



OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO  
28 LUGLIO 2021

Bismarck e Beveridge in Italia: rottura  
o eredità di una “patologia”  
irreversibile? Le situazioni di  
emergenza tra principio di uguaglianza  
e “frontiere interne”

di Patrizia Macchia

Professoressa associata di Diritto pubblico comparato  
Università degli Studi di Torino

# Bismarck e Beveridge in Italia: rottura o eredità di una “patologia” irreversibile? Le situazioni di emergenza tra principio di uguaglianza e “frontiere interne”\*

**di Patrizia Macchia**

Professoressa associata di Diritto pubblico comparato  
Università degli Studi di Torino

**Abstract [It]:** L’attuale situazione di emergenza ha messo in luce la debolezza endemica del nostro sistema sanitario, ma ha anche spostato l’attenzione della discussione deontologica. L’assistenza non presenta solo più un connotato clinico, non è unicamente una relazione tra paziente e medico, ma risulta essere un elemento inserito nella catena produttiva, legato ad esigenze di carattere economico e politico. Se negli ultimi decenni l’interesse maggiore è stato rivolto all’individuo, alla consapevolezza delle sue decisioni, alla dignità della vita ed alle questioni di fine vita, la pandemia ha richiamato l’attenzione sulla collettività e sull’equità distributiva. L’accesso selettivo alle strutture sanitarie, con l’introduzione del criterio dell’aspettativa di vita, ha fatto emergere la situazione segregante di coloro che non hanno più, per senilità e conseguente fragilità fisica, la possibilità di rivendicare il diritto alla salute e il rispetto della persona umana. Una discriminazione, comunque, già avvenuta in tempi precedenti al contagio; un risultato, non previsto, della pubblicazione dei criteri di selezione per l’accesso alle cure intensive che ha dato avvio ad una riflessione in tema di giustizia sociale, con riferimento al diritto alla salute, di cui fa parte anche il diritto ad invecchiare.

**Abstract [En]:** The current emergency situation has highlighted the endemic weakness of our health system, but it has also shifted the focus of the ethical discussion. Assistance no longer has a purely clinical connotation, it is not only a relationship between patient and doctor, but it appears to be an element entered in the production chain, linked to economic and political needs. If in recent decades the greatest interest has been directed to the individual, the awareness of his decisions, the dignity of life and end-of-life issues, the pandemic has drawn attention to the community and to distributive equity. The introduction of the life expectancy criterion resulted in the selective access to health facilities bringing to light the segregating situation of those who no longer have, due to senility and consequent physical frailty, the possibility of claiming the right to health and respect for human person. Discrimination, however, already occurred in times prior to the infection; an unexpected result of publication of the selection criteria for access to intensive care is a reflection started on the subject of social justice by reasoning about the right to health, which includes the right to ageing.

**Parole chiave:** Emergenza sanitaria; sistema sanitario; Bismarck e Beveridge; diritto alla salute; principio di uguaglianza; Welfare State

**Keywords:** Health emergency; health system; Bismarck and Beveridge; right to health; principle of equality; Welfare State

**Sommario:** 1. Premessa. 2. Il sorgere della politica sanitaria e dell’assistenza sociale nell’esperienza italiana. 3. La Costituzione repubblicana e il Welfare State. 4. Il passaggio al Servizio Sanitario Nazionale. 5. La crisi delle risorse nella situazione di emergenza: il diritto alla cura ed i criteri di scelta per l’accesso alla cura. 5.1. Le soluzioni prospettate. 6. Oltre la norma: le “frontiere” come tutela sociale. 7. E la storia continua...qualche spunto per concludere.

---

\* Articolo sottoposto a referaggio.

## 1. Premessa

Si scriveva, già verso la fine del XIX secolo, che «è supremo interesse dello Stato che, nei confini del suo territorio, nulla si faccia che indirettamente rechi pregiudizio alla salute degli altri.....È dovere supremo dello Stato di impedire che direttamente si nuoccia alla salute dei più....E' finalmente dovere dello Stato che si provveda, nei limiti della necessità, alla salute individuale di coloro che non possono provvedervi da sé»<sup>1</sup>.

Il successivo consolidamento del diritto soggettivo alla salute nella Carta costituzionale ha segnato il punto di approdo di un processo storico-politico secolare e l'art. 32 esprime, all'interno dei rapporti etico-sociali, una norma di immediata assertività e prescrittività<sup>2</sup>. Un diritto che viene qualificato come “fondamentale”, in quanto lo stato di salute risulta essere il necessario presupposto per il godimento degli altri diritti della persona; ma anche un diritto che è “interesse della collettività”, dove il principio della solidarietà rappresenta la chiave di lettura, nel senso che nel rapporto di solidarietà tra individuo e collettività non può esservi contrapposizione, ma solo comunanza di interessi<sup>3</sup>.

Secondo l'accezione corrente, salute e malattia sono termini che, oltre a rappresentare una molteplicità di stati fisici, la cui definizione, di regola, viene fondata su di una diagnosi clinica, concernono anche la capacità di un soggetto di porre in essere i propri progetti di vita, che possono andare dalla mera sopravvivenza alla realizzazione di obiettivi più elaborati. Salute e malattia raffigurano, pertanto, condizioni riconducibili a gradi variabili di congruenza tra il modo di funzionare di un organismo ed il contesto ambientale presente in un dato momento storico<sup>4</sup>.

