standard e destinatari senza gravi comorbidità, che avrebbero potuto comportare un aumento del rischio di infezione e morte per Covid-19, come suggerito da alcuni autori⁹. È chiaro, però, che se vi fosse stata urgenza di trapiantare pazienti non standard, come pazienti iperimmuni o con difficile accesso vascolare, l'equipe non si sarebbe tirata indietro in quanto l'intervento si sarebbe potuto configurare come salvavita¹⁰.

7 C. R. Ju, Q. Y. Lian, J. H. Zhang et al., *Recommended prophylactic and management strategies for severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection in transplant recipients*, cit.

8 F. Vistoli, on behalf of the Italian National Kidney Transplantation Network, L. Furian et al., *COVID-19 and kidney transplantation: an Italian survey and consensus*, cit.

9 Cfr. P. De Rosa, M. Santangelo, A. Scala et al., *Difficult vascular conditions in kidney transplantation*, in *Transplantation Proceedings*, 2006, vol. 38, no. 4, pp. 1040–1043, 2006 e M. Santangelo, M. Zuccaro, P. De Rosa et al., *Older kidneys donor transplantation: five years' experience without biopsy and using clinical laboratory and macroscopic anatomy evaluation*, in *Transplantation Proceedings*, 2007, vol. 39, no. 6, pp. 1835–1837.

10 P. Incollingo, G. Peluso, L. Pelosio et al., *Ethical issues in the use of suboptimal kidneys for transplants: an Italian point of view*, in *Transplantation Proceedings*, vol. 51, no. 1, pp. 106–110, 2019.

P. De Rosa, M. Santangelo, A. Ferrara et al., *Suboptimal kidney: the experience of a single transplant unit*, in *Transplantation Proceedings*, vol. 36, no. 3, pp. 488–490, 2004.

Sia i pazienti che il personale sono stati sottoposti a un attento monitoraggio rispetto al virus SARS-CoV-2; nessuno, infatti, ha contratto il virus durante il ricovero o il follow-up, supportando i dati preliminari che suggeriscono un basso rischio di contrarre l'infezione virale da parte dei pazienti trapiantati, con un decorso clinico non diverso da quello dei soggetti non trapiantati¹¹. Il rischio comunque è stato alto, in quanto gli agenti immunosoppressori solitamente utilizzati per ridurre l'incidenza di rigetto degli organi trapiantati riducono anche la risposta immunologica del paziente, aumentandone la suscettibilità alle infezioni opportunistiche¹².

Ciononostante nel bilancio tra rischi e benefici si ritiene che il beneficio del trapianto vada anteposto al rischio che il trapiantato, perché immunosoppresso, possa essere maggiormente esposto, tra gli altri, anche al Coronavirus¹³. Di tal che si condivide appieno la scelta di continuare l'attività dei trapianti da donatore deceduto, con una più attenta selezione di donatori e riceventi, preferendo donatori standard e riceventi senza gravi comorbidità. Purtuttavia la decisione di sospendere o, meglio, di rimandare gli interventi di trapianto da vivente a un periodo di maggior controllo della diffusione della SARS-CoV-2, pare particolarmente opportuna in quanto si tratta di interventi chirurgici elettivi, il cui ritardo non determina rischi aggiuntivi per i pazienti. La decisione, inoltre, è stata condivisa con i pazienti stessi, che hanno ritenuto più sicuro continuare la dialisi piuttosto che sottoporsi a un intervento chirurgico e ad un lungo ricovero in ospedale nell'era Covid-19. Del resto, la sospensione temporanea del trapianto da donatore vivente elettivo è supportata dalle più recenti raccomandazioni mondiali¹⁴.

-
- 11 Cfr. E. Montagud-Marrahi, F. Cofan, J. V. Torregrosa et al., *Preliminary data on outcomes of SARS-CoV-2 infection in a Spanish single center cohort of kidney recipients*, in *American Journal of Transplantation*, 2020 e P. Piscitelli, A. Santoriello, F. M. Buonaguro et al., *Incidence of breast cancer in Italy: mastectomies and quadrantectomies from 2000 to 2005, 2009*, in *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, vol. 28, no. 1, p. 86.
 - 12 J. A. Fishman, *Infection in solid-organ transplant recipients*, in *New England Journal of Medicine*, 2007, vol. 357, no. 25, pp. 2601–2614.
 - 13 M. I. Bellini, F. Tortorici, and M. Capogni, *Kidney transplantation and the lockdown effect*, in *Transplant International*, 2020, vol. 33, no. 9, pp. 1142–1143; G. Peluso, P. Incollingo, N. Carlomagno et al., *Our timing to remove peritoneal catheter dialysis after kidney transplant*, in *Transplantation Proceedings*, 2019, vol. 51, no. 1, pp. 160–163.
 - 14 J. Pascual, E. Melilli, C. Jiménez-Martín et al., *COVID-19-related mortality during the first 60 days after kidney transplantation*, in *European Urology*, 2020, vol. 78, no. 4, pp. 641–643, R. Cacciola, *Response to "The COVID-19 outbreak in Italy: initial implications for organ transplantation programs"*, in *American*

4. Conclusioni

Alla luce della seconda ondata pandemica e della ancora profonda incertezza relativa al virus, pur restando ferma la convinzione che mentre il trapianto di rene da donatore deceduto dovrebbe continuare, anche se con una selezione più attenta di donatori e riceventi e che, invece, il trapianto da donatore vivente dovrebbe essere rimandato in modo da non creare rischi aggiuntivi per pazienti, ci si domanda legittimamente fino a quando il posticipo possa durare prima di trasformarsi in rischio per la salute dei pazienti. In realtà il perdurare della pandemia prospetta un nuovo esame tra rischi e benefici alla ricerca di un bilanciamento: il rischio di rimandare troppo a lungo il trapianto si scontra, infatti, con il beneficio che il suo posticipo porta con sé, nel tutelare il paziente da eventuali rischi. Tuttavia della pandemia non si intravede la fine, allora parrebbe opportuno porsi un nuovo quesito bioetico: quando il posticipo del trapianto diventa irreparabile ritardo?

Journal of Transplantation: Official Journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons», vol. 20, no. 7, pp. 1937-1938, 2020; M. Creta, A. Calogero, C. Sagnelli et al., *Donor and recipient outcomes following robotic-assisted laparoscopic living donor nephrectomy: a systematic review*, in *BioMed Research International*, 2019, vol. 2019; A. Ferrarese, G. Pozzi, F. Borghi et al., *Informed consent in robotic surgery: quality of information and patient perception*, in *Open Medicine*, 2016, vol. 11, no. 1, pp. 279-285.

FEDERICA VALLONE, MARIA FRANCESCA
CATTANEO DELLA VOLTA, MARIA CLELIA ZURLO

L'IMPATTO DELLA PANDEMIA DA COVID-19 SULLE CONDIZIONI DI SALUTE PSICOLOGICA DEGLI STUDENTI UNIVERSITARI: FATTORI DI RISCHIO E INDICAZIONI PER GLI INTERVENTI DI *COUNSELLING*

1. *Premessa*

L'11 Marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2020) ha definito la diffusione del Coronavirus 2019 (COVID-19) un'emergenza internazionale sanitaria, economica e sociale, dichiarando lo stato di pandemia globale. A partire da tale dichiarazione, in tutto il mondo sono state adottate misure estreme di contenimento, nel tentativo di prevenire e rallentare la diffusione del virus. Con particolare riferimento all'Europa, l'Italia, ad oggi, figura tra le nazioni più colpite, con 3.376.376 casi, e il più alto numero di decessi (104.942 decessi; Ministero della Salute, 2020).

In risposta a tale condizione senza precedenti, la ricerca in ambito psicologico ha compiuto numerosi sforzi nel tentativo di comprendere i vissuti connessi non solo all'esperienza relativa all'emergenza sanitaria in atto, ma anche alle misure di contenimento attivate, quali, ad esempio, la riduzione della mobilità (intra-nazionale e internazionale), i *lockdown* locali, il passaggio massiccio al lavoro da casa (*smart-working*), e il distanziamento sociale (Xiong et al., 2020).

In tal senso, considerando la completa eccezionalità di tale condizione e, dunque, l'assenza di sostanziali punti di riferimento, la ricerca ha, *in primis*, attinto allo specifico filone di studi che ha indagato l'impatto di alcune condizioni di emergenza sanitaria occorse negli ultimi decenni (ad es., SARS, influenza H1N1 del 2009 e del 2010), ed ha mirato a analizzare l'impatto dell'attuale emergenza per ricavare indicazioni utili per affrontarne gli effetti non solo in termini sanitari ma anche in termini di salute psicologica e sociale.

In particolare, una recente rassegna di ricerche sull'impatto psicologico dei periodi di quarantena e confinamento dovuti a epidemie negli ultimi decenni ha identificato specifici vissuti, quali paura del contagio, sentimenti di frustrazione legati alla scarsa reperibilità di beni necessari (ad es. farmaci e dispositivi di protezione personale), senso di confusione relativo a una inadeguata qualità delle informazioni ricevute da parte delle autorità sanitarie pubbliche, e senso di isolamento e noia derivanti dalla perdita della *routine* quotidiana (Brooks et al., 2020). Inoltre, studi condotti nel corso della recente epidemia SARS hanno rilevato un significativo incremento della diffusione di forme diverse di disagio psicologico: depressione, ansia, attacchi di panico, ma anche sintomi psicotici, disturbi deliranti, e aumento del tasso di suicidi (Xiang et al., 2020).

La presenza di un significativo incremento della diffusione di diverse forme di disagio psicologico è stata recentemente confermata anche durante l'attuale periodo di pandemia da COVID-19 (Qiu et al., 2020; Zandifar & Badrfam, 2020), e, in particolare, sono stati rilevati, nella popolazione generale, elevati livelli di ansia (Horeish & Brown, 2020; Lima et al., 2020; Rajkumar, 2020) e depressione (Wang et al., 2020), nonché un incremento del tasso di attacchi di panico (Shigemura et al., 2020).

In tal senso, la ricerca ha evidenziato che le stesse misure di contenimento adottate durante l'emergenza COVID-19 – che hanno comportato sostanziali e massicce restrizioni relative all'accesso ai diversi contesti lavorativi e ai luoghi di aggregazione – hanno avuto un profondo impatto sia a livello individuale che a livello relazionale, esacerbando sentimenti di incertezza e di isolamento, nonché vissuti di perdita sul piano delle motivazioni, dei significati e del senso di autostima (Williams et al., 2020).

Il settore educativo e della formazione rappresenta uno dei contesti più colpiti dalle misure di contenimento messe in atto in risposta alla pandemia (UNESCO, 2020), e il presente studio ha inteso quindi focalizzare l'attenzione sui cambiamenti che hanno interessato e che, ad oggi, interessano il contesto accademico universitario, ed esplorare i potenziali fattori di rischio che caratterizzano l'esperienza degli studenti universitari e possono influenzarne significativamente le condizioni attuali e future di salute psicologica.

In particolare, il presente studio fa riferimento al filone di ricerca che mira a esplorare i processi che influenzano l'esperienza dello stress, approfondendo sia i fattori situazionali che ne determinano l'insorgenza (ossia le fonti di stress percepite), che i fattori individuali (ossia le caratteristiche socio-demografiche e i fattori di personalità), che costituiscono potenziali fattori di rischio o, viceversa, fattori protettivi in grado di mediare e/o

moderare gli effetti dello stress sulla salute psicologica e fisica individuale (Lazarus & Folkman, 1984; Zurlo et al., 2017, 2020a).

Inserendosi in questo filone di studi, la presente ricerca mira quindi a valutare l'impatto di specifiche fonti di stress connesse alla pandemia da COVID-19 sulla salute psicologica degli studenti universitari, riportando i risultati dell'utilizzazione di uno specifico strumento costruito e validato per l'*assessment* delle fonti di stress da essi percepite durante l'emergenza COVID-19: il *COVID-19 Student Stress Questionnaire* (CSSQ; Zurlo et al., 2020b). Nelle pagine che seguono saranno, quindi, descritti i livelli di stress percepiti, i diversi stressor rilevati, e gli effetti di essi sulle condizioni di salute psicologica in un campione di 500 studenti universitari, iscritti all'Università degli Studi di Napoli Federico II, nel corso dell'attuale pandemia.

Nelle pagine che seguono sarà presentata la ricerca e i suoi risultati, che verranno discussi anche al fine di offrire un contributo alla definizione di interventi di *counselling evidence-based* per la protezione e la promozione della salute psicologica degli studenti.

2. *L'impatto dell'emergenza COVID-19 e delle misure di contenimento sulla routine quotidiana degli studenti universitari*

In tutto il mondo la diffusa chiusura dei *college* e delle sedi universitarie, e la conseguente ridefinizione di tutte le attività e degli eventi formativi in programma (lezioni, laboratori, sedute di laurea, esami di profitto), ha comportato un cambiamento sostanziale nella *routine* quotidiana degli studenti universitari (Chen et al., 2020; Sahu, 2020).

Diversi studi condotti a livello internazionale hanno evidenziato, tra gli studenti universitari, elevati livelli di ansia connessa ai cambiamenti avvenuti – in relazione alle misure di contenimento – nella vita quotidiana personale e accademica, che hanno investito attività, obiettivi e relazioni sociali (Cao et al., 2020; Chen et al., 2020; Lee, 2020; Sahu, 2020). In tale prospettiva, l'impossibilità di partecipare alla vita universitaria può, difatti, avere un impatto significativo non solo sulla formazione e sullo studio accademico, inducendo vissuti di incertezza connessi a annullamento/ritardi delle attività e a difficoltà nell'impiego di piattaforme *online* per la formazione a distanza, ma anche sulle relazioni con potenziali punti di riferimento quotidiano, quali colleghi e docenti, inducendo possibili vissuti di perdita e frustrazione (Lee, 2020; Sahu, 2020).

Inoltre, sempre dal punto di vista relazionale, è necessario tener presente anche il ruolo centrale che è svolto nei giovani adulti dalle rela-

zioni con i pari (Anniko et al., 2019), e considerare i possibili effetti dei cambiamenti imposti dalle misure di contenimento sulle relazioni con gli amici, sulla vita di coppia, e sulla vita sessuale (Li et al., 2020; Rosenberg et al., 2020).

D'altra parte, se, da un lato, i suddetti rapporti con partner, coetanei, colleghi e docenti universitari hanno subito una radicale trasformazione – in termini di una significativa riduzione dei contatti *face-to-face* nella vita quotidiana – dall'altro, nella maggior parte dei casi, i rapporti intra-familiari si sono fortemente intensificati, comportando una pressoché totale esclusività delle relazioni con i genitori e/o con i fratelli, quali uniche possibili.

In questa prospettiva, anche i cambiamenti nella frequenza e intensità dei rapporti con i familiari devono essere attentamente presi in esame, considerando sia gli studenti conviventi con i genitori, per i quali le misure di emergenza hanno comunque determinato condizioni completamente mutate (convivenza forzata *full-time* all'interno di spazi comuni di condivisione sia di lavoro che di svago), sia gli studenti fuori sede, costretti a rientrare a casa e a sospendere così tutte le relazioni instaurate e intrattenute nella vita quotidiana universitaria.

