

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.