Sebbene i testi costituzionali tendano a non occuparsi, al di là di importanti affermazioni di principio, delle caratteristiche del sistema sanitario, tuttavia l'organizzazione dei servizi dedicati alla salute concorre, in modo significativo, a caratterizzare la forma sociale dello Stato, la stessa identità costituzionale su cui si fonda l'ordinamento<sup>5</sup>. E, a livello sovranazionale, anche l'UE risulta indirizzata verso un sistema elevato di protezione della salute<sup>6</sup>, in un'ottica di armonizzazione delle diverse discipline statali in tema di assistenza sanitaria<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> G.B. CERESETO, *Sanità pubblica (interna, marittima, militare)*, in *Il Digesto italiano*, vol. XXI, 1891, p. 311.

<sup>2</sup> R. FERRARA, *Salute (diritto alla)*, *Digesto delle Discipline Pubblicistiche*, vol III, 1997, p. 519.

<sup>3</sup> La collettività ha interesse che il singolo svolga la propria personalità nel pieno godimento dei suoi diritti, tra i quali si pone quello alla salute; il singolo ha il dovere di adempiere ai propri obblighi a beneficio della collettività quando ciò consenta, ponendo le condizioni per il pieno sviluppo della persona umana, un miglioramento complessivo della dimensione sociale nella quale tale sviluppo ha corso: R. BALDUZZI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2013, p. 41.

<sup>4</sup> G. CORBELLINI, *Breve storia delle idee di salute e malattia*, Cacocci, Roma, 2004, p. 7.

<sup>5</sup> C. CASONATO, *I sistemi sanitari: note di comparazione*, in AAVV, *Tutela del diritto e livelli di governo. Atti del convegno dell'Associazione di Diritto Pubblico Comparato ed Europeo, Sassari, Università degli Studi, 1 luglio 2011*, Giappichelli, Torino, 2012, 10.

<sup>6</sup> Art. 168.1 TFUE

<sup>7</sup> Direttiva 2011/24/UE.

Il dibattito politico-culturale contemporaneo vede, dunque, attribuita alle decisioni della politica sanitaria una posizione di rilievo, ma, per secoli, la salute è stata “la cosa che non c’è”, il valore neppure astrattamente pensabile nel modello di Stato borghese seguito alle rivoluzioni liberali dell’Ottocento<sup>8</sup>. Sembra opportuno partire proprio da quest’affermazione e, seppur in breve, rendere un sintetico quadro delle vicende storiche di questo diritto, al quale solo, la Costituzione del 1948 attribuisce il carattere di “fondamentale”.

## 2. Il sorgere della politica sanitaria e dell’assistenza sociale nell’esperienza italiana

La sanità pubblica deve la sua affermazione ed il suo sviluppo alle dichiarazioni di principio proclamate durante la Rivoluzione francese, come anche alla nascita della epidemiologia, vale a dire lo studio delle malattie nel popolo, l’analisi diretta ad identificarne le cause in modo da agire in via preventiva, prima dello sviluppo del contagio<sup>9</sup>.

E’ comunque verso la fine dell’Ottocento che il collegamento fra il ruolo dei fattori sociali e l’insorgenza delle malattie è portato dai medici all’attenzione della classe politica, alla quale gli stessi non sono estranei: si tratta, ad esempio, di Angelo Celli e di Giovanni Battista Grassi, noti per il loro contributo nella lotta alla malaria; di Carlo Farini e di Giovanni Lanza, che ricoprirono finanche l’incarico di Presidente del Consiglio; di altri ancora, socialmente impegnati e militanti nell’ allora nascente partito socialista, che operarono come “medici dei poveri”<sup>10</sup>.

In questo contesto, il concetto di salute si amplia, fino a comprendere la cura e la gestione di tutti quei fattori causali che incidono negativamente sullo stato di equilibrio dell’individuo. Alla luce di questa rinnovata concezione, viene attribuita allo Stato una funzione di garanzia, che determina l’assunzione di responsabilità, non solo, come in passato, riguardo alle malattie che comportano un pericolo immediato per la collettività, ma anche per l’igiene e la cura delle classi “povere”. Queste ultime, pur restando nella condizione di indigenza, dovevano, comunque, come osservava Giolitti in riferimento ai compiti degli

---

<sup>8</sup> R. FERRARA, *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, in R. Ferrara (a cura di), *Salute e Sanità*, Giuffrè, Milano, 2010, pp. 6 e 8-9.

<sup>9</sup> In Inghilterra all’inizio dell’Ottocento, William Farr introdusse, per la prima volta, un sistema di registrazione delle cause di morte su scala nazionale, indirizzando la scienza medica verso la raccolta e l’utilizzo, con finalità sociali e preventive, delle osservazioni sull’andamento delle malattie e delle cause di morte della popolazione. John Snow, considerato tra i pionieri nel campo dell’[anestesia](#), dell’[igiene](#) in medicina e dell’[epidemiologia](#), osservando che l’incidenza del colera era maggiore nei quartieri di Londra che utilizzavano l’acqua del Tamigi, scarico fognario più importante della città, aveva individuato il vettore dell’infezione, la cui importanza era massima nell’attività di prevenzione ( trent’anni dopo, il medico [tedesco Robert Koch](#) sarebbe arrivato alla individuazione del vibrione colerico).