In tal senso, l'emergenza COVID-19 ha comportato per la maggior parte delle famiglie la necessità di rinegoziare e ridefinire modalità di condivisione del tempo, degli spazi, nonché dei confini. D'altra parte, è necessario considerare anche che tali processi di rinegoziazione e ridefinizione possono assumere connotazioni differenti in relazione alla qualità dei legami familiari precedenti al periodo di emergenza COVID-19, e possono in alcuni casi comportare la riattivazione o l'intensificazione di difficoltà e di problematiche relazionali preesistenti e potenzialmente patologiche (Lee, 2020).

3. Fonti di stress collegate all'emergenza COVID-19 percepite dagli studenti universitari: Il COVID-19 Student Stress Questionnaire

Nel corso dell'ultimo anno, quindi, la ricerca in campo psicologico ha compiuto diversi sforzi per analizzare e comprendere l'impatto dell'attuale periodo di pandemia da COVID-19 anche sul piano del benessere individuale e relazionale, e, in tale direzione, sono stati sviluppati diversi strumenti specifici per identificare e valutare nella popolazione generale l'eventuale insorgenza di disagio psicologico in termini di vissuti di paura (Fear of COVID-19 Scale, FCV-19S; Ahorsu et al., 2020; Soraci et al., 2020), ansia (Coronavirus Anxiety Scale, CAS; Lee, 2020) e *distress*

(COVID-19 Peritraumatic Distress Index, CPDI; Costantini e Mazzotti, 2020; Qiu et al., 2020; COVID-19 Stress Scales, CSS; Taylor et al., 2020).

Con particolare riferimento al contesto accademico, in risposta alla necessità di sviluppare strumenti specifici per comprendere l'impatto della pandemia da COVID-19 tra gli studenti universitari (Cao et al., 2020; Lee, 2020; Sahu, 2020), abbiamo costruito e validato un questionario per valutare fonti e intensità dello stress percepito dagli studenti universitari durante la pandemia: il *COVID-19 Student Stress Questionnaire* (CSSQ; Zurlo et al., 2020b).

Il *COVID-19 Student Stress Questionnaire* comprende 7 item suddivisi in tre sottoscale:

(1) la sottoscala *Relazioni e Vita Accademica* (4 item), che misura la percezione di stress connesso ai cambiamenti nelle relazioni con i familiari, con i colleghi universitari, con i docenti, e nel proprio percorso di studio universitario;

(2) la sottoscala *Isolamento* (2 item), che misura la percezione di stress connesso alla condizione di isolamento sociale e ai cambiamenti nelle relazioni amicali, di coppia e nella sfera intima/sessuale;

(3) la sottoscala *Paura del Contagio* (1 item), che misura la percezione di paura del virus e valuta lo stress percepito connesso alla paura di contrarre la malattia e/o che altri possano contrarla.

Gli studi effettuati di validazione del *COVID-19 Student Stress Questionnaire* (CSSQ) hanno mostrato che esso possiede soddisfacenti proprietà psicometriche, in termini di validità di costrutto, validità convergente e discriminante, nonché in termini di consistenza interna (Zurlo et al., 2020b). Inoltre, pur nella sua brevità, il CSSQ è risultato essere in grado di catturare le principali dimensioni del vissuto quotidiano che hanno subito una radicale trasformazione a causa della pandemia in atto (ossia, relazioni e vita accademica, isolamento, e paura del contagio), ed ha confermato, anche sul piano psicometrico, che esse costituiscono delle significative fonti di stress per gli studenti universitari, in grado di influenzarne, come vedremo, in modo determinante le condizioni di salute psicologica.

In tal senso, l'utilizzazione del CSSQ consente di individuare precocemente gli studenti a rischio di insorgenza di problemi psicologici e che necessitano di interventi di supporto, contribuendo alla comprensione delle dimensioni più significative e pregnanti del loro vissuto, e promuovendo, di conseguenza, la diffusione di interventi di *counselling evidence-based*, tempestivi e su misura.

4. *Valutazione dell'impatto dell'emergenza COVID-19 e delle misure di contenimento sulle condizioni di salute psicologica degli studenti universitari: Uno studio sperimentale*

Sulla base della ricerca riportata nei paragrafi precedenti, e nel tentativo di contribuire al crescente filone di studi che mira a comprendere l'impatto della pandemia da COVID-19 e delle relative misure di contenimento sulle condizioni di salute individuale e relazionale, il presente studio propone, quindi, un'applicazione del *COVID-19 Student Stress Questionnaire* (Zurlo et al., 2020b) per esplorare i vissuti di stress connessi alla pandemia negli studenti universitari. In particolare, il presente lavoro mira a esplorare l'impatto di specifiche fonti di stress, connesse a *Relazioni e Vita Accademica*, *Isolamento*, *Paura di Contagio*, oltre che a una più ampia dimensione di *Stress Globale* (comprendente tutte le fonti di stress), sulle condizioni di salute psicologica percepite dagli studenti universitari.

Lo studio è stato condotto nei mesi di Aprile e Maggio 2020 su un campione di 500 studenti iscritti all'Università degli Studi di Napoli Federico II. Le caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti alla ricerca (ossia età media degli studenti distinti per genere, e frequenze e percentuali relative a corso di studi e anno di corso) sono riportate nella Tabella 1.

Tabella 1. *Caratteristiche dei Partecipanti (N = 500)*

	Uomini N = 142 (28.4%)	Donne N = 358 (71.6%)
Età, M (SD)	20.50 (1.82)	19.69 (1.29)
[Range]	[18-26]	[18-25]
Corso di Studi, N (%)		
Psicologia	124 (87.3)	326 (91.1)
Lingue, Culture e Letterature Moderne Europee	11 (7.7)	29 (8.1)
Filosofia	7 (5.0)	3 (0.8)
Anno di Corso, N (%)		
1° Anno	103 (72.5)	287 (80.2)
2° Anno	18 (12.7)	28 (7.8)
3° Anno	21 (14.8)	43 (12.0)

Per quanto riguarda la metodologia utilizzata per la ricerca, agli studenti è stato chiesto di completare un questionario *online* somministrato attraverso la piattaforma Microsoft Teams.

La batteria somministrata agli studenti comprendeva:

(1) Una sezione relativa alle caratteristiche Socio-demografiche: Genere, Età (in anni), Corso di Studi, Anno di corso.

(2) Il *COVID-19 Student Stress Questionnaire* (CSSQ; Zurlo et al., 2020b). Lo strumento comprende 7 item su scala Likert a 5 punti (da 0 = “Per niente stressante” a 4 = “Estremamente stressante”) e suddivisi in tre sottoscale: *Relazioni e Vita Accademica* (4 item, *cut-off* = 7.69); *Isolamento* (2 item, *cut-off* = 5.56); *Paura del Contagio* (1 item, *cut-off* = 2.73). La scala fornisce un punteggio totale di *Stress Globale* (7 item, *range* = 0-28; *cut-off* = 14.59; $\alpha = 0.71$).

(3) La *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1994; Prunas et al., 2010). La scala comprende 90 item su scala Likert a 5 punti (da 0 = “Per niente” a 4 = “Estremamente”), suddivisi in 9 sottoscale: *Ansia* (10 item, $\alpha = 0.84$; *cut-off* uomo = .91; *cut-off* donna = 1.31); *Depressione* (13 item, $\alpha = 0.87$; *cut-off* uomo = 1.08; *cut-off* donna = 1.62); *Somatizzazione* (12 item, $\alpha = 0.83$; *cut-off* uomo = 1.09; *cut-off* donna = 1.67); *Ipersensibilità Interpersonale* (9 item, $\alpha = 0.83$; *cut-off* uomo = 1.01; *cut-off* donna = 1.34); *Ostilità* (6 item, $\alpha = 0.80$; *cut-off* uomo = 1.18; *cut-off* donna = 1.34); *Ossessività-Compulsività* (10 item, $\alpha = 0.82$; *cut-off* uomo = 1.41; *cut-off* donna = 1.61); *Ansia Fobica* (7 item, $\alpha = 0.68$; *cut-off* uomo = .44; *cut-off* donna = .72); *Psicoticismo* (10 item, $\alpha = 0.77$; *cut-off* uomo = .71; *cut-off* donna = .81); *Ideazione Paranoide* (6 item, $\alpha = 0.76$; *cut-off* uomo = 1.00; *cut-off* donna = 1.67). I *cut-off* clinici riportati derivano dalla validazione italiana del test, sono relativi alla popolazione adulta non-clinica e sono differenziati rispetto al genere (Prunas et al., 2010).

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico della Ricerca Psicologica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II (IRB: 12/2020). La ricerca è stata svolta in conformità con la dichiarazione di Helsinki del 1964. Il consenso informato è stato ottenuto da ogni studente prima di partecipare allo studio. Ogni precauzione è stata presa per proteggere la *privacy* dei partecipanti alla ricerca e la riservatezza delle loro informazioni personali. I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando il software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS; Versione 21).

Per quanto riguarda le metodologie utilizzate nella ricerca per l'analisi statistica dei dati, in primo luogo sono state calcolate le frequenze e le percentuali degli studenti che superavano i *cut-off* clinici relativi sia alle fonti di stress collegate al COVID-19 (CSSQ, Zurlo et al. 2020), sia alle

condizioni psicopatologiche rilevate dal SCL-90-R (Prunas et al. 2010). In secondo luogo, è stata effettuata una analisi della regressione logistica per esplorare le associazioni statisticamente significative tra fonti di stress percepite durante l'emergenza COVID-19 e condizioni di salute psicologica degli studenti considerati, per valutare il rischio psicopatologico cui sono esposti coloro che percepiscono elevati livelli di stress.

I risultati dell'analisi dei dati ha, in primo luogo, evidenziato un numero significativo di studenti che percepisce elevati livelli di stress connesso al COVID-19 e alle misure di contenimento, superando i *cut-off* delle tre sottoscale e della scala di valutazione dello *Stress Globale* del *COVID-19 Student Stress Questionnaire* (CSSQ; Zurlo et al., 2020). Infatti, i risultati hanno evidenziato che il 12.7% ($n = 18$; $\chi^2 = 79.13$, $p < .001$) degli studenti uomini ed il 19.6 % ($n = 70$; $\chi^2 = 132.75$, $p < .001$) delle studentesse percepisce alti livelli di stress connesso ai cambiamenti nelle relazioni e nella vita accademica; inoltre, il 20.4% ($n = 29$; $\chi^2 = 49.69$, $p < .001$) degli studenti uomini ed il 21.5% ($n = 77$; $\chi^2 = 116.25$, $p < .001$) delle studentesse percepisce alti livelli di stress connesso all'isolamento sociale; infine, il 19.0% ($n = 27$; $\chi^2 = 54.54$, $p < .001$) degli studenti uomini ed il 26.5% ($n = 95$; $\chi^2 = 78.84$, $p < .001$) delle studentesse percepisce alti livelli di stress connesso alla paura del contagio, mentre il 14.8% ($n = 21$; $\chi^2 = 70.42$, $p < .001$) degli studenti uomini ed il 19.8% ($n = 71$; $\chi^2 = 130.32$, $p < .001$) delle studentesse riporta elevati livelli percepiti di stress globale.

Per quanto riguarda le condizioni di salute psicologica degli studenti universitari esaminati durante l'emergenza da COVID-19, i risultati hanno suggerito la presenza di un tutt'altro che trascurabile numero di studenti che ha riportato una sintomatologia clinicamente rilevante relativa ai quadri psicopatologici esplorati attraverso la SCL-90-R (Tabella 2). Tra questi, si rileva che il 31.9% ($n = 44$; $\chi^2 = 18.12$, $p < .001$) degli studenti uomini ed il 27.4 % ($n = 96$; $\chi^2 = 71.33$, $p < .001$) delle studentesse riporta livelli clinici di ansia, mentre il 28.3% ($n = 39$; $\chi^2 = 26.09$, $p < .001$) degli studenti uomini ed il 32.9% ($n = 115$; $\chi^2 = 41.14$, $p < .001$) delle studentesse riporta livelli clinici di depressione, ricollegabili ai sostanziali cambiamenti della *routine* quotidiana e alle perdite frequentemente esperite sul piano relazionale e di coppia. Inoltre, il 15.9% ($n = 22$; $\chi^2 = 64.03$, $p < .001$) degli studenti uomini ed il 23.4% ($n = 82$; $\chi^2 = 98.85$, $p < .001$) delle studentesse riporta livelli clinici di ansia fobica, che è ricollegabile anche al bisogno di evitare luoghi, persone e situazioni per proteggersi dal rischio di contagio; mentre il 10.1% ($n = 14$; $\chi^2 = 87.68$, $p < .001$) degli studenti uomini ed il 14.3% ($n = 50$; $\chi^2 = 178.57$, $p < .001$) delle studentesse riporta livelli clinici di somatizzazione, evidenziando, in tal modo, anche la presenza

rilevante di manifestazioni somatiche del disagio percepito. Infine, i dati hanno suggerito anche la presenza significativa di livelli clinici di ideazione paranoide e psicoticismo, e, in particolare, che il 35.5% ($n = 49$; $\chi^2 = 11.59$, $p = .001$) degli studenti uomini ed il 14.0% ($n = 49$; $\chi^2 = 181.44$, $p < .001$) delle studentesse ha riportato livelli clinici di ideazione paranoide, e, quindi, significativa presenza di vissuti persecutori durante l'emergenza COVID-19, mentre il 33.8% ($n = 45$; $\chi^2 = 13.90$, $p < .001$) degli studenti uomini ed il 23.2 % ($n = 81$; $\chi^2 = 100.20$, $p < .001$) delle studentesse ha riportato, sempre durante l'emergenza COVID-19, finanche livelli clinici significativi di psicoticismo, ossia rilevante presenza di vissuti di alienazione e temporanea perdita di riferimenti reali.

Tabella 2. Frequenze e Percentuali degli studenti che superano i cut-off clinici nelle sottoscale della Symptom Checklist-90-Revised (N = 500)

	Uomini N = 142 (28.4)	Donne N = 358 (71.6)
	N (%)	N (%)
Ansia	44 (31.9)	96 (27.4)
Depressione	39 (28.3)	115 (32.9)
Somatizzazione	14 (10.1)	50 (14.3)
Ossessività-Compulsività	40 (29.0)	110 (31.4)
Ipersensibilità-interpersonale	28 (20.3)	78 (22.3)
Ostilità	16 (11.6)	74 (21.1)
Ansia Fobica	22 (15.9)	82 (23.4)
Ideazione Paranoide	49 (35.5)	49 (14.0)
Psicoticismo	45 (33.8)	81 (23.2)

Note. I valori riportati sono relativi agli studenti che superano i *cut-off* clinici riportati nello studio di validazione Italiano della SCL-90-R (Prunas et al., 2010).

Infine, attraverso l'analisi della regressione logistica, la ricerca ha chiaramente mostrato un'associazione significativa tra i livelli di percezione delle fonti di stress misurate dal CSSQ e riferibili ai cambiamenti indotti dal COVID-19 nella vita quotidiana, e i livelli di disagio psicologico riportati dagli studenti. Infatti, la Tabella 3 mostra chiaramente come tutte le

fonti di stress esplorate siano risultate altamente predittive delle diverse e significative forme di disagio psicologico rilevate.