<sup>10</sup> In proposito si può far cenno all’esperienza milanese di Gaetano Pini e del figlio Paolo che promosse l’idea di un partito dei medici per conseguire quelle riforme estranee ai programmi della classe politica del tempo (all’epoca, al Comune di Milano, metà dei consiglieri socialisti erano medici). Ancora, a Roma, Guido Baccelli, medico e politico, fondatore del policlinico Umberto I, affermava che la principale forza dei popoli si basava sulla sanità. Particolarmente significativo è il fatto che, in quel periodo, la lotta per la salute era percepita come lotta contro lo sfruttamento.

ufficiali sanitari, “essere sane e tranquille”<sup>11</sup>. Si viene così a parlare dell’esigenza di tutelare la salute, ma solo in stretta correlazione con interessi sovraordinati, come l’ordine pubblico e la capacità produttiva, in sostanza una tutela subordinata in un’ottica meramente strumentale<sup>12</sup>.

Agli inizi del XX secolo, quella prima forma di previdenza sociale, che aveva dato luogo ad un sistema di “mutue di categoria”, vasto e articolato, che doveva garantire il singolo (e la sua famiglia) contro il rischio di malattie e di invalidità, entra in crisi, anche perché lo sviluppo di questo primitivo sistema di assistenza sanitaria non va di pari passo con la preparazione e la competenza di coloro ai quali ne è affidata la gestione delle mutue stesse. Al governo giolittiano, che comunque vedeva con sospetto la capacità aggregante della mutualità volontaria, riesce agevole, così, trasformare le mutue in strumenti controllati dall’esecutivo, inseriti in un sistema burocratico ed, in sostanza, a bloccarne l’evoluzione, che forse, ragionando a posteriori, avrebbe potuto condurre verso un modello bismarckiano di assistenza sanitaria<sup>13</sup>. Con l’avvento dello Stato fascista la situazione delle mutue si sviluppa con connotati negativi: la sanità si lega al tema del consenso nei confronti del regime, che, parallelamente, attua un controllo sociale sulle categorie dei lavoratori, favorendo l’aggregazione corporativa nelle assicurazioni sociali. La direzione delle nuove mutue nazionali viene affidata a soggetti legati al regime; ai lavoratori viene imposto un prelievo diretto sulla retribuzione, versato all’Inps, ma destinato ad imprese speculative, belliche e coloniali, come anche alla copertura del debito pubblico. Rispetto al periodo giolittiano, l’organizzazione amministrativa della sanità viene ulteriormente improntata ad un modello gerarchico: al vertice il Ministero dell’Interno, a livello locale i Prefetti ed i Podestà<sup>14</sup>.

Con la fine del periodo fascista, negli anni della transizione al nuovo regime democratico, il problema del rinnovamento e della nuova organizzazione della sanità viene preso in carico, insieme agli innumerevoli problemi che aveva comportato la guerra di Liberazione, prima dalle Repubbliche partigiane e poi dal Comitato di liberazione nazionale. L’ideale era la tutela della salute per tutti ed in particolare per le categorie più deboli: l’infanzia, i feriti ed i mutilati. È in questo periodo che prende l’avvio, in altra

---

<sup>11</sup> Cit. da A. CHERUBINI, *Medicina e lotte sociali (1900-1920)*, Il pensiero scientifico, Roma, 1980, p.159. Tale compito veniva affidato ai Comuni, singoli o associati, che come enti locali territoriali potevano risultare più facilitati nel compito della cura (attraverso il sistema delle condotte mediche) e nell’attività di controllo sociale. All’amministrazione centrale rimaneva gran parte delle competenze in materia igienica e sanitaria (alla figura del Prefetto corrispondeva l’autorità sanitaria periferica dello Stato).

<sup>12</sup> R. BALDUZZI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, cit. p. 20.

<sup>13</sup> L’organizzazione sanitaria disegnata dal Cancelliere Bismarck, nella Germania del 1883, si basava su un sistema di tipo assicurativo mutualistico. Le assicurazioni o casse malattia, finanziate con i contributi dei lavoratori e delle imprese, con aliquote stabilite dal legislatore e correlate non al rischio ma al reddito, costituiscono l’architettura di un sistema in antitesi con il modello Beveridge (*National Health Service*), il cui finanziamento è da ricondurre alle entrate tributarie e nel quale l’ente pubblico rappresenta il garante ed il gestore delle prestazioni sanitarie. Sui diversi modelli di organizzazione in sanità v. M. CRIVELLINI, M. GALLI, *Sanità e salute: due storie diverse, Parte II- I sistemi sanitari nei principali paesi industrializzati*, FrancoAngeli, Milano, 2016.

<sup>14</sup> C.A. RAGAZZI, *Organizzazione sanitaria in Italia*, Wassermann &C., Milano, 1934, p. 107.

direzione rispetto al sistema mutualistico, la modifica e l'evoluzione del sistema sanitario, unitamente al tema del decentramento della sanità.

Negli anni che seguono vengono enunciati i principi della nuova Costituzione e vengono avviati i processi di riforma; tuttavia, com'è noto, alla rottura dell'unità delle forze antifasciste riemerge l'operare nel segno della continuità: viene istituito il Ministero della sanità, che prevede la concentrazione in capo al medesimo di tutti i compiti in materia di salute pubblica, ma il sistema continua a presentare carenze assistenziali, inefficienza della medicina ambulatoriale e soprattutto domiciliare, con sistematico ricorso alla ospedalizzazione, anche in casi non necessari di ricovero, a causa delle diseguaglianze che caratterizzano le prestazioni erogate dai diversi enti mutualistici<sup>15</sup>

### **3. La Costituzione repubblicana e gli anni del *Welfare State***

L'origine dello Stato sociale, e dunque anche il riconoscimento del diritto fondamentale al benessere (la salute in senso lato), si può collegare, da una parte, ai riformatori liberal democratici del XIX secolo (ed alla politica bismarckiana)<sup>16</sup>, dall'altra, ai movimenti operai, alle lotte sindacali e della sinistra, che inducono a nuove proposte legislative. In Italia, il riconoscimento del diritto può essere associato, oltre ai soggetti appena ricordati, anche ai movimenti e partiti di ispirazione cattolica.

Nella Carta costituzionale, l'art. 32 contempla un diritto alla salute giuridicamente ed autonomamente rilevante. La disposizione, contestata dagli stessi giuristi in Assemblea costituente ed introdotta su forte pressione del gruppo parlamentare medico<sup>17</sup>, rappresenta l'inizio di un lungo cammino normativo e giurisprudenziale, complesso, anche distorto rispetto all'obiettivo prefissato, comunque ancora non concluso e oggi, forse, da indirizzare verso una profonda revisione.

---

<sup>15</sup> In mancanza di copertura assicurativa, gli iscritti evitavano di ricorrere ai servizi sanitari fino al momento dell'aggravamento della malattia, che rendeva necessario il ricorso alle prestazioni ospedaliere non più a carico del ricoverato.

<sup>16</sup> La Costituzione di Weimar ha rappresentato la prima introduzione, in una Carta costituzionale, dei diritti di ispirazione sociale in favore dei poveri, dei malati e della tutela della maternità. (art. 161 «Il Reich organizza con la congrua partecipazione degli assicurati, un unitario sistema assicurativo allo scopo di tutelare la salute e la capacità di lavoro, di proteggere la maternità e di prevenire le conseguenze economiche della vecchiaia, delle malattie e degli incidenti della vita»). In effetti, la disciplina rappresenta la costituzionalizzazione di norme legislative adottate in altri ordinamenti, con l'obiettivo di contenere il malessere sociale piuttosto che riconoscere veri e propri diritti (si pensi ad es. alla politica di Crispi e Giolitti in riferimento alla tutela della salute intesa come mezzo per mantenere l'ordine pubblico).

<sup>17</sup> Così Vittorio Emanuele Orlando, nella seduta del 23 aprile 1947, manifestava estremo scetticismo nei confronti del Titolo II della Costituzione, ed in particolare non giustificava l'inserimento di un'assistenza «illimitata, completa, piena» agli ammalati. Ugualmente, Francesco Saverio Nitti usò parole sferzanti nei confronti di quelle forze, maggioritarie in Assemblea, che «con ottimismo inconsiderato» assumevano impegni con la certezza di non poterli mantenere, firmando cambiali a vuoto emesse in nome della Repubblica: R. BALDUZZI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., p. 21.

A ciò va aggiunto, negli anni successivi all'entrata in vigore della Costituzione, l'implementazione, sia a livello internazionale che a livello comunitario, di ulteriori norme e principi di nuova e ampia portata<sup>18</sup>. Un diritto variegato e complesso, in continuo aggiornamento interpretativo in relazione ai bisogni ed alle aspettative della società, con un indubbio stretto collegamento al tema della tutela ambientale come necessario presupposto della salute collettiva<sup>19</sup>.

Con riferimento al contesto italiano, la situazione non ha mutamenti di rilievo fino agli anni Settanta. Da un lato le strutture ospedaliere risultano ancora costituite da "enti morali", gestiti localmente, e affiancati da un numero minore di cliniche private, il cui accesso è condizionato dalla disponibilità di un reddito quantomeno discreto. A fianco, il sistema assicurativo comprende enti mutualistici quali l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (Inam), l'Istituto nazionale per l'assistenza ai dipendenti degli enti locali (Inadel), l'Ente nazionale per la previdenza e l'assistenza agli statali (Enpas) e mutue private di carattere corporativo, come, ad esempio, quelle dei commercianti e degli artigiani. Le prestazioni vengono retribuite nell'ambito di una fitta rete di convenzioni stipulate con le strutture sanitarie.