Tabella 3. Analisi della Regressione Logistica: Associazioni tra le sottoscale del COVID-19 Student Stress Questionnaire e le sottoscale della Symptom Checklist-90-Revised (N = 500)

COVID-19 Student Stress Questionnaire				
	Relazioni e Vita Accademica	Isolamento	Paura del Contagio	Stress Globale
Symptom Checklist-90-R	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Ansia	6.20 (3.77-10.20)***	2.45 (1.56-3.84)***	4.33 (2.78-6.73)***	6.58 (4.01- 10.82)***
Depressione	3.53 (2.18-5.70)***	2.77 (1.77-4.32)***	2.15 (1.40-3.31)***	5.39 (3.30-8.81) ***
Somatizzazione	2.05 (1.12-3.75)*	5.73 (3.39-9.97)***	1.84 (1.05-3.23)*	4.00 (2.27-7.04)***
Ossessività- Compulsività	3.30 (2.04-5.32)***	2.63 (1.68-4.11)***	1.69 (1.10-2.62)*	4.45 (2.75-7.21)***
Ipersensibilità- interpersonale	4.43 (2.69-7.29)***	1.86 (1.14-3.03) *	3.82 (2.40-6.08)***	4.22 (2.57-6.92)***
Ostilità	3.52 (2.09-5.90)***	3.68 (2.24-6.03)***	1.81 (1.10-2.99)*	4.44 (2.66-7.41) ***
Ansia Fobica	3.54 (2.14-5.84)***	2.46 (1.52-3.98)***	4.46 (2.80-7.12)***	4.38 (2.66-7.20)***
Ideazione Paranoide	1.99 (1.17-3.36)*	1.44 (0.87-2.41)	2.00 (1.23-3.23)**	1.65 (0.97-2.81)
Psicoticismo	1.90 (1.16-3.12)*	2.65 (1.67-4.19) ***	2.89 (1.85-4.52)***	2.64 (1.63-4.29)***

Note. OR = odds ratio; 95% CI = Intervallo di Confidenza al 95% .

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

In particolare, è emerso che gli studenti che percepiscono elevati livelli di stress connesso a *Relazioni e Vita Accademica* sono esposti a un significativo incremento del rischio di riportare disturbi di Ansia (nervosismo, tensione, sentimenti di terrore, paura, preoccupazione, e manifestazioni so-

matiche come tremori, e attacchi di panico) e Ipersensibilità-Interpersonale (sentimenti di inadeguatezza legati alla sfera relazionale, autosvalutazione, problemi nelle interazioni interpersonali, aspettative negative in merito ai rapporti interpersonali). Tale risultato evidenzia che i cambiamenti imposti dalla pandemia sul piano relazionale e della vita accademica hanno accentuato i vissuti d'ansia (ad esempio, la paura di ritardi/interruzioni nel percorso formativo) e le difficoltà sul piano delle relazioni interpersonali sia familiari che extrafamiliari.

Allo stesso modo, i dati suggeriscono che gli studenti che percepiscono elevati livelli di stress connesso all'*Isolamento* sono particolarmente esposti al rischio di riportare livelli clinici di Somatizzazione (disturbi dell'apparato digerente, dell'apparato respiratorio e dell'apparato muscolo-scheletrico), rischio probabilmente ascrivibile anche ai rilevanti cambiamenti nello stile di vita quotidiana indotti dall'emergenza COVID-19, che hanno comportato non di rado una riduzione delle possibilità di svolgere attività motoria, un aumento della sedentarietà, e cambiamenti nel regime alimentare.

Inoltre, i dati hanno indicato che gli studenti che percepiscono elevati livelli di stress connesso alla *Paura del Contagio* sono esposti significativamente a un più elevato rischio di soffrire di sintomi di ansia e ansia fobica. Quest'ultimo risultato evidenzia in modo chiaro come le inevitabili rigide misure di contenimento del contagio imposte, che hanno prescritto di evitare luoghi affollati, di evitare il contatto con le altre persone, di lavarsi sempre le mani dopo essere entrati in contatto con oggetti e altre persone, abbiano frequentemente intensificato i vissuti ansiosi e l'ansia fobica.

Infine, i dati suggeriscono che gli studenti che percepiscono elevati livelli di *Stress Globale* legato all'emergenza COVID-19, e, quindi, di stress legato a cambiamenti sul piano relazionale e della vita accademica, a isolamento e a paura del contagio, sono esposti a un più alto rischio di riportare sia sintomi ansiosi che sintomi depressivi, che appaiono inequivocabilmente collegati alla peculiare combinazione di fonti di stress percepite, che hanno mostrato di incrementare sia i vissuti di ansia e paura legati al rischio di contagio, sia i vissuti depressivi legati alle esperienze di perdita dei riferimenti e delle relazioni della vita quotidiana.

In generale, tali risultati hanno confermato il notevole impatto della pandemia da COVID-19, e delle misure di contenimento cui è stato necessario ricorrere, sulla salute psicologica degli studenti universitari, e inducono a sottolineare l'importanza di adottare strumenti specifici di rilevazione delle fonti di stress da essi percepite, nonché delle loro condizioni psicologiche, per favorire lo sviluppo di interventi precoci e su misura a sostegno del loro adattamento e della loro salute psicofisica.

5. L'utilizzazione del COVID-19 Student Stress Questionnaire per la predisposizione di interventi evidence-based di counselling e sostegno psicologico per gli studenti universitari

In conclusione, il presente studio di applicazione del COVID-19 *Student Stress Questionnaire* (CSSQ) ha evidenziato un significativo rischio psicopatologico connesso alle crescenti difficoltà che gli studenti universitari stanno affrontando in risposta alla pandemia. I risultati emersi, da un lato suggeriscono la necessità di monitorare la salute psicologica degli studenti e, dall'altro, forniscono evidenze empiriche sulla direzione che si deve fare intraprendere alle eventuali pratiche di supporto psicologico durante l'emergenza COVID-19.

In tal senso, la diffusione di elevati e significativi livelli di disagio psicologico rilevata spinge a sottolineare l'importanza dell'attivazione di servizi e *network* di supporto specifici, e dell'utilizzazione di strumenti altrettanto specifici, come il CSSQ, per individuare precocemente gli studenti che necessitano di supporto psicologico e identificare le aree (Relazioni e Vita Accademica, Isolamento, Paura del Contagio) che richiedono uno spazio privilegiato di esplorazione e ridefinizione all'interno degli interventi di *counselling*. In tal senso, il CSSQ può essere efficacemente utilizzato non solo come strumento per lo screening delle situazioni a rischio psicopatologico, ma anche come strumento per il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia degli interventi e degli eventuali cambiamenti riscontrabili nel tempo.

In questo modo la ricerca psicologica applicata allo specifico contesto universitario e studentesco si prefigge di promuovere la costruzione di interventi *evidence-based* per tutelare la salute psicologica degli studenti in questo difficile momento di crisi e transizione, e per prevenire e ridurre eventuali effetti negativi a lungo termine.

6. Bibliografia

- AASSVE, A., ARPINO, B., BILLARI, F. C. (2002), *Age norms on leaving home: Multilevel evidence from the European Social Survey in Environment and Planning A*, 45, 383-401. doi: 10.1068/a4563
- AHORSU, D. K., LIN, C. Y., IMANI, V., SAFFARI, M., GRIFFITHS, M. D., PAKPOUR, A. H. (2020), *The fear of COVID-19 scale: development and initial validation in International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9. doi: 10.1007/s11469-020-00270-8. [Epub ahead of print]

- ANNIKO, M. K., BOERSMA, K., TILLFORS, M. (2019), *Sources of stress and worry in the development of stress-related mental health problems: A longitudinal investigation from early-to mid-adolescence*, in *Anxiety, Stress, & Coping*, 32, 155-167. doi: 10.1080/10615806.2018.1549657
- BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., SMITH, L. E., WOODLAND, L., WESSELY, S., GREENBERG, N., RUBIN, G. J. (2020), *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*, in *The Lancet*, 395, 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- CAO, W., FANG, Z., HOU, G., HAN, M., XU, X., DONG, J., ZHENG, J. (2020), *The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China*, in *Psychiatry Research*, 287:112934. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112934
- CHEN, B., SUN, J., FENG, Y. (2020), *How have COVID-19 isolation policies affected young people's mental health? – Evidence from Chinese college students*, in *Frontiers in Psychology*, doi:10.3389/fpsyg.2020.01529
- COSTANTINI, M., MUSSO, M., VITERBORI, P., et al. (1999), *Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale*, in *Supportive Care in Cancer*, 7, 121–127. doi:0.1007/s005200050241
- CROCETTI, E., MEEUS, W. (2014), *"Family comes first!" Relationships with family and friends in Italian emerging adults*, in *Journal of Adolescence*, 37, 1463-1473. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.02.012
- DEROGATIS, L. R. (1994), *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- EUROSTAT. (2020), *Estimated average age of young people leaving the parental household by sex*. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=yth_demo_030&lang=en [1 Settembre 2020].
- HORESH, D., BROWN, A. D. (2020), *Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12, 331-335. doi:10.1037/tra0000592
- LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S. (1984), *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- LEE, J. (2020), *Mental health effects of school closures during COVID-19*, in *Lancet Child Adolescent Health*, 4, 421. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30109-7
- LEE, S. A. (2020), *Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety*, in *Death Studies*, 44, 393-401. doi: 10.1080/07481187.2020.1748481
- LI, W., LI, G., XIN, C., WANG, Y., YANG, S. (2020), *Changes in sexual behaviors of young women and men during the coronavirus disease 2019 outbreak: a convenience sample from the epidemic area*, in *The Journal of Sexual Medicine*, 17, 1225-1228. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.04.380
- LIMA, C. K. T., CARVALHO, P. M. M., LIMA, I. A. A. S., NUNES, J. V. A. O., SARAIVA, J. S., DE SOUZA, R. I. et al. (2020), *The emotional impact of Coronavirus 2019- nCoV (new coronavirus disease)*, in *Psychiatry Research*, 287:112915. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112915

- MINISTERO DELLA SALUTE (2020), *Covid-19 – Situazione in Italia*. <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?area=nuovoCoronavirus&id=5351&lingua=italiano&menu=vuoto> (21 Marzo 2021).
- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' [OMS] (2020). *OMS Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 -11 March 2020*. Available online at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020> [1 Settembre 2020].
- PRUNAS, A., SARNO, I., PRETI, E. MADEDDU, F. (2010), *SCL-90-R. Symptom Checklist 90-R*. Firenze, IT: Giunti.
- QIU, J., SHEN, B., ZHAO, M., WANG, Z., XIE, B., XU, Y. (2020), *A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations*, in *General Psychiatry*, 33:e100213. doi: 10.1136/gpsych-2020-100213
- RAJKUMAR, R. P. (2020). *COVID-19 and mental health: A review of the existing literature*, in *Asian Journal of Psychiatry*, 52:102066. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102066
- ROSENBERG, M., LUETKE, M., HENSEL, D., KIANERSI, S., HERBENICK, D. (2020), *Depression and loneliness during COVID-19 restrictions in the United States, and their associations with frequency of social and sexual connections*, in *MedRxiv*, doi:10.1101/2020.05.18.20101840
- SAHU, P. (2020), *Closure of universities due to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): impact on education and mental health of students and academic staff*, in *Cureus Journal of Medical Science*, 12(4), e7541. doi:10.7759/cureus.7541
- SORACI, P., FERRARI, A., ABBIATI, F. A., DEL FANTE, E., DE PACE, R., URSO, A., AND GRIFFITHS, M. D. (2020), *Validation and psychometric evaluation of the Italian version of the Fear of COVID-19 Scale*, in *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-10. doi: 10.1007/s11469-020-00277-1. [Epub ahead of print].
- TAYLOR, S., LANDRY, C., PALUSZEK, M., FERGUS, T. A., MCKAY, D., AND ASMUNDSON, G. J. (2020), *Development and initial validation of the COVID Stress Scales*, in *Journal of Anxiety Disorders*, 72:102232. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102232
- UNESCO (2020), *Education: From disruption to recovery*. <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse> (1 Settembre 2020).
- WANG, D., HU, B., HU, C., ZHU, F., LIU, X., ZHANG, J. et al. (2020), *Clinical characteristics of hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China*, in *JAMA* 323, 1061-1069. doi: 10.1001/jama.2020.1585
- WILLIAMS, S. N., ARMITAGE, C. J., TAMPE, T., DIENES, K. (2020), *Public perceptions and experiences of social distancing and social isolation during the COVID-19 pandemic: A UK-based focus group study*, in *MedRxiv*, doi: 10.1101/2020.04.10.20061267

- XIANG, Y. T., YANG, Y., LI, W., ZHANG, L., ZHANG, Q., CHEUNG, T., NG, C. H. (2020), *Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed*, in *The Lancet Psychiatry*, 7, 228-229. doi:10.1016/S2215-0366(20)30046-8
- XIONG, J., LIPSITZ, O., NASRI, F., LUI, L. M., GILL, H., PHAN, L. et al. (2020), *Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review*, in *Journal of Affective Disorders*, 277 (2020), 55-64. doi:10.1016/j.jad.2020.08.001
- ZANDIFAR, A., BADRFAM, R. (2020), *Iranian mental health during the COVID-19 epidemic*, in *Asian Journal of Psychiatry*, 51:101990. doi:10.1016/j.ajp.2020.101990
- ZHAI, Y., DU, X. (2020), *Mental health care for international Chinese students affected by the COVID-19 outbreak*, in *The Lancet Psychiatry* 7:e22. doi:10.1016/S2215-0366(20)30089-4
- ZURLO, M.C., CATTANEO DELLA VOLTA, M.F., VALLONE, F. (2017), *Factor structure and psychometric properties of the Fertility Problem Inventory-Short Form*, In *Health Psychology Open* 4: 671 2055102917738657. doi:10.1177/2055102917738657
- ZURLO, M.C., CATTANEO DELLA VOLTA, M.F., VALLONE, F. (2020a). *Infertility-related stress and psychological health outcomes in infertile couples undergoing medical treatments: testing a multi-664 dimensional model*, In *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 27, 662-676. doi:10.1007/s10880-019-665 09653-z
- ZURLO, M.C., CATTANEO DELLA VOLTA, M.F., VALLONE, F. (2020b), *The COVID-19 Student Stress Questionnaire: Assessing Students' Stressors Related to the Coronavirus Pandemic Lockdown*, in *Frontiers in Psychology* 11:576758. doi:10.3389/fpsyg.2020.576758

ANDREINA ALFIERI, PASQUALINA BUONO

ATTIVITÀ FISICA BENESSERE E SALUTE AI TEMPI DEL COVID

1. *Introduzione alla malattia da COVID-19*

COVID-19 è la malattia causata da un nuovo beta-coronavirus, SARS-CoV-2 (sindrome respiratoria acuta grave da coronavirus 2). La malattia è stata individuata per la prima volta nel Dicembre 2019 a Wuhan, Cina (1). Si pensa che il virus abbia avuto origine dai pipistrelli e, attraverso la barriera delle specie, sia arrivato fino all'uomo (2). I beta-coronavirus sono responsabili di almeno tre epidemie zoonotiche negli ultimi 2 decenni: SARS-CoV (2002-03), MERS-CoV (2012) e SARS-CoV-2 (dal 2019 fino ad oggi). A Marzo 2020, il COVID-19 si era diffuso a livello globale ed è stata dichiarata la pandemia dall'OMS, con, al momento della scrittura, il 1 Dicembre 2020, oltre 64,5 milioni di persone infettate e 1,49 milioni di morti, nonostante gli sforzi messi in atto dall'OMS e dai governi per contenere l'infezione (3).