Dunque, mentre la scuola, dopo l'unità d'Italia era stata "statalizzata", la sanità, nonostante l'art. 32 Cost., continuava ad essere gestita in una sorta di regime ibrido, di tipo mutualistico-assicurativo, in cui gli enti mutualistici, di derivazione post-unitaria<sup>20</sup>, costituivano i centri di gestione delle risorse finanziarie che andavano a remunerare le prestazioni erogate dagli ambulatori medici o dalle strutture ospedaliere. Di tutta evidenza risultava essere un alto grado di insoddisfazione, un deficit delle risorse economiche e non poche difficoltà di carattere gestionale.

---

<sup>18</sup> Tra i non pochi riferimenti che potrebbero farsi, già sul finire del secolo scorso l'OMS e l'ONU, adottando la Carta di Ottawa nel 1986 sulla promozione della salute e l'Agenda 21 nel 1992 sullo sviluppo sostenibile, vengono ad offrire un quadro di referenze di carattere internazionale ed a porre le basi per una visione globale della salute. In particolare la Carta di Ottawa, definendo la promozione della salute come «il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla», la intende come un processo fisico, psichico e sociale che viene a permettere al singolo di adattarsi al proprio ambiente di vita e di realizzare i propri progetti; non si tratta più di salute come mancanza di malattia, ma di ricerca di fattori che contribuiscono a migliorare la salute medesima. Ciò comporta un saldo radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie, la possibilità di compiere scelte adeguate. In sostanza, la salute stessa risulta essere un bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale, e concreta un aspetto fondamentale della qualità della vita; i fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorirla così come possono lederla. Parallelamente l'Agenda 21 risulta un ampio ed articolato "programma di azione", scaturito dalla Conferenza ONU su Ambiente e Sviluppo di Rio de Janeiro nel 1992, una sorta di manuale per lo sviluppo sostenibile del pianeta. Sull'incidenza dell'ordinamento comunitario riguardo all'organizzazione dei servizi e all'evoluzione delle politiche sanitarie degli Stati membri v. A. PIOGGIA, S. CIVITARESE MATTEUCCI, G.M. RACCA, M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Maggioli, Rimini, 2011, p. 62 ss.

<sup>19</sup> Su salute come pretesa ad un ambiente salubre in giurisprudenza v., tra le prime pronunce, Cass. Sez. Un. 6 ottobre 1979, n. 5172

<sup>20</sup> Sul fenomeno della nascita mutualità in Italia, v. R. BALDUZZI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., pp.16 ss.

Nel 1968, con la c.d. legge Mariotti<sup>21</sup>, veniva avviata la c.d. riforma ospedaliera che, sebbene non operasse alcun riferimento all'art. 32 Cost., pur tuttavia veniva ad incidere notevolmente sull'assistenza fornita dai nosocomi, attribuendo ad essi natura giuridica pubblicistica. Per il resto, la legge presentava le caratteristiche di una disciplina di carattere esclusivamente organizzativo in ordine alla costituzione, riconoscimento e classificazione degli ospedali.

È da notare che lo sviluppo dello Stato sociale di quegli anni veniva ad assumere caratteristiche particolari, in difformità da quanto si stava realizzando nell'Europa settentrionale. Vale a dire, sull'investimento pubblico per servizi diffusi, gratuiti e funzionali, prevaleva l'assorbimento delle risorse da parte del sistema previdenziale ed il trasferimento del denaro pubblico alle famiglie per compensare le carenze delle amministrazioni (così, ad esempio, l'aumento delle pensioni di invalidità aveva acquistato un connotato politico, di certo estraneo alla funzione della sicurezza sociale).

Sul finire degli anni Settanta due fenomeni vengono in rilievo e si influenzano reciprocamente: la nascente organizzazione regionale ed il superamento del sistema mutualistico. In questo contesto, e sotto l'influenza del *National Health System (NHS)* britannico, nella prospettiva di attuazione del *Welfare State*, la legge n. 833/1978, istituiva il SSN, definito, all'art.1 c.3, come « il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed 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». Considerato, però, che le riforme acquistano validità ed efficienza se inserite su una base socio-culturale preparata a riceverle, il nuovo Servizio sanitario nazionale, pur fondato su sacrosanti principi di carattere universale, non sembra essere stato collocato su un terreno solido, garanzia per un positivo futuro sviluppo.

#### 4. Il passaggio al SSN

Il nuovo sistema “ multilevello”, la cui attuazione era demandata allo Stato, alle Regioni ed agli Enti locali, vedeva l'innovazione più di rilievo nelle Unità Sanitarie Locali (USL), i cui organi gestionali e direttivi costituivano espressione degli organi politico rappresentativi degli Enti locali; in sostanza la gestione delle Unità Sanitarie Locali e degli ospedali veniva affidata a personale di provenienza politica in veste di rappresentante dello Stato e tutore della salute pubblica<sup>22</sup>.

Nonostante il sistema avesse avuto il merito di elevare l'aspettativa di vita e di eliminare le disparità di accesso alle prestazioni sanitarie, superando le diseguaglianze sociali, la riforma presentava una crescita

---

<sup>21</sup> Legge n. 132/1968, nota come legge Mariotti.