Il SARS-CoV-2, un virus altamente contagioso, tende a diffondersi per contatto umano diretto attraverso secrezioni della bocca e del naso (saliva, secrezioni respiratorie o goccioline, *droplets*) e in modo indiretto, attraverso oggetti o superfici contaminate. Il distanziamento sociale, l'igiene personale, l'utilizzo delle mascherine facciali, il lavaggio frequente delle mani o la sanificazione utilizzando disinfettanti per le mani a base di alcol (61-70%) e la disinfezione delle superfici sono regole fondamentali per prevenire e limitare la diffusione del virus (4). R_0 è un parametro che misura la potenziale trasmissibilità di una malattia infettiva (5): SARS-CoV-2 ha un intervallo di valori R_0 di 2-3 che è significativamente più alto rispetto all'influenza spagnola per la quale l' R_0 registrato fu tra 0,9-2,1 (6,7) e il periodo di incubazione del virus varia da 2-14 giorni con una media di 5 giorni (8). La malattia colpisce principalmente le vie respiratorie e la gravità varia in funzione dell'età, del sesso e della presenza/assenza di comorbidità, come patologie cardiovascolari o dimetaboliche, associate ad un aumento dello stato infiammatorio siste-

mico, con particolare rischio di esito infausto per i soggetti anziani >65 anni (4, 9-12). Di contro, l'assenza di tali comorbidità potrebbe, almeno in parte, spiegare, la presenza di individui infetti con sintomi lievi o del tutto asintomatici.

2. Sedentarietà: effetti sulla salute

L'attività fisica è qualsiasi movimento spontaneo che richiede un dispendio energetico superiore al basale: es. lavori manuali, attività quotidiane, come camminare, andare in bicicletta, lavori domestici o attività ludiche quali ballare, giocare, fare giardinaggio. L'inattività fisica è al 4° posto tra i principali fattori di rischio di patologie cronico-degenerative quali cardiovascolari, dismetaboliche, tumori e della mortalità da tutte le cause; almeno il 60% della popolazione mondiale è sedentaria con un dispendio energetico compreso tra $2 < MET > 3$ (*MET: Equivalente Metabolico; 1 MET equivale al consumo di 3,5 litri di ossigeno/kg peso corporeo/min, cioè 5 Kcal., ed equivale al dispendio energetico di una persona a riposo*) con una stima di 3 milioni di morti all'anno (13,14). Uno stile di vita sedentario è un fattore di rischio anche per le infezioni virali (15).

Nel 2010 l'OMS ha stabilito la quantità minima di attività fisica che dovrebbe essere accumulata durante la giornata per un buono stato di salute per tre gruppi di età: *bambini e ragazzi* (5-17 anni), almeno 60 minuti al giorno di attività moderata – vigorosa, includendo almeno 3 volte alla settimana esercizi strutturati (attività sportiva); *adulti* (18-64 anni), almeno 150 minuti/settimana di attività moderata o 75 minuti di attività vigorosa, con esercizi di rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari da svolgere almeno 2 volte a settimana; *anziani* (dai 65 anni in poi): stesse indicazioni degli adulti con aggiunta di attività per migliorare l'equilibrio e prevenire le cadute. Oppure attività fisica strutturata almeno 3 volte alla settimana e adottare uno stile di vita attivo adeguato alle proprie condizioni. L'attività fisica può essere svolta anche frazionata nell'arco della giornata, ad. es. 10 minuti per volta fino al raggiungimento del tempo previsto.

I benefici di una vita attiva sulla salute e benessere dell'uomo sono stati ampiamente dimostrati dalla letteratura scientifica dell'ultimo decennio. In particolare, è stato evidenziato che l'esercizio fisico moderato-intenso condotto per più di 2,5ore/settimana riduce significativamente il rischio di diabete di tipo 2 del 63-69% rispetto a soggetti che si muovono per meno di 1ora/settimana, indipendentemente dalla dieta e dal IMC

(Indice di Massa Corporea). Tale attività equivale a 30 minuti/giorno di attività fisica moderata/intensa o 1000 passi al giorno. Anche il consiglio di prevenzione nazionale di Washington ha di recente raccomandato lo stile di vita attivo nella terza età per promuovere l'invecchiamento di successo con il programma *Healthy Aging in Action (HAIA)* che prevede l'organizzazione di gruppi di cammino e lo svolgimento di attività ludico-ricreative anche in contesti opportunistici quali circoli ricreativi, sale da ballo, oratori etc. (16).

3. Attività fisica durante il lock-down: effetti negativi sul benessere e salute dei cittadini

L'attività fisica regolare di intensità moderata ($60\% \text{VO}_{2\text{max}}$) e condotta per almeno 30 minuti, meglio 1 ora, stimola il sistema immunitario promuovendo l'attivazione e la circolazione di citochine anti-infiammatorie, neutrofili, linfociti T (17). Inoltre, sembra che l'attività fisica regolare abbia un effetto positivo riducendo la durata e la severità delle infezioni virali e forse anche del COVID-19 (18) (*Figura 1*). Aiuta inoltre a ridurre la sensazione di stress ed ansia che sono comuni nei soggetti sottoposti a limitazione forzata della mobilità come durante il lock-down. Differentemente, l'esercizio fisico intenso ($\text{VO}_{2\text{max}} > 70-75\%$) quale quello che si verifica nello sport competitivo, è fonte di ulteriore distress sia metabolico che psicologico ed è associato ad effetti avversi sul sistema immunitario (19). D'altra parte l'alto rischio di trasmissione del COVID-19 attraverso le goccioline di saliva e il respiro durante lo svolgimento di attività fisica/sportiva, soprattutto in luoghi chiusi e umidi, quali le palestre, centri sportivi, piscine, ha portato alla chiusura degli impianti sportivi ed alla limitazione di poter svolgere le attività ludico-ricreative preferibilmente *outdoor*, mantenendo la distanza di sicurezza di almeno 2 metri. L'ACSM (*American College of Sports Medicine*) e molte società scientifiche Italiane, tra cui la SISMeS (*Società Italiana delle Scienze Motorie e Sportive*) hanno emanato linee guida intese a promuovere l'attività fisica anche durante il lock-down attraverso l'utilizzo di video-tutorial o consigli quali quelli di interrompere la sedentarietà magari alzandosi dal divano quando si guarda la TV durante le pause pubblicitarie e fare un giro per casa o svolgere faccende domestiche e fare attività fisica alla fine del periodo in cui si è stati davanti alla televisione, ad esempio scendere per portare fuori il cane o buttare l'immondizia (20-23).

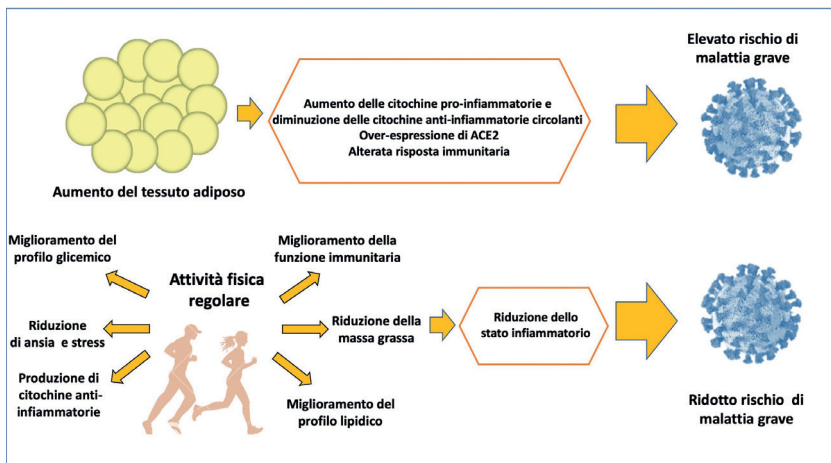


Figura 1

Possibile impatto dell'attività fisica regolare sulla gravità dello stato di malattia durante le infezioni virali, incluso il COVID-19. Un aumento del tessuto adiposo comporta tra l'altro il rilascio di citochine pro-infiammatorie che compromettono la risposta antivirale e favoriscono la progressione in forma grave della malattia; viceversa, l'attività fisica regolare riduce lo stato infiammatorio ed aumenta la produzione di citochine anti-infiammatorie determinando una riduzione del rischio di ingravescenza della stessa.

La Pandemia da COVID-19 ha provocato numerosi effetti negativi indiretti sulla salute acuendo peraltro le differenze sociali. Ad esempio, si è verificato un aumento dell'obesità nei bambini, come riportato sulla rivista "*Obesity*": in uno studio condotto su 41 bambini inglesi costretti a casa durante il lock-down, è stato evidenziato un aumento del numero medio di pasti giornaliero e del consumo di *junk food* e bevande zuccherate. Analoghe considerazioni sono state riportate sui quotidiani nazionali da pediatri napoletani che hanno analizzato anche i fattori socio-culturali legati all'incremento di peso in tale *target* di popolazione, trovando che la riduzione dei livelli di attività fisica, che ovviamente incide insieme all'aumento del numero di pasti e della qualità degli stessi sul peso corporeo, correla con il titolo di studio dei genitori e con l'immigrazione, essendo tali fattori riscontrati in maggior parte nei figli di immigrati e in bambini con genitori con basso livello di istruzione. Un'altra *survey* è stata fatta dalla società *Sport & Salute* in collaborazione con *SWG* nel periodo 14-25 Luglio 2020 su un campione di 2000 soggetti italiani tra 16-

90 anni (*baby boomer*; *generazione Z*, *generazione silent*, *generazione X*, *millennials*) durante il primo periodo di lock-down (Marzo-Aprile 2020) per valutare l'impatto del lock-down sui livelli di attività fisica, sulla forma fisica, anche in relazione all'utilizzo delle moderne tecnologie video e di piattaforme digitali. Dalla fotografia virtuale scattata a Luglio subito dopo il lock-down si evidenzia come solo il 42% dei soggetti intervistati sia rimasto attivo contro il 58% (36% saltuari; 22% sedentari) dei soggetti che non ha raggiunto un livello minimo di attività fisica consigliata giornaliera. Dall'analisi sull'indice di forma fisica e salute, i più compromessi risulterebbero quelli della *generazione silent* (>74 anni), i meno istruiti i *millennials* (25-39 anni) e coloro che vivono in piccoli centri rispetto ai residenti in città. I più performanti risulterebbero gli studenti, la *generazione Z* (16-25 anni), i più istruiti i residenti in città. In merito poi ai ragazzi che vivono in famiglia, le famiglie più attive sono risultate quelle con reddito medio e medio-alto e residenti al nord; viceversa, le meno attive di nuovo sono le famiglie con reddito basso e con un livello di istruzione basso e residenti al Sud (24).

Alla luce di tali considerazioni, la fotografia dell'aumento della sedentarietà forzata, correlata alla pandemia, è rappresentata dall'aumento delle disparità sociali che sono in stretta relazione con lo stato di salute e con il rischio prospettico di un aumento delle patologie cronico-degenerative quali sovrappeso/obesità e depressione. Tali condizioni sono particolarmente evidenti in famiglie in condizioni socio-economiche modeste.

4. *Pandemia da COVID-19: cause e prospettive future*

Eziologia

I coronavirus sono virus a RNA a filamento singolo. Il genoma virale codifica per diverse proteine strutturali: tra queste, la glicoproteina di superficie, la proteina *spike* (S) svolge un ruolo vitale per l'ingresso del virus nella cellula ospite (25). Infatti, nell'uomo, SARS-CoV-2 infetta la cellula bersaglio attraverso il legame della proteina S con il recettore dell'enzima di conversione dell'angiotensina 2 (hACE2) umano (26). Sebbene ACE2 sia espresso nell'endotelio vascolare, nei tessuti renali e cardiovascolari, nei muscoli scheletrici e negli epitelii dell'intestino tenue e dei testicoli, la sua elevata espressione nelle cellule epiteliali alveolari spiega la specificità dell'infezione polmonare e dei sintomi respiratori (12,27,28).

Strategia vaccinale

La pandemia di SARS-CoV-2 ha richiesto un'azione rapida e lo sviluppo di vaccini in un lasso di tempo brevissimo, senza precedenti. Fortunatamente, gli studi preclinici dei vaccini candidati per SARS-CoV e MERS-CoV hanno consentito di omettere sostanzialmente la fase iniziale della progettazione esplorativa del vaccino, risparmiando una notevole quantità di tempo. Più di 180 vaccini candidati contro SARS-CoV-2 sono attualmente in fase di studio; di questi, 42 sono entrati in studi clinici nell'uomo e 10 sono attualmente in fase III di sperimentazione. Un documento contenente l'elenco della maggior parte dei vaccini in fase di sviluppo è disponibile su <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccins> (29). Di seguito, riportiamo i principali vaccini in fase III della sperimentazione clinica (*Figura 2*).

Vaccini prodotti da virus inattivati

I candidati vaccini prodotti da virus SARS-CoV-2 inattivati includono il CoronaVac, sviluppato dalla Sinovac Biotech ed il vaccino della casa farmaceutica Sinopharm, entrambi prodotti in Cina (30,31). In studi di fase II su soggetti adulti sani (18–59 anni), il vaccino della SinoVac ha indotto una buona risposta anticorpale (oltre il 90% degli individui ha mostrato sierconversione), anche se gli anziani hanno prodotto una risposta anticorpale più bassa rispetto agli individui più giovani. Il vaccino della Sinopharm, testato in soggetti adulti, ha mostrato risultati del tutto paragonabili a quelli del vaccino CoronaVac.

Vaccini prodotti da vettori virali

Diversi vaccini prodotti da vettori virali hanno fatto progressi nello sviluppo clinico, raggiungendo la fase III della sperimentazione tra cui il vaccino ChAdOx1 nCoV-19, prodotto da AstraZeneca (32-35), il vaccino Ad-V5-nCoV di CanSino (36,37) ed il vaccino Sputnik V, prodotto dal *Gamaleya Research Institute* (38,39). AstraZeneca, un'azienda biofarmaceutica svedese-britannica, in collaborazione con l'Università di Oxford, e all'IRBM di Pomezia, sta sviluppando il vaccino ChAdOx1 nCoV-19, un adenovirus ricombinante che esprime la proteina virale S. In studi condotti su partecipanti di età compresa tra 18 e 55 anni, il vaccino ha indotto una buona risposta anticorpale e un'efficacia pari al 62% dopo la seconda dose. Inoltre, una dose di vaccino nelle 2 somministrazioni ha aumentato l'efficacia del vaccino fino al 90%. Il vaccino di AstraZeneca mostra

risultati soddisfacenti sia in termini di sicurezza che di immunogenicità, anche negli anziani sani (35). CanSino, un'azienda farmaceutica cinese è stata la prima a pubblicare i risultati promettenti di questo vaccino, attualmente autorizzato per l'uso nell'esercito militare cinese (36,37). Infine, il Centro Gamaleya ha sviluppato il vaccino Sputnik V, il vaccino della Russia, che prende il nome dal primo satellite spaziale sovietico. E' stato recentemente testato in studi di fase I/II su soggetti adulti di età compresa tra 18 e 60 anni, mostrando un'efficacia pari al 95% 42 giorni dopo la prima dose. Sono in corso di completamento gli studi di fase III che hanno visto coinvolti più di 40.000 volontari (38,39). Dopo aver annunciato al mondo di aver registrato ufficialmente per primi il farmaco contro il virus SARS-CoV-2, l'11 Agosto scorso, il 2 Dicembre 2020, Vladimir Putin ha ordinato l'inizio della somministrazione del farmaco, malgrado le perplessità della comunità scientifica internazionale, pur non avendo completato la fase III di sperimentazione.

Vaccini a RNA

Di recente, sono stati pubblicati promettenti risultati di 2 candidati vaccini a RNA, che contengono frammenti di RNA messaggero (mRNA) che codificano per la proteina S, in grado di stimolare la risposta immunitaria nel soggetto vaccinato: i vaccini Moderna e Pfizer (40-43). L'azienda statunitense che opera nel campo delle biotecnologie, Moderna, ha recentemente riportato i dati dello studio di fase I/II del vaccino mRNA-1273 condotto su individui sani di età compresa tra 18 e 55 anni. L'analisi dei dati indica un'efficacia del vaccino del 94,1% con un'efficacia contro le forme gravi di coronavirus addirittura del 100%. Inoltre, il vaccino sembra essere ben tollerato anche negli anziani, dove induce una risposta immunitaria simile a quella evidenziata negli adulti (41). Pfizer, in collaborazione con la società tedesca BioNTech, ha pubblicato i dati di studi di fase I/II del vaccino BNT162b2 condotto su soggetti sani, di età compresa tra 18 e 55 anni (42), dimostrando un'efficacia del vaccino pari al 95% a partire dal 28° giorno dopo la somministrazione della prima dose; pari efficacia è stata osservata negli adulti di età superiore a 65 anni (43).

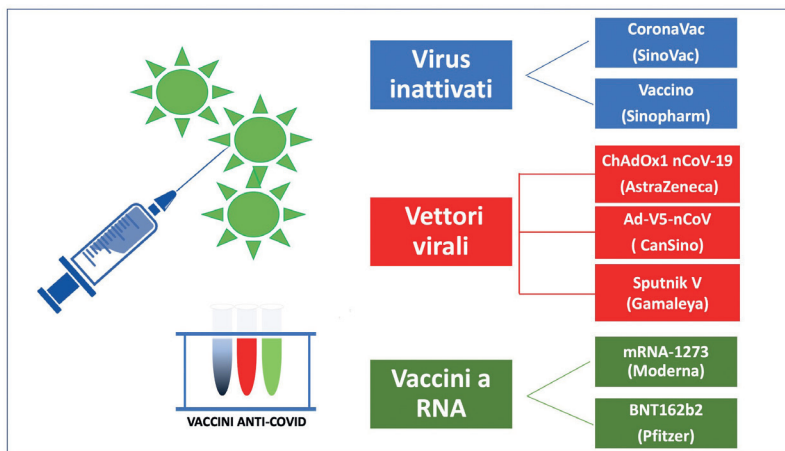


Figura 2: Vaccini attualmente in corsa

5. Prospettive

I vaccini candidati contro il SARS-CoV-2 di AstraZeneca, Moderna e Pfizer hanno compiuto, tra gli altri, i progressi più avanzati negli studi clinici sia negli Stati Uniti che in Europa, hanno mostrato una buona efficacia e sono in attesa di licenza: i dati forniti sono decisamente incoraggianti e si può essere ottimisti.

La cautela in queste circostanze è però d'obbligo: innanzitutto, non sappiamo per quanto tempo persisterà l'immunità vaccinale. Al momento non è noto se le risposte immunitarie indotte dal vaccino abbiano una vita più lunga o più breve rispetto alle risposte immunitarie indotte dall'infezione naturale. In attesa di conferme è anche l'efficacia di tali vaccini sugli anziani, maggiormente a rischio di COVID-19; un altro punto importante è la tollerabilità, soprattutto quando si considera la vaccinazione dei bambini, perché di solito essi mostrano una reattività maggiore rispetto agli adulti. Inoltre, anche la distribuzione dei vaccini e la necessità di conservarli a basse temperature (soprattutto quelli a RNA) rappresenta una sfida, specialmente nei paesi a basso reddito in cui anche le catene del freddo regolari sono difficili da mantenere.

Infine, per la distribuzione dei vaccini, è probabile che, in molti paesi, le prime dosi saranno utilizzate per immunizzare i gruppi ad alto rischio e gli operatori sanitari. In Italia, in data 2 Dicembre 2020, sono state pre-

sentate le linee guida del Piano strategico dell'Italia per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19, elaborato da Ministero della Salute, Commissario Straordinario per l'Emergenza, Istituto Superiore di Sanità, Agenas e Aifa (44), in cui sono dettagliati gli elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale.

6. *Riflessioni conclusive*

A breve arriveranno i nuovi vaccini per il COVID-19, dopo aver superato la procedura prevista di autorizzazione in base ai requisiti di qualità, sicurezza ed efficacia.

Tuttavia, sono diversi gli interrogativi che emergono. A chi distribuire per primo il vaccino, viste le limitate disponibilità? Come raggiungere e mantenere una copertura vaccinale ottimale? La vaccinazione sarà facoltativa o dovrà essere obbligatoria? Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) ha redatto proprio di recente, il 27 Novembre 2020, un Parere sul tema, dal titolo *"I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione"* (45). Prendendo atto delle numerose sperimentazioni in corso, il CNB sottolinea sul piano etico come l'emergenza pandemica non debba portare a ridurre i tempi della sperimentazione, indispensabili sul piano scientifico, bioetico e biogiuridico per garantire la qualità e la protezione dei partecipanti. Un'altra importante riflessione riguarda la considerazione che il vaccino è un *"bene comune"*: dunque, fondamentale non vincolare la produzione e la distribuzione alle leggi di mercato, evitare discriminazioni e spingere ad una fattiva solidarietà con l'aiuto, l'impegno e la supervisione imprescindibile dell'Unione Europea. Sotto il profilo sia etico che giuridico, la distribuzione dei vaccini deve avere come riferimenti la pari dignità di ogni essere umano e l'equità, come sancito dall'art. 3 della Costituzione. Tuttavia, eguaglianza non significa, assoluta parità di trattamento, che porterebbe a discriminare le persone che necessitano di una maggiore tutela. Bisogna impedire una discriminatoria distribuzione a favore di chi *"ha più facilità di accesso ai vaccini, per ragioni logistiche o di possibilità di acquisire informazioni"*. La distribuzione dei vaccini dovrà dunque tenere conto di diversi fattori tra cui la dinamica epidemiologica, l'incidenza sulle diverse fasce della popolazione, la qualità e la quantità di vaccino disponibile, le necessità dei territori.

Altro tema particolarmente scottante, con posizioni spesso conflittuali, è l'obbligatorietà o meno della vaccinazione anti COVID-19. I vaccini sono una delle misure preventive più efficaci per contrastare la diffusione del

virus ed è necessaria l'immunità di almeno il 60-70% della popolazione per ridurre significativamente la diffusione della pandemia. A ciò il CNB risponde privilegiando ed incoraggiando l'adesione spontanea e consapevole da parte della popolazione, al fine di contrastare la diffusione del virus e auspicando, nell'eventualità che perduri la gravità della situazione sanitaria, di poter prevedere l'obbligatorietà, soprattutto per le categorie più esposte a rischio di infezione e di diffusione del virus.

Infine, va ricordato il ruolo importante dell'informazione e della comunicazione che dovrebbe essere trasparente, chiara, comprensibile e coerente per una consapevole adesione alla campagna vaccinale. A tal fine le notizie pubblicate sui vari giornali spesso confondono le idee o in alcuni casi risultano fuorvianti. Pertanto è auspicabile un maggior controllo sulle "fonti di disinformazione e falsa informazione".

Da quanto riportato e discusso finora si evince, in conclusione, che la pandemia da COVID-19 impatta fortemente sulla salute dei cittadini in maniera non omogenea acuendo le disparità sociali già preesistenti.

Bibliografia

- Zhu, N, et al., *A novel coronavirus from patients with pneumonia in China*. *N. Engl. J. Med.* 2020, 382: 727–733.
- Zhou, P, et al., *A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin*. *Nature* 2020, 579: 270–273.
- World Health Organization (WHO), 2020. <http://www.who.int>.
- Centers for Disease Control and Prevention, (CDC), 2020. *How COVID-19 Spreads*. *CDC Online* 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>
- Delamater, PL, et al. 2019. *Complexity of the Basic Reproduction Number (R0)*. *Emerging Infectious Diseases* 2019, 25:1-4.
- Park, SE., *Epidemiology, virology, and clinical features of severe acute respiratory syndrome -coronavirus-2 (SARS-CoV-2 Coronavirus Disease-19)*. *Clin Exp Pediatr*. 2020:119–12.
- Pyrek, KM. *100 years after the Spanish Flu: Lessons Learned and Challenges for the Future* Online October 11, 2017.
- Lauer, SA, et al., *The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application*. *Ann Intern Med.* 2020:M20-0504.
- Shang, W, et al. *The outbreak of SARS-CoV-2 pneumonia calls for viral vaccines*. *NPJ Vaccines* 2020
- Lai, CC, et al. *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): the epidemic and the challenges*. *Int J Antimicrob Agents* 2020, 55:105924.

- Rodriguez-Morales, AJ, et al. *Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: a systematic review and meta-analysis*. *Travel Med Infect Dis*. 2020, 34:101623.
- Nigro, E, et al., *Molecular mechanisms involved in the positive effects of physical activity on coping with COVID-19* *Eur J Appl Physiol*. 2020, 120:2569-2582. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/releases/move/en/> <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>
- Knight, JA., *Physical inactivity: associated diseases and disorders*. *Ann Clin Lab Sci*. 2012, 42:320-337.
- Garatachea, N, et al., *Exercise Attenuates the Major Hallmarks of Aging Rejuvenation Research*, 2015, 18: 1
- Collao, N, et al., *Anti-inflammatory effect of exercise mediated by toll-like receptor regulation in innate immune cells—a review*. *Int Rev Immunol*. 2020, 39:39-52.
- Zbinden-Foncea, H, et al., *Does high cardiorespiratory fitness confer some protection against pro-inflammatory responses after infection by SARS-CoV-2? Obesity* 2020, 28:1378-1381.
- Laddu, DR, et al., *Physical activity for immunity protection: inoculating populations with healthy living medicine in preparation for the next pandemic*. *Prog Cardiovasc Dis*. 2020. Online ahead of print. www.salute.gov.it
- Martinez-Ferran, M, et al., *Metabolic impacts of confinement during the COVID-19 pandemic due to modified diet and physical activity habits*. *Nutrients* 2020, 12:1549
- King, AJ, et al., *The challenge of maintaining metabolic health during a global pandemic*. *Sports Med* 50:1233-1241.
- Narici, M, et al., *Impact of sedentarism due to the COVID-19 home confinement on neuromuscular, cardiovascular and metabolic health: physiological and pathophysiological implications and recommendations for physical and nutritional countermeasures*. *Eur J Sport Sci*. 2020:1-22. www.sportesalute.eu
- Wrapp, D, et al., *Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation*. *Science* 2020:1260-1263.
- Spinelli, FR, et al., *HiJAKing SARS-CoV-2? The potential role of JAK inhibitors in the management of COVID-19*. *Sci Immunol*. 2020, 5: eabc5367.
- Jia, HP, et al., *ACE2 receptor expression and severe acute respiratory syndrome coronavirus infection depend on differentiation of human airway epithelia*. *J Virol* 2005, 79:14614-14621.
- Perrotta F, et al., *Severe respiratory SARS-CoV2 infection: does ACE2 receptor matter?* *Respir Med* 2020, 168:105996
- Draft Landscape of COVID-19 Candidate Vaccines*. <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>
- Gao, Q, et al., *Development of an inactivated vaccine candidate for SARS-CoV-2*. *Science* 2020, 369:77-81.

- Zhang, YJ, et al., *Immunogenicity and safety of a SARS-CoV-2 inactivated vaccine in healthy adults aged 18-59 years: report of the randomized, double-blind, and placebo-controlled phase 2 clinical trial*. 2020 Online ahead of print.
- Folegatti, PM, et al., *Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: a preliminary report of a phase 1/2, single-blind, randomised controlled trial*. *Lancet* 2020, 396:467-478.
- Graham, SP, et al., *Evaluation of the immunogenicity of prime-boost vaccination with the replication-deficient viral vectored COVID-19 vaccine candidate ChAdOx1 nCoV-19*. *NPJ Vaccines* 2020, 5:69.
- van Doremalen, N, et al., *ChAdOx1 nCoV-19 vaccine prevents SARS-CoV-2 pneumonia in rhesus macaques*. *Nature* 2020, 586: 578-582.
- Ramasamy, MN, et al., *Safety and immunogenicity of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine administered in a prime-boost regimen in young and old adults (COV002): a single-blind, randomised, controlled, phase 2/3 trial*. *Lancet*. 2020 Online ahead of print.
- Zhu, FC, et al., *Safety, tolerability, and immunogenicity of a recombinant adenovirus type-5 vectored COVID-19 vaccine: a dose-escalation, open-label, non-randomised, first-in-human trial*. *Lancet* 2020, 395:1845-1854.
- Zhu, FC, et al., *Immunogenicity and safety of a recombinant adenovirus type-5-vectored COVID-19 vaccine in healthy adults aged 18 years or older: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2 trial*. *Lancet* 2020, 396:479-488.
- Denis, Y, et al., *Safety and immunogenicity of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine in two formulations: two open, non-randomised phase 1/2 studies from Russia* *Lancet* 2020, 396:887-897.
- Balakrishnan, VS., *The arrival of Sputnik V* *Lancet Infect Dis*. 2020, 20:1128.
- Corbett, KS, et al., *Evaluation of the mRNA-1273 vaccine against SARS-CoV-2 in nonhuman primates*. *N. Engl. J. Med*. 2020, 383:1544-1555.
- Anderson, EJ, et al., *Safety and Immunogenicity of SARS-CoV-2 mRNA-1273 Vaccine in Older Adults*. *N Engl J Med*. 2020: NEJMoa2028436.
- Mulligan, MJ, et al., *Phase 1/2 study of COVID-19 RNA vaccine BNT162b1 in adults*. *Nature*, 2020, 586:589-593.
- Walsh, EE, et al., *RNA-based COVID-19 vaccine BNT162b2 selected for a pivotal efficacy study*. Online ahead of print.
- <http://salute.governo.it>
- <http://bioetica.governo.it>