<sup>22</sup> Sulla struttura e sull'evoluzione della disciplina del SSN, v. R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit.; E. JORIO, *Diritto della sanità e dell'assistenza sociale*, Maggioli, Rimini, p. 2013; per alcune riflessioni in tema di diritto alla salute D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2015.





esponentiale della spesa globale, unitamente ad un intreccio di competenze tra i diversi livelli di governo, un'«eccesiva moltiplicazione dei centri di autonomia»<sup>23</sup>.

Sul finire degli anni Ottanta il sistema previsto dalla legge del 1978 raggiungeva il culmine di una crisi le cui maggiori critiche si appuntavano sull'assetto gestionale delle USL. In particolare, era proprio la gestione del sistema sanitario da parte di esponenti della classe politica, che portava gli stessi a rispondere ai partiti di riferimento, piuttosto che a soddisfare le esigenze degli utenti; la loro irresponsabilità sul piano economico aveva incentivato un uso elettorale della sanità, i cui debiti contratti sarebbero comunque stati saldati dall'ente pubblico.

È così che, in Italia, la crisi del *Welfare State* evidenzia, in quegli anni, ed in un crescendo sempre più marcato, i suoi limiti: un assistenzialismo molto esteso ma assai poco qualificato, come anche un decentramento carente di linee guida di carattere unitario. In sostanza, le conquiste sociali degli anni sessanta non avevano raggiunto l'obiettivo sperato, e la riforma sanitaria del 1978 aveva finito per accentuare il divario tra il centro-nord e la parte meridionale del Paese, un divario che condurrà, negli anni a venire, ad accrescere la diversità tra un'area meridionale in via di diseguale sviluppo ed un'area del centro-nord sviluppata nell'ambito dell'Unione Europea<sup>24</sup>.

In particolare, il decentramento aveva realizzato un effetto distorto, vale a dire aveva aggiunto, e non sostituito, al potere centrale, nuovi poteri locali, moltiplicando, e non razionalizzando, le istituzioni. Inoltre, la gestione dei servizi, come già ricordato, era stata sottratta alle competenze dei tecnici e lasciata, in un'ottica di continuità, alla gestione dei partiti. Se questo modo di essere non ostacolava (ma solo in presenza di risorse disponibili) l'esistenza dello Stato sociale, lo aveva però pregiudicato sotto l'aspetto qualitativo, alimentando l'insoddisfazione per lo stato dei servizi, e da ultimo, rischiando di travolgere la realizzazione di quel diritto inserito, non senza difficoltà, resistenza ed anche diffidenza, nel testo costituzionale.

Matura, dunque, progressivamente, la riflessione sulla necessità di una riforma sulla riorganizzazione del SSN, in particolare proprio in riferimento all'assetto gestionale delle USL. Nel 1991, queste vengono poste dapprima in gestione transitoria<sup>25</sup> e poi, con i decreti legislativi<sup>26</sup>, attuativi della legge delega del

---

<sup>23</sup> Corte cost., sent. n. 245/1984.

<sup>24</sup> Intervento del Governatore della Banca d'Italia Ignazio Visco su Crescita, finanza e sostenibilità: prospettive e sfide per l'economia italiana, Festival dell'Economia 2020, Trento 28 settembre 2020.

<sup>25</sup> D.l. n. 35/1991 convertito nella legge n. 111/1991.

<sup>26</sup> D.lgs. n. 502/1992 e n. 517/1993,

1992<sup>27</sup> (c.d. riforma sanitaria *bis*), trasformate in aziende pubbliche (ASL), il cui obiettivo è rappresentato, in particolare, dalla maggior responsabilizzazione della dirigenza sanitaria<sup>28</sup>.

La travagliata vicenda di riordino prosegue, alcuni anni dopo, con il decreto legislativo del 1999 (riforma sanitaria *ter*), attuativo della legge delega dell'anno precedente<sup>29</sup>, che, in linea con il progressivo iter di decentramento amministrativo<sup>30</sup>, mira a rafforzare il ruolo e l'autonomia delle regioni in ambito sanitario<sup>31</sup>.

Questa tendenza alla regionalizzazione trova un referente normativo nella successiva riforma costituzionale del 2001<sup>32</sup>, la quale viene ad offrire una copertura costituzionale a tale processo, facendo rientrare, nell'ambito della legislazione regionale concorrente, la “tutela della salute” (art. 117 c.3), formula certamente più ampia dell'originaria “assistenza sanitaria ed ospedaliera”. Alle Regioni è dato, dunque, di definire le linee della politica sanitaria, sia pure nel rispetto dei principi enunciati dalle leggi cornice; alla competenza esclusiva dello Stato rimane affidata la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali (LEP) che, in ambito sanitario, trovano traduzione in quelli che vengono definiti livelli essenziali di assistenza (LEA)<sup>33</sup>.