APPENDICE

PRO HUMAN BIOLAW: BIOLAW AS GLOBAL TOOL FOR HUMAN RIGHTS PROTECTION

El Bioderecho como herramienta global de protección de los Derechos Humanos

1. *El impulso europeo al Bioderecho.*

El Proyecto Europeo Erasmus+ Higher Education – International Capacity Building *Biolaw as global tool for human right protection*¹, constituye una materialización a nivel europeo y con proyección internacional de la novedosa ciencia del Bioderecho. Una ciencia que adquiere una especial relevancia en los tiempos actuales, bajo las circunstancias de pandemia a nivel global que la humanidad está atravesando. La Comisión Europea viene ya, desde hace algún tiempo, poniendo un especial énfasis en la necesaria articulación de nuevas formas de afrontar los desafíos que plantea el mundo moderno y en la indispensable colaboración que han de prestar las diferentes ciencias en la resolución de los retos nacidos a la luz del vertiginoso avance biotecnológico y tecnocientífico en general. De alguna forma, esta visión preclara del complejo escenario que se avecina (y que ya se ha

* Investigador Principal del Proyecto Pro Human Biolaw

1 En el marco del programa Erasmus+ (convocatoria de 2019) y dentro de la Acción KA2 “Desarrollo de Capacidades”, que respalda la modernización, accesibilidad e internacionalización de la educación superior en los países asociados, se concedió a la Universidad de Murcia (España) el Proyecto Europeo Erasmus+ Higher Education – International Capacity Building *Pro Human Biolaw. Biolaw as global tool for Human Right protection* (609979-EPP-1-2019-1-ES-EPPKA2-CBHE-JP) impulsado por el Centro de Estudios en Bioderecho, Ética y Salud (CEBES) y la Escuela Internacional de Doctorado (EIDUM). El consorcio está formado por instituciones de tres países europeos: España (Universidad de Murcia), Italia (Università de La Campania y Università Federico II de Nápoles) y Francia (Université de Lille), así como por cuatro instituciones de México (Universidad Autónoma de San Luis Potosí y Universidad de Guadalajara) y Costa Rica (Universidad de Costa Rica e Instituto Tecnológico de Costa Rica).

hecho presente en numerosas realidades), ha impulsado a la Unión Europea a apostar con fuerza por aquellas investigaciones y fórmulas de trabajo en las que el esfuerzo combinado de disciplinas interconectadas posibilite encontrar las soluciones que precisa la sociedad del siglo XXI. Una sociedad en la que confluyen expectativas procedentes de distintas fuentes del saber que han de ser conscientes de la interdependencia que existe entre ellas; porque lo que está en juego es la dignidad del ser humano, su propia esencia constitutiva y el legado que, con la responsabilidad que ha de exigirse a toda generación, se quiere dejar a las que están por venir.

En esta apuesta por reformular el modo en que se han de resolver los interrogantes derivados del progreso científico, el Bioderecho se vislumbra como una disciplina capaz de asumir el reto y de actuar como entorno integrador en el que confluir diferentes ramas de las ciencias. Colaboración entre disciplinas, interconexión entre ciencia aplicada y humanidades, simbiosis entre técnica y proposición valórica, estructuración, en fin, del progreso del saber bajo las premisas de respeto a la persona, a su entorno ambiental y a los dictados de dignidad que le corresponden como eje de todos los avances de la humanidad.

La existencia de este proyecto, su impulso desde las instancias europeas y su proyección a nivel internacional fuera de los límites de parte del viejo continente, no es sino una declaración de intenciones de quienes ostentan la responsabilidad en la Unión Europea de incentivar fórmulas de conocimiento capaces de generar lo que podríamos denominar un progreso sostenible, un progreso en equilibrio entre persona, desarrollo y vida en dignidad.

2. Una aproximación al Bioderecho

El Bioderecho se perfila como una realidad con transcendencia y proyección actual y futura; pero ¿qué es el Bioderecho? Es necesario aproximarnos a lo que son sus grandes rasgos para poder comprender la raíz de su importancia. Y, para ello, hay que partir de la persona. Cada individuo es distinto al otro por cuanto somos diferentes en lo queremos ser. Esto nos hace ser exclusivos e irrepetibles. Nos configuramos a nosotros mismos según un código intuitivo que nos conduce a lo que somos. Ese código está dibujado a pinceladas; es un gran mosaico pictórico en el que queda significada nuestra evolución y maduración como personas. Si alguien pudiese penetrar en nosotros y contemplar nuestra secuencia histórica como se contempla una exposición retrospectiva en una galería

de arte, descubriría que somos sorprendentes. Inexplicablemente se intuye que cada obra que compone nuestra vida tiene algo que permanece, pero lo que se contempla desde la distancia del observador difiere según el cuadro ante el que se sitúe.

El observador puede descubrir que hemos ido modificando nuestra forma de ver las cosas; puede entender que ciertos hechos críticos de nuestra historia han supuesto un antes y un después; incluso puede intuir vagamente el resultado final de lo que somos. Pero difícilmente llegará a saber lo que queríamos ser. Nuestra identidad como personas no sólo es lo que somos; nuestra auténtica identidad es la que suma a lo que somos aquello que siempre quisimos ser. Adentrarse en lo que una persona quiere ser no es nada fácil; sobre todo porque hemos querido ser muchas cosas distintas a lo largo de nuestra vida; y sólo cuando nuestra percepción de los valores adquiere una forma determinada y pasa de ser un cúmulo de pinceladas a un esbozo de paisaje comprensible, sólo entonces empieza a hacerse real el querer ser de lo que somos para los demás; o, lo que es lo mismo, lo que auténticamente somos.

Y me dirán ustedes ¿y qué tiene todo esto que ver con algo que parecen tan ajeno a lo que somos y que llamamos Bioderecho? Pues sí tiene que ver. Y gracias a que existe una estrecha y sorprendente relación, añadir la vida indefinible de cada persona (es decir, el “bio” que nos define) a la previsible respuesta de una norma definida por el progreso, es lo que da sentido al concepto de Bioderecho.

Nuestra historia personal nos termina configurando en lo que queremos ser, somos y no somos; esto es un todo indivisible para el que quizá podríamos crear un nuevo vocablo: es nuestra bioidentidad. Y esta bioidentidad es, para nosotros, algo irrenunciable. Queremos ser así, con nuestras contradicciones y nuestras exactitudes; con nuestras incertidumbres y nuestras seguridades; con nuestras indecisiones y nuestras decisiones; o, en fin, con nuestra forma de afrontar los retos que nos plantea la vida. A lo largo de los años hemos ido atesorando experiencias (positivas y negativas); es decir, las hemos convertido en un tesoro. Y es tan valioso para nosotros, que sin él no podríamos tomar decisiones auténticamente nuestras. Y como las experiencias que cada persona ha vivido son tan diferentes, las decisiones que cada una adopta también lo son. Y esas decisiones navegan entre lo que la vida me ha llevado a ser (lo que soy, no soy y quiero ser) y lo que quienes me observan creen que todos deberíamos ser.

Y aquí está el eje de todas las decisiones que afectan a nuestra vida y que comprometen nuestra identidad como persona. Somos seres en conciencia, nos queremos autodeterminar. Queremos vivir aplicando el ideario teórico

y moral al que hemos conseguido llegar después de tantas fases de crisis entre lo que queríamos ser, somos, no somos y, finalmente, termina por identificarnos con nombres y apellidos. Reclamamos el control sobre nuestra propia vida; queremos vivirla en dignidad (en nuestro concepto de dignidad); hacerlo en el seno de una sociedad que nos respete y comprenda; aceptando que nosotros también estamos dispuestos a comprender y a respetar a quien vive en dignidad su existencia con reglas distintas a las nuestras. Somos personas autodefinidas necesitadas de vivir socialmente nuestra identidad individual. La cuestión es cómo hacerlo sin poner en entredicho la identidad del otro y sin que los dictados de una mayoría social de identidades trate de imponer su criterio e impida desarrollar la que es sólo nuestra.

Si trasladamos esta breve reflexión sobre nuestra entidad individual a lo que nos propone el Bioderecho, es posible dar formato a lo que son las líneas maestras que conforman el modo de satisfacer las necesidades individuales y colectivas; el modo en que construir una sociedad respetuosa con la identidad personal y con las exigencias de vivir en el seno de esa sociedad. Necesitamos de un marco referencial que nos permita autodeterminarnos en nuestra vida personal sin entrar en conflicto con la realidad social y normativa de la que formamos parte. Un marco en el que dignidad y Derechos Humanos se constituyan en el centro de las proposiciones del progreso y del avance científico, a través del consenso racional en un mínimo ético no dogmático basado en valores que aceptemos como universales.

Por eso, cuando nos enfrentamos a la necesidad de resolver las incontables cuestiones derivadas del avance tecnocientífico y biotecnológico de la era moderna, tenemos que buscar un método que nos permita conjugar todos los elementos en conflicto. Esta labor no es una prerrogativa de la ciencia pura y aplicada, ni de la reflexión ética independiente, ni de los postulados jurídicos asépticos. Se trata, como en breve se argumentará, de una tarea que va más allá de lo unidisciplinar. Y si observamos este entorno desde una situación crítica, como en tiempos de la pandemia provocada por el coronavirus (Covid-19), en donde los interrogantes éticos se multiplican, las respuestas jurídicas se ven desbordadas y los esfuerzos de la ciencia por encontrar respuestas se enfrentan a la urgencia y la incertidumbre, la existencia de un espacio de encuentro multidisciplinar, un espacio de bioderecho, se hace aún más imprescindible.

La ciencia nos puede dar orientaciones, nos permite conocer la realidad de las cosas en un determinado tiempo y espacio; pero no puede resolver los interrogantes que se escapan del puro análisis racional y empírico; de ella podemos extraer criterios y alimentar el ansia de conocer de otras

parcelas del saber, que, en el fondo, lo que esperan es que la ciencia fundamente de forma irrefutable sus líneas argumentales. Es más, la ciencia resuelve un interrogante y genera otros varios como contrapartida. Y cuanto más avanza, más progresa y se desarrolla, más vertiginosa es la espiral de incertidumbres humanas en la que nos sumerge. Ello no es bueno ni malo, simplemente es. Y de nuevo el ser humano es quien debe proyectar su dignidad cara a futuro.

La ética no nos da una solución capaz de satisfacer a todas las personas; en realidad hay tantas éticas como personas y las doctrinas que pretenden convertirse en soluciones aplicables a todo ser humano, terminan siendo dictaduras morales. Las personas no tenemos, necesariamente, que tener por objetivo la virtud; para la mayoría es suficiente con la honradez y el respeto. La virtud es un añadido, una opción ética que aspira a un máximo que no es posible exigir, que sólo es posible ofrecer en libertad.

El derecho, la norma jurídica, tampoco podemos situarlo como garante de las aspiraciones de todo individuo. Su función no es dotar de satisfacción a la identidad individual. Da legitimidad a ciertos hechos y regula los acuerdos sociales (o quizá sólo los dictámenes políticos), pero está condicionado por múltiples elementos que convergen en su creación: unas veces lo atenazan las mayorías que imponen su criterio ético; otras los acuerdos transaccionales (no de consenso); otras las razones que le son ajenas pero que se hacen pasar por inherentes (como cuando la economía se convierte dogma); otras el criterio de que la ciencia es la fuente de la razón, por mucho que ésta sea la consecuencia de errores y aciertos; y es probable que, de seguir enumerando, la lista se hiciese tan considerable que nos terminara resultando tediosa. Afortunadamente hemos conseguido establecer ciertos criterios que aceptamos como inmutables (o, al menos, que trascienden nuestro espacio y tiempo) y que permiten que la ciencia jurídica no pierda su orientación y vocación humana. Hemos de mirar muy a lo alto para encontrarlos, pero por fortuna es tal su potencialidad, que son auténtica respuesta a esa identidad individual a la que antes se hacía referencia. Se trata de los Derechos Humanos, las grandes libertades y la dignidad humana en todas sus vertientes.

Y en cuanto a la sociedad, tampoco es un referente válido para sustentar el respeto a la esfera personal. Precisamente porque su finalidad trasciende la realidad individual y se preocupa más por articular un espacio de convivencia en el que coexistan con coherencia la suma de los criterios personales. Mira al individuo desde la óptica de su proyección social y respeta su identidad, pero no puede asimilar todas sus facetas porque acabaría quebrando su estructura de coherencia.

Se impone reformular nuestro concepto establecido de las cosas. Repensar la forma y el método en que abordamos ciertas cuestiones que afectan profundamente al hecho de ser persona en dignidad. Es evidente que no todas las cuestiones que atañen al mundo tal y como hoy lo conocemos, precisan de un cambio en la forma de hacer las cosas (algunas, no muchas, sorprendentemente hasta funcionan bien); pero sí que es evidente que otras nos están desbordando por la propia dinámica del progreso. Ciertas parcelas de nuestra vida, como lo son las que conciernen a la entidad constitutiva de la persona, a la salud, a la incidencia de las nuevas tecnologías en nuestras vidas, a la sostenibilidad de nuestro entorno o a las prioridades que han de establecerse ante la adversidad (y esta enumeración para nada es exhaustiva), precisan de una nueva forma de tratamiento en la que, respetando la visión solidaria de las cosas y el mínimo ético universal, la sociedad sea capaz de asimilarlo con naturalidad.

Y con ello nos vamos aproximando aún más a lo algunos consideramos que constituye la opción más viable: el Bioderecho. Opción que no tiene porqué dar lugar a posiciones a la defensiva. No es una adulteración del derecho, como pueden creer algunos juristas; no se trata de una intromisión en el ámbito bioeticista con el riesgo potencial de que la norma cerceñe su autonomía; no es una forma de control o de fiscalización normativa limitativa de las prácticas de quienes se dedican a la investigación científica y a su aplicación al desarrollo biotecnológico; no es, en fin, su intención utilizar los análisis sociales para justificar una forma de proceder intrusiva en la parcela de quienes analizan sociológicamente nuestro entramado social. Nada más alejado de la realidad, el Bioderecho constituye una nueva forma de afrontar la búsqueda de solución a los conflictos que plantea la era moderna. Solucionar los conflictos desde planteamientos éticos, con el aval de la ciencia y bajo el marco de un derecho cercano a la sociedad cuyo referente último radica en el imperativo sustentado por los Derechos Humanos. Una ciencia en la que el trabajo entre especialistas, profesionales y estudiosos de diferentes ciencias se combina, se enriquece con la visión que aporta cada una y con la que, indefectiblemente, se llega a soluciones más cercanas a la realidad de las cosas y, por supuesto, más justas para las personas.