Si può senz'altro riconoscere che la scelta di recepire, nel nostro ordinamento, il modello sanitario inglese del secondo dopoguerra avesse inteso rappresentare, formalmente, una rottura con il passato, una sperimentazione di forme organizzative nuove come reazione a precedenti insufficienze<sup>34</sup>, una nuova

---

<sup>27</sup> Legge delega n. 421/1992

<sup>28</sup> La riforma *bis* prevede inoltre: la definizione di livelli di assistenza uniforme su tutto il territorio nazionale; l'attribuzione di maggiori responsabilità gestionali alle Regioni; un nuovo modello di finanziamento sia a livello di spesa complessiva per cui gli obiettivi sono determinati in funzione delle risorse disponibili, sia a livello delle singole strutture finanziate secondo la logica di mercato della remunerazione a tariffa ovvero in base alle prestazioni effettivamente erogate; la competitività secondo le classiche regole di mercato fra pubblico e privato, finalizzata a garantire il miglioramento qualitativo delle prestazioni offerte e la libertà di scelta da parte del privato in riferimento alle strutture eroganti i servizi.

<sup>29</sup> D.lgs. n. 229/1999 in attuazione della legge delega n. 419/1998.

<sup>30</sup> Si fa riferimento al riassetto delle funzioni amministrative operato dalla c.d. legge Bassanini (l. n. 59/1997) e dai successivi decreti delegati

<sup>31</sup> Gli aspetti salienti della c.d. riforma sanitaria *ter* possono evidenziarsi, oltre che nella valorizzazione del ruolo delle Regioni, nell'articolazione in Distretti delle ASL, nell'integrazione sociosanitaria, nell'accreditamento istituzionale in riferimento a strutture pubbliche o private che abbiano ottenuto una sorta di attestazione di qualità da parte delle Regioni, nella riforma della dirigenza sanitaria e nella formazione continua (aggiornamento professionale e formazione permanente) quale condizione necessaria per poter continuare a svolgere l'attività professionale (sia come dipendente che come libero professionista).

<sup>32</sup> Legge cost. n. 3/2001 che, come è stato osservato «canonizza il tendenziale passaggio verso un *Welfare* devoluto, caratterizzato dalla dismissione dell'esclusivo ruolo pubblico della sanità e dal maggiore coinvolgimento degli enti locali»: E. Jorio, *Diritto sanitario*, Milano, 2006, 127

<sup>33</sup> E. JORIO, *Diritto della sanità e dell'assistenza sociale*, cit., p. 39.

<sup>34</sup> Le modifiche delle strutture sanitarie ed i diversi atteggiamenti e concezioni nei confronti del malato, se guardiamo al corso della storia, spesso costituiscono delle vere e proprie “rivoluzioni copernicane” in grado di modificare radicalmente la situazione di fatto e le credenze esistenti. Si pensi alla cesura rappresentata dalla scuola ippocratica: prima la malattia e la vita stessa dell'uomo era collegata alla religione ed al soprannaturale; con Ippocrate la malattia diventa un fenomeno conoscibile, a volte curabile, ed anche possibile oggetto di prevenzione. La rottura è rappresentata dalla nuova concezione “laica” della malattia, con conseguente distacco della figura del medico da quella del sacerdote (così l'epilessia, definito il male sacro per la sua comparsa improvvisa e drammatica, veniva attribuita alla volontà divina; da Ippocrate rappresenta invece un fenomeno naturale, dunque né una punizione e neppure al contrario una gratificazione del divino). Si può ricordare, in prosieguo di

organizzazione, insomma, indirizzata a garantire quelle prestazioni dello Stato sociale a tutti accessibili. Ma la nuova organizzazione, come si è detto, mostrò da subito aspetti di indubbia criticità.

Così un'alternativa alle carenze dell'assistenza sanitaria viene individuata, già a partire dalla fine del secolo scorso, nel potenziamento del c.d. secondo pilastro, la possibilità, cioè, di attingere alle risorse dei “terzi paganti”. Sinteticamente, oggi, si potrebbe rappresentare il nostro sistema come suddiviso, appunto, in tre pilastri: un primo pilastro rappresentato dal SSN retto dal principio della universalità e globalità delle cure necessarie, gestito dallo Stato e dalle Regioni; un secondo pilastro, la c.d. sanità integrativa, retto da una normativa stratificatasi negli anni e che ha permesso alla sanità integrativa di diventare sempre più “sostitutiva”; infine, la sanità privata, il terzo pilastro, gestito dalla compagnie assicurative, vale a dire s.p.a. che hanno come scopo la remunerazione dei propri azionisti e che, pertanto, non consentono agli assicurati le agevolazioni fiscali previste per gli enti di sanità integrativa, (settore questo privo di un'apposita normativa e disciplinato, invece, dal Testo Unico sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo<sup>35</sup>).