Y para ello, el Bioderecho ha de respetar ciertas reglas básicas. Debe fundamentarse en una ética capaz de incorporar una gran diversidad de corrientes de pensamiento, proyectándose desde una ética aplicada de carácter civil sustentada en la racionalidad humana. Una ética de mínimos que se construya desde el mínimo común denominador moral existente en toda sociedad pluralista. Las bioéticas (y adviértase que me refiero a todas ellas

en plural)² han divagado en exceso a través de planteamientos teóricos, buscando los fundamentos últimos en el deber ser y en la ética de la virtud. Nosotros necesitamos de otra ética. Necesitamos una ética del consenso y de la cordialidad³ aplicada a las circunstancias concretas, a las situaciones derivadas del tiempo y lugar en que se producen los hechos controvertidos. El Bioderecho debe, además, atender al estado actual de la ciencia, siendo capaz de valorar el alcance de los resultados que ésta aporta. Ello exige un conocimiento específico de ciertos contenidos complejos, ajenos a lo ético y a lo jurídico, pero cuyo desarrollo son imprescindibles para resolver con coherencia las cuestiones a las que debe dar respuesta. Debe, además, ser capaz de diferenciar con prudencia jurídica y certeza moral (que no absoluta) aquellos resultados que poseen un alto índice de veracidad de aquellos otros en los que la cuestión es debatida. En función de ello, el análisis ético y normativo ha de contener un mayor o menor grado de definición y de aplicación social. Y, por supuesto, el Bioderecho debe realizar su análisis con carácter interdisciplinar. Sin el concurso de las reflexiones de la ética

- 2 La Bioética nació siendo una disciplina con una predominante visión práctica de las cosas, una ética de la vida biológica basada en unos principios de espectro universal; pero, a día de hoy, la Bioética no es “una”. Existen distintas bioéticas en función del código moral que subyace en sus fundamentos teóricos y que, normalmente, se sustentan en lo que denominamos “éticas de máximos” (éticas de la vida buena o de la felicidad) que, por su elevado contenido apriorístico inmutable, no son susceptibles de trasladarse con carácter general a la sociedad; sólo pueden ofrecerse y, en su caso, ser aceptadas por la persona en ejercicio de la libertad individual. Las bioéticas actuales, más que aportar soluciones, nos trasladan más interrogantes ya que, ante un mismo hecho objetivable, nos ofrecen distintas soluciones en función del código ético que les da su razón de ser.
- 3 El término “cordialidad” supone dar un paso más en la delimitación del contenido inherente a la ética; se trata de la ética de la razón cordial, construida y definida por Adela Cortina como una categoría moral sobre la que cimentar todo el contenido ético. Se trata de pasar del catálogo de principios que se traduce en normas de comportamiento, al fundamento vital de la obligación moral que radica en el corazón. El objetivo es romper el abismo existente entre lo que se declara y lo que se realiza, porque aquello que no surge del corazón ha de enfrentarse a un largo camino de inseguridades derivadas de la moral pensada frente a la moral vivida. Sólo se puede llegar a la justicia a través del corazón. Y para ello es necesario el reconocimiento recíproco y cordial (el vínculo que genera una obligación hacia el otro), la alteridad (hacerse cargo de la realidad, cargar y encargarse de ella para que sea como debe ser) y la educación en la emotividad y en los valores apreciados, queridos y degustados. Hacer de la justicia la virtud marco que fundamenta la autonomía (hacer la propia vida) y la compasión (vivir con otros, con los iguales en sus tristezas y en sus gozos). A. CORTINA, *Ética de la Razón Cordial*, Ed. Nobel, Oviedo 2009.

aplicada de carácter civil y de las ciencias de la vida en general, el Bioderecho no puede llegar a fijar criterios en los que se atienda a la justicia. El Bioderecho no es una ciencia aséptica, todo lo contrario, está mediatizada por la existencia de una profunda fundamentación ética y una elevada justificación científica. Los resultados, caso de no partir de estas consideraciones, pueden contravenir las exigencias de la dignidad.

No podemos olvidar la realidad histórica en la que vivimos. La ciencia ha experimentado, desde finales del siglo XX, un avance a nivel biotecnológico de proporciones inimaginables pocos años atrás. El objeto principal de la investigación científica ha sido el ser humano, la vida humana en todas sus facetas temporales, y se han alcanzado tales niveles de intervención en la entidad constitutiva de la persona y en la tecnificación del entorno humano, que la repercusión que ello ha tenido a nivel social probablemente no es comparable a ninguna otra de las conquistas científicas.

Genética, medicina y nuevas tecnologías (fundamentalmente las de carácter computacional) han revolucionado la realidad humana tal y como la conocíamos hasta ahora. Se han traspasado las fronteras de laboratorios y centros de investigación tecnológicos hasta penetrar en la vida cotidiana de la persona e interrogar al conjunto de la sociedad. El asombro ante las expectativas abiertas, las dudas éticas ocasionadas o la sensación de que se precisa de una cierta intervención jurídica garante de la dignidad humana, es un hecho que se percibe a nivel global.

La magnitud de los hechos plantea serios dilemas sobre el futuro de la existencia humana, la vida en dignidad y el legado a las generaciones futuras. Se hace imprescindible una reflexión profunda de corte académico, legislativo y social. Es necesario preguntarse si, *frente al creciente poder de intervención de la ciencia en la vida humana, todo lo que es técnicamente posible es éticamente aceptable y, si lo es, dentro de qué límites jurídicos.*

El origen de la vida, el concepto de muerte, la capacidad de tomar racionalmente decisiones difíciles o ante conflicto de bienes, el valor del principio de autonomía personal, los descubrimientos de la ingeniería genética, los avances en materia de salud, la inteligencia artificial y las aplicaciones de la neurociencia, las nuevas fronteras del derecho a la intimidad, los límites al control informatizado, la influencia de la tecnología en los ecosistemas, el respeto a la identidad cultural y multicultural, el cuidado del medio ambiente o el papel del Estado en una política de carácter respetuoso con las exigencias de sus ciudadanos, son buenos ejemplos que ilustran la trascendencia de los nuevos retos del milenio y que, en definitiva, han propiciado la eclosión del Bioderecho como disciplina y el crecimiento

que, en las últimas décadas, ha experimentado la relación entre biología, tecnología, medicina, ética y derecho.

Todo ello ha puesto en primer plano a la ciencia del Bioderecho, una disciplina que pretende objetivar sus razonamientos y sus soluciones con independencia de los diferentes postulados bioéticos existentes. Que está dirigida a buscar respuestas jurídicas desde la óptica de la racionalidad y la ética social, pero tratando de evitar postulados positivistas rígidos y excesivamente juridificados. La idea es, en definitiva, aunar investigaciones bioéticas, científicas y jurídicas en el ámbito de las ciencias de la vida. Combinar las tres ciencias con el propósito de elaborar concretas propuestas de actuación jurídico-social que permitan al investigador aportar nuevas vías de actuación fundadas en los valores éticos, los avances de la ciencia y la vigencia normativa del derecho.

Sólo a través del trabajo compartido y honesto es posible encontrar soluciones razonables, justas y asumibles por el conjunto de la sociedad. Soluciones que han de abordarse con carácter progresivo, arrancando de logros que pueden parecer, en principio, de escasa entidad pero que, con la fortaleza que proporciona el acuerdo en los fundamentos, han de convertirse, irremisiblemente, en el origen de futuras metas de mayor dimensión. Derecho, ética y ciencia como una sola cosa; cada una con sus principios específicos; con sus métodos propios de análisis; pero con una nueva metodología y pautas de resolución propias al combinar todos los saberes.

Esa es la realidad de un Bioderecho que nace del método interdisciplinar y del trabajo en equipo. Un Bioderecho con vocación de progresiva expansión hacia otros ámbitos del conjunto existencial en el que se unen naturaleza y ser humano. Son las ciencias de la vida en sentido omnicomprendivo, que tanto se ocupan de la salud como de las nuevas tecnologías, de la ética medioambiental como de la biotecnología aplicada, de los derechos humanos como de la biodiversidad, de la ética en la investigación como del desarrollo sostenible. El ámbito es de notable entidad, los retos innumerables, pero el objetivo final es merecedor del esfuerzo: una sociedad más justa, el rescate de la dignidad del ser humano, la opción por la sostenibilidad, la defensa de la solidaridad social y jurídica, la eliminación de los conflictos entre ética y tecnología y la creación de un derecho preocupado por las personas.

Es el trabajo conjunto de juristas, filósofos, eticistas, biólogos, profesionales de la salud... y cuantos otros expertos de áreas implicadas puedan aportar sus reflexiones y sus criterios para la mejora de nuestro entorno de convivencia y realización en dignidad. En la actualidad, la interconexión e

interdependencia entre las ciencias es cada vez más evidente y las soluciones justas y respetuosas con la identidad (humana, natural y medioambiental) de nuestro entorno exigen del concurso de un nuevo estilo de trabajo. Ante una controversia que afecta a la vida del ser humano; ante un problema relacionado con las nuevas conquistas tecnocientíficas y biotecnológicas; ante una cuestión medioambiental; o ante un problema de dignidad, no sólo ha de intervenir la ciencia y sus conocimientos avanzados; también lo ha de hacer la ética, interrogándose por los límites y las realidades trascendentes comprometidas en la decisión a tomar; y también lo ha de hacer el derecho estableciendo los cauces de convivencia necesarios, las garantías de los derechos reconocidos, los deberes asignados y el mínimo común denominador mediante el que derecho, ética y ciencia convergen en la construcción de una solución justa.

En definitiva, el Bioderecho es una ciencia que tiene, como eje argumental de todas sus reflexiones, la sensibilidad hacia el ser humano. Es una ciencia que, desde la objetividad de sus planteamientos y resultados, no puede dejar de mirar a quienes son sus destinatarios; y en ellos los que se trasluce es dignidad, realización personal, derecho a vivir en conciencia y a ser respetados socialmente en su autonomía en cuanto este respeto se formula con reciprocidad. Los Derechos Humanos son, además, su origen y fundamento último a los que ha de referirse en todo momento. En ellos se condensan los ámbitos de reconocimiento y protección que permiten fortalecer la dignidad del ser humano. El Bioderecho ha de contribuir a la aplicación efectiva de estos derechos y a la profundización en el desarrollo de su contenido aplicado a las ciencias de la vida. Lo que está en juego es la dignidad de la persona, la justicia, la protección de la propia vida, la solidaridad, la ética de nuestra titubeante sociedad y, en definitiva, una parte importante del futuro de la propia humanidad.

3. Las claves de proyecto Pro Human Biolaw.

Afrontar un proyecto de esta envergadura y características no es sino la consecuencia del compromiso por situar al Bioderecho en los escenarios prevalentes que le conciernen. Situarlo en aquellas parcelas de incidencia en la sociedad que precisan de una intervención discursiva de carácter multidisciplinar. Llevarlo a la realidad cotidiana de la dinámica social y de las relaciones que se dan entre investigadores procedentes de distintas disciplinas; entre docentes y discentes; entre profesionales ejercientes y receptores de la prestación; o entre individuos (personas de cualquier procedencia y

condición social), que son destinatarios de la articulación de los valores y principios en los que se sustenta la convivencia social.

Es fundamental aumentar la capacidad a nivel general (y en especial la de las instituciones asociadas al proyecto) en el ámbito de la enseñanza y de la investigación en Bioderecho, proporcionando a los sectores públicos y privados relacionados con las ciencias de la vida, la salud, el derecho, el medio ambiente y las nuevas tecnologías (con lo que es a día de hoy la realidad biomédica, biotecnológica y tecnocientífica en general), el personal necesario, las herramientas adecuadas y la experiencia debida para poder ofrecer respuestas jurídico-valóricas (respuestas de bioderecho) a los dilemas biojurídicos y bioéticos del mundo moderno. Todo ello bajo la perspectiva de los Derechos Humanos y en atención a los atributos de dignidad que corresponden a toda persona como tal y en relación con su entorno a día de hoy y en el futuro.

El objetivo prioritario es conformar un elenco de profesorado y de profesionales de alta capacitación en Bioderecho y crear de un espacio general de formación, difusión y transferencia en el que combinar la formación especializada en Bioderecho, la difusión de la materia, la creación de unos estudios avanzados de calidad y excelencia, así como el mantenimiento de una plataforma on-line de enseñanza y de recursos que permita dar cobertura y sustentar en el tiempo esta iniciativa. El proyecto tendrá impacto no solo en las instituciones socias, mejorando su accesibilidad, visibilidad y su capacidad de atracción e influencia, sino también en aquellos sectores de los países socios que inciden sobre las ciencias de la vida, la salud, el entorno ambiental y la tecnología desde la ética, el rigor científico y la reflexión jurídica.

Este proyecto tiene como finalidad dotar de instrumentos adecuados a especialistas de diferentes ámbitos de procedencia, para que les permita conjugar el saber científico moderno con las exigencias de dignidad que se derivan de los reconocimientos plasmados en los derechos humanos; y ello llevarlo a todos los sectores de la sociedad prestando especial atención a los ámbitos más vulnerables.

Para el jurista, el dominio del Bioderecho, supone un complemento en su formación de alto valor sobre la base de la realidad social y jurídica de los tiempos modernos. Ante los tribunales de justicia son cada vez más frecuentes las cuestiones de índole biojurídica que exigen un alto grado de conocimiento a nivel científico, ético y jurídico. Para los profesionales de la salud es imprescindible saber los derechos y deberes que les conciernen y los que pertenecen a los pacientes, las responsabilidades que se pueden generar, los protocolos a utilizar y cómo conjugar la realidad valórica con las

exigencias de justicia. Para quienes trabajan en el desarrollo de tecnocientífico y biotecnológico, es primordial conocer el modo de hacer compatibles sus resultados con la dignidad humana, la entidad constitutiva de la persona y los derechos a la intimidad y a la privacidad. Buscar el lado humano de la tecnología para ponerla al servicio de la persona sin que suponga un peligro para la propia definición de persona o una intromisión abusiva en su vida. Para quienes se ocupan del medio ambiente y el desarrollo biotecnológico ha de suponer un firme apoyo para unir el ámbito puramente tecnológico a la realidad social y medio ambiental, lo que exige que los resultados respondan a criterios éticos, sean asumibles por la generalidad de la ciudadanía y contribuyan al bienestar de las generaciones futuras.

Es de suma importancia traspasar las fronteras europeas y mirar a determinadas sociedades, como las de raíz latinoamericana que, atesorando un enorme capital humano y un profundo interés en abordar estas temáticas, tienen la potencialidad de abrir notablemente los márgenes de impacto de cuestiones tan sensibles como las que aborda el Bioderecho y que no pueden quedar circunscritas a la realidad europea o anglosajona, como ha sucedido en múltiples ocasiones. Este es, asimismo, un signo distintivo del proyecto en el que la diversidad no sólo se muestra a nivel multidisciplinar, sino también desde la óptica de los escenarios sociales y culturales (multiculturales) en los que inciden las propuestas de bioderecho bajo el crisol de sociedades diversas. De ahí los diferentes países que conforman este consorcio, en el que la experiencia europea emanada de los pueblos españoles (Universidad de Murcia), franceses (Universidad de Lille) e italianos (Universidades de la Campania “Luigi Vanvitelli” y Federico II de Nápoles), se conjuga con la frescura y dinamismo de algunos de los pueblos más activos del espectro latinoamericano, como el gigante mexicano (Universidad Autónoma de San Luis Potosí y Universidad de Guadalajara) o el más pequeño paraíso costarricense (Universidad de Costa Rica e Instituto Tecnológico de Costa Rica).

Para lograr el objetivo prioritario propuesto, el consorcio formado por las entidades de educación superior que lo conforman, ha establecido una serie de objetivos específicos cuantificables y de finalidad práctica bien definidos.

En primer lugar, se hace preciso desarrollar una oferta académica nueva e innovadora en el ámbito del Bioderecho a nivel profesional y en los estudios oficiales en todas sus escalas. Se trata de una oferta que no existe en la mayoría de las instituciones asociadas y que debe implantarse como una herramienta básica para capacitar a nuevos profesionales e investigadores. La participación, el trabajo compartido entre distintos equipos académicos

y la confección de cursos que integren la perspectiva multidisciplinar y ofrezcan una estructura común de contenidos, son las directrices que han de marcar el camino a seguir, proporcionando contenidos adaptables y capaces de modificarse y ajustarse a medida que surjan nuevos desafíos en el futuro. El proceso que ha de seguirse para definir los contenidos ha de estar basado en la prospección y en los contactos ininterrumpidos con los sectores de interés, siendo las sugerencias emanadas de la recopilación e integración de los datos obtenidos, las que determinen las necesidades reales de los colectivos a los que ha de dirigirse la oferta formativa. Estos sectores también han de actuar como un medio de difusión y como vehículo para ampliar el conocimiento e involucrar a otros sectores relacionados con las temáticas que se abordan.

En segundo lugar, se ha de incrementar la cantidad de recursos humanos de alta capacitación disponibles en las universidades asociadas y en los sectores profesionales afectados. El reto es llegar a un elevado número de personas y dotar de una capacitación rigurosa implementada con cursos, fondo documental en abierto a través de la red y en espacios físicos de fácil acceso y a disposición de la sociedad, así como a través de reuniones científicas de amplio recorrido en las que se conjuguen difusión, intercambio y análisis de la actualidad biojurídica.

En tercer lugar, se debe impulsar la enseñanza y el aprendizaje on-line, tanto en el seno de las instituciones socias, como hacia la sociedad internacional como tal o a través de la formación individual. Una vez equipadas con la tecnología necesaria, se podrá llegar a docentes, estudiantes y profesionales sin necesidad de la presencialidad que exige la academia tradicional, removiendo así los obstáculos que dificultan el acceso a la educación superior debido a las limitaciones profesionales, familiares o de ubicación geográfica. El lanzamiento de una cultura de aprendizaje en red eliminará las barreras para la adquisición de conocimiento y aumentará la innovación, la visibilidad y la capacidad de incursión de forma global. Es necesaria la creación de una comunidad científica multidisciplinar de académicos y no académicos en cada país socio y que sea lo suficientemente grande como para satisfacer las necesidades de todos los asociados y su traslado a otras instancias. Esta es la fórmula adecuada que puede garantizar que las instituciones participantes en el proyecto continúen proporcionando habilidades, investigando, desarrollando la ciencia del Bioderecho en sus respectivos ámbitos y transfiriendo resultados a la sociedad en general.

En cuarto lugar, y en referencia a los socios latinoamericanos como destinatarios primarios del proyecto, se ha de lograr que, gracias a las nuevas tecnologías para el aprendizaje en red, se preste formación a un gran nú-

mero de profesionales y estudiantes que permita paliar la escasez de personal especializado y la falta de programas de capacitación dirigidos a dar respuesta a las demandas de asesoramiento y formación existentes. Tanto el ámbito sanitario, como el que incide sobre las nuevas tecnologías, las cuestiones medio ambientales y la salud en general, precisa de personal capacitado para afrontar los desafíos de la biomedicina, la biotecnología y la informática avanzada desde planteamientos éticos, con el aval de la ciencia y bajo el marco de los derechos humanos como garantes de la dignidad y del legado a las generaciones futuras.

En quinto lugar, se ha de conseguir una difusión consistente de la ciencia del Bioderecho. Lo que se pretende es llevar el amplio elenco de temáticas que se abordan al terreno del debate social y al círculo específico de los diferentes ámbitos profesionales. Las reuniones científicas y los congresos de divulgación y profundización han de cumplir con su finalidad de aproximar, tanto a la ciudadanía como a los grupos de expertos, las grandes cuestiones que se debaten en este siglo XXI y que están revolucionando el desarrollo y avance tecnocientífico en el ámbito de lo que es el ser humano, sus atributos y los derechos inalienables que le corresponden.

Y en sexto y último lugar, y como objetivo bien definido en la programación del proyecto, se implantarán unos estudios de doctorado en Bioderecho de amplio espectro. Con ello se avanzará en una formación de alto nivel en el seno de las sociedades mexicana, costarricense y otras latinoamericanas que se puedan incorporar, en conjunción con la experiencia española y las aportaciones conexas de especialistas franceses e italianos. Un doctorado en Bioderecho que aspira a ser un referente internacional como título conjunto impartido por las instituciones de educación superior que componen el consorcio y, en su caso, con la colaboración de otras que puedan incorporarse durante el proceso de su elaboración.

En definitiva, este proyecto en el que se formula al Bioderecho como una herramienta global de protección de los Derechos Humanos, se articula como un nuevo estilo de trabajo emanado de la propia esencia del Bioderecho. Un conjunto interdisciplinar de expertos abordando temáticas conexas entre sí y unidas por el hilo conductor de las ciencias de la vida; un conjunto dispar de instituciones culturalmente diversas con un objetivo común; un conjunto de personas procedentes de distintos sectores del entramado social con inquietudes similares; un conjunto de proposiciones de contenido ético, científico y jurídico en busca de fortalecer los criterios de justicia, la parcela de dignidad y el lado más humano de las conquistas que los tiempos presentes y futuros nos tienen reservadas.

NOTIZIE SUGLI AUTORI

ANDREINA ALFIERI, docente di Metodi e didattiche delle attività motorie presso l'Università degli Studi di Napoli Parthenope

MARILENE ARAUJO, dottore di ricerca in Filosofia del Diritto presso la Pontificia Università Cattolica (PUC-SP) di San Paolo (Brasile)

ROSSELLA BONITO OLIVA, docente di Filosofia Morale presso l'Università degli Studi di Napoli l'Orientale

PASQUALINA BUONO, docente di Metodi e didattiche delle attività motorie presso l'Università degli Studi di Napoli Parthenope, componente del Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (C.I.R.B.) di Napoli

MARIA FRANCESCA CATTANEO DELLA VOLTA, Post Doctoral Researcher presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II

LORENZO CHIEFFI, docente di Diritto Pubblico e Costituzionale presso l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", componente del Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (C.I.R.B.) di Napoli

PAULA CHIEFFI, Graduated psychologist and psychotherapist, Master in Clinical Psychology and Ph.D. in Philosophy and Education, San Paolo (Brasile)

PEDRO PAULO CHIEFFI, docente di Parassitologia presso la Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (Brasile)

RAMIRO JACINTO CHIMURIS SOSA, professore del Corso di formazione continua della Facoltà di Giurisprudenza presso l'Università della Repubblica-Uruguay (UdelaR), Co-fondatore e Coordinatore Generale della Rete Internazionale delle Cattedre, Istituzioni e Personalità sullo Studio del Debito Pubblico (RICDP)

MARIA CELESTE CORDEIRO LEITE DOS SANTOS, libero Docente di Diritto Penale e Dottore di ricerca in Filosofia di Diritto presso la Pontificia Università Cattolica (PUC-SP) di San Paolo (Brasile)

MARIO DE CURTIS, già Ordinario di Pediatria, Università degli Studi di Roma La Sapienza e Direttore dell'Unità di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale del Policlinico Umberto I di Roma, Componente del Comitato Nazionale per la Bioetica

CONCETTA DODARO, MD, PhD, docente in Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II

GIAMPAOLO DONZELLI, Presidente della Fondazione Meyer, Componente del Comitato Nazionale per la Bioetica, già Ordinario di Pediatria presso l'Università di Firenze e Direttore dell'Unità di Terapia Intensiva Neonatale dell'AOU Meyer

MARIA ANNA FILOSA, Avvocato

PASQUALE GIUSTINIANI, docente di Filosofia Teoretica presso la Pontificia Facoltà Teologica dell'Italia Meridionale-Sez. San Tommaso d'Aquino in Napoli, componente del Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (C.I.R.B.) di Napoli

MARIA ANTONIETTA LA TORRE, docente di Sociologia dell'ambiente e del territorio presso l'Università degli Studi Suor Orsola Benincasa di Napoli

ALESSIA MACCARO, dottore di ricerca in Scienze filosofiche presso il Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università degli Studi di Napoli Federico II

VALERIA MARZOCCO, docente di Filosofia del Diritto presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II

EUGENIO MAZZARELLA, docente di Filosofia Teoretica presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II, componente del Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (C.I.R.B.) di Napoli

REBECA OLIVEIRA SANTANA, membro della Rete Internazionale delle Cattedre, Istituzioni e Personalità sullo Studio del Debito Pubblico (RICDP), Università della Repubblica-Uruguay (UdelaR)

EDUARDO OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ, catedrático de Medicina Legal y Forense e Direttore del *CEBES* (Centro de Estudios en Bioderecho) presso l'Università di Murcia (Spagna)

SALVATORE PRISCO, docente di Istituzioni di diritto pubblico presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II

RAFFAELE PRODOMO, docente di Bioetica presso l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", componente del Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (C.I.R.B.) di Napoli

LUCIO ROMANO, docente di Bioetica presso la Pontificia Facoltà Teologica dell'Italia Meridionale, Componente del Comitato Nazionale per la Bioetica e del Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (C.I.R.B.) di Napoli

OSVALDO SACCHI, docente di Diritto Penale Romano presso l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

JOSÉ RAMÓN SALCEDO HERNANDEZ, docente di Biodiritto e componente del *CEBES* (Centro de Estudios en Bioderecho, Ética y Salud) presso l'Università di Murcia (Spagna)

GELSOMINA SALITO, docente di Diritto di famiglia presso l'Università degli Studi di Salerno

FRANCESCO SCHETTINO, docente di Economia politica presso l'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"

GONZALO UBILLA FERNANDEZ, membro e ricercatore della Rete Internazionale delle Cattedre, Istituzioni e Personalità sullo Studio del Debito Pubblico (RICDP), presso l'Università della Repubblica-Uruguay (UdelaR)

FEDERICA VALLONE, assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II

VIRGINIA ZAMBRANO, docente di Diritto Privato Comparato presso l'Università degli Studi di Salerno, componente del Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (C.I.R.B.) di Napoli

GRAZIA ZUFFA, Psicologa, PhD, presidente della Società della Ragione APS, Componente Comitato Nazionale per la Bioetica

MARIA CLELIA ZURLO, docente di Psicologia dinamica: teorie e metodi presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II, componente del Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (C.I.R.B.) di Napoli

QUADERNI DI BIOETICA

1. *Il bambino che viene dal freddo. Riflessioni bioetiche sulla fecondazione artificiale*, a cura di A. Nunziante Cesàro, Franco Angeli, Milano, 2000
2. *Etica della salute e "terapie non convenzionali"*, Atti del Convegno di Napoli (29/30 novembre e 1° dicembre 2000), a cura di L. Melillo, Quaderno n. 1, Giannini, Napoli, 2002
3. *Ricerche di bioetica*, a cura di M. Coltorti, Quaderno n. 2, Giannini, Napoli, 2004
4. *Medicina ed etica di fine vita*, Atti del Convegno di Napoli (22/24 aprile 2002), a cura di M. Coltorti, Quaderno n. 3, Giannini, Napoli, 2004
5. *Il multiculturalismo nel dibattito bioetico*, a cura di L. Chieffi, Quaderno n. 4, Giappichelli, Torino, 2005
6. *La cura delle donne*, Atti del Convegno di Napoli (27-29 ottobre 2004), a cura di R. Bonito Oliva, Quaderno n. 5, Meltemi, Roma, 2006
7. *Percorsi tra bioetica e diritto. Alla ricerca di un bilanciamento*, a cura di L. Chieffi e P. Giustiniani, Quaderno n. 6, Giappichelli, Torino, 2010
8. Interuniversity Center for Bioethics Research, *Bioethical issues*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2019

NUOVA SERIE

1. *Bioetica pratica e cause di esclusione sociale*, a cura di L. Chieffi, Quaderno n. 1, Mimesis, Milano, 2012
2. *Identità in dialogo. La liberté des mers*, a cura di R. Bonito Oliva, Quaderno n. 2, Mimesis, Milano, 2012
3. *Bioetica e cura. L'alleanza terapeutica oggi*, a cura di L. Chieffi e A. Postigliola, Quaderno n. 3, Mimesis, Milano, 2014
4. *Bioetica, ambiente e alimentazione*, a cura di F. Del Pizzo e P. Giustiniani, Quaderno n. 4, Mimesis, Milano, 2014
5. *Frontiere mobili. Implicazioni etiche della ricerca biotecnologica*, a cura di L. Chieffi, Quaderno n. 5, Mimesis, Milano, 2014
6. *Questioni di inizio vita. Italia e Spagna: esperienze in dialogo*, a cura di L. Chieffi e J.R. Salcedo Hernández, Quaderno n. 6, Mimesis, Milano, 2015
7. *Pluralità identitarie tra bioetica e biodiritto*, a cura di L. Ferraro, F. Dicé, A. Postigliola, P. Valerio, Quaderno n. 7, Mimesis, Milano, 2016
8. *Biosfera, acqua, bellezza. Questioni di bioetica ambientale*, a cura di F. Del Pizzo e P. Giustiniani, Quaderno n. 8, Mimesis, Milano, 2017
9. *Terzo tempo, fair play*, a cura di G. Valerio, M. Claysset, P. Valerio, Quaderno n. 9, Mimesis, Milano, 2017
10. *Dignità, libertà e ragione bioetica*, a cura di E. D'Antuono, Quaderno n. 10, Mimesis, Milano, 2018
11. *Tecniche procreative e nuovi modelli di genitorialità. Un dialogo italo-francese*, a cura di L. Chieffi, Quaderno n. 11, Mimesis, Milano, 2018
12. *Il biosistema tra tecnica ed etica. Nuove questioni di bioetica ambientale*, a cura di F. Del Pizzo e P. Giustiniani, Quaderno n. 12, Mimesis, Milano, 2018

13. Giovanni Chieffi, *Bioetica e complessità. Il punto di vista di un biologo*, Quaderno n. 13, Mimesis, Milano, 2020
14. Francesco Paolo Casavola, *De hominis dignitate. Scritti di bioetica*, a cura di Lorenzo Chieffi e Francesco Lucrezi, Quaderno n. 14, Mimesis, Milano, 2019
15. Pasquale Giustiniani, Lorella Parente (a cura di), *Diritti umani e diritti dell'ambiente. Verso nuovi confronti*, Quaderno n. 15, Mimesis, Milano, 2020
16. Raffaele Prodomo, *25 anni di bioetica a Napoli*, Quaderno n. 16, Mimesis, Milano, 2020
17. Gianluca Attademo, Carmela Bianco, Pasquale Giustiniani, Francesco Lucrezi (a cura di), *Sotto il segno della razza. Lo sterminio dei bambini. Giorno della Memoria 27 gennaio 2020*, Quaderno n. 17, Mimesis, Milano, 2021

*Finito di stampare
nel mese di giugno 2021
da Digital Team - Fano (PU)*