Tralasciando il terzo pilastro, che pur pone problemi di tutela della salute del soggetto assicurato (notevoli essendo le differenze dalle casse mutua e imprese assicuratrici dei sistemi collegati al modello bismarckiano)<sup>36</sup>, merita formulare qualche rilievo sul secondo pilastro, che fa riferimento alla c.d. sanità integrativa. Al riguardo, si tratta di enti qualificati “senza scopo di lucro”, gli unici, nel settore sanitario, che consentono ai loro associati di usufruire delle agevolazioni fiscali disposte dal Testo Unico delle

---

tempo, l'impatto della concezione cristiana che, ribaltando l'idea della malattia come castigo individuale o collettivo, propria del Vecchio Testamento, collega il principio di solidarietà e uguaglianza all'assistenza dei malati. E questa concezione della malattia e dell'assistenza (assistenza ai malati come dovere della religione) è stata indicata come una dei motivi del prevalere della religione cristiana sul paganesimo: in tempo di epidemie con alta mortalità, non rifuggire i malati e non abbandonarli, fornendo loro un'assistenza anche minima di cibo e di acqua, rafforzava le comunità cristiane gettando discredito sui pagani che abbandonavano i malati o li emarginavano (W.H. McNeil, *La peste nella storia*, Torino, 1981, 109). Nel periodo dei liberi Comuni, si ampliarono le conoscenze scientifiche, che invece il Cristianesimo aveva ostacolato, e appaiono le prime misure di sanità pubblica rivolte a limitare e circoscrivere le epidemie. È anche questa una riforma in ambito sanitario, collegata ai mutamenti intervenuti nell'economia e in ambito sociale. Nel secolo XIX nascono i movimenti dei lavoratori diretti a promuovere la prima la mutualità volontaria e poi le prime assicurazioni sociali. È questo il periodo storico in cui si manifestano tendenze alla socializzazione dei progressi della medicina ed alla trasformazione delle istituzioni e delle professioni, ci si collega per la prima volta a riforme in campo sociale che accomunano ordinamenti giuridici differenti ma con eguale sviluppo economico. Infine, nella prima metà del XX secolo, con l'emergere dei limiti di questo modello, come la separazione tra tutela dei lavoratori e tutela della popolazione, affidata in genere a strutture diverse, o ancora la necessità di passare dal risarcimento del danno in termini monetari o terapeutici all'idea di prevenzione, cura e riabilitazione, si manifesta l'esigenza di un modello differente, come sarà in Inghilterra il *National Health Service* ed in Italia il Servizio sanitario nazionale.

<sup>35</sup> Decreto legislativo n. 209 del 7 settembre 2005, che disciplina in ordine sistematico le norme vigenti in materia adeguandole agli indirizzi europei ed introduce le partecipazioni di capitale nelle società di assicurazione e riassicurazione, sul modello di quanto realizzato dal testo unico bancario. Tale disciplina non è finalizzata (come nei Paesi con modello bismarckiano) alla tutela della salute con il sistema assicurativo, ma ha carattere generale per tutto il settore assicurativo imprenditoriale, come appunto quello di indennizzo diretto nella responsabilità civile autoveicoli (RCA).

<sup>36</sup> Così, tra gli altri, la Germania, la Confederazione elvetica, la Francia. Per una descrizione dei diversi sistemi sanitari cfr. M. CRIVELLINI, M. GALLI, *Sanità e salute: due storie diverse, Parte II- I sistemi sanitari nei principali paesi industrializzati*, cit., pp. 221 ss.

imposte sui redditi<sup>37</sup>. Proprio su tale peculiare configurazione, che incrementa fino a quattro miliardi di euro le agevolazioni fiscali per la sanità integrativa ed il *welfare* aziendale<sup>38</sup>, ed in presenza dell'art. 14 del d.l. del 2019 (c.d. decreto crescita)<sup>39</sup>, relativo agli Enti associativi assistenziali, che riconosce ai Fondi integrativi sanitari la natura “non commerciale”, si potrebbe nutrire una certa preoccupazione per “la tenuta” del SSN<sup>40</sup>. Nell'evidenza di una situazione di crisi economica, che ha condotto ad un servizio sanitario defianziato, con carenze di strutture e di personale, risulta difficilmente giustificabile un utilizzo delle risorse pubbliche per servizi che non siano realmente essenziali, ma, anzi, forieri di disuguaglianze tra la popolazione; risorse economiche che meglio, forse, potrebbero essere riconvertite a favore dello stesso SSN, la cui carenza di personale sanitario ha concretato non poche criticità<sup>41</sup>.

Ultimo aspetto di distorsione del sistema, che si affianca alla disciplina fiscale sopra indicata, è il fatto che il 60% delle prestazioni, coperte dal secondo pilastro, non risultano affatto integrative, ma piuttosto “sostitutive” di quelle già incluse nei LEA<sup>42</sup>. Non sembra dunque azzardato, anche a fronte dell'estrema frammentazione della normativa, in questo momento di necessario riordino del sistema, dovuto in massima parte al particolare momento di emergenza, sottolineare la necessità di un Testo Unico per la sanità integrativa, che esplicitamente chiarisca la natura integrativa (e non sostitutiva) del settore stesso. Solo in tal modo sembrerebbe possibile evitare un finanziamento indiretto – attraverso la defiscalizzazione di servizi e prestazioni inappropriate – e tutelare il potenziale paziente (ed è questo l'aspetto che più rileva trattandosi di diritto alla salute) da un lento e progressivo slittamento verso un'ottica consumistica e di privatizzazione<sup>43</sup>, ben lungi dal spirito informatore della riforma del 1978.

---

<sup>37</sup> DPR n. 9177/1986. Si tratta di Fondi sanitari (art. 9 d.lgs n. 502/1992, come modificato dall'art. 9 d.lg. n. 229/2008, la cui applicazione rinvia al successivo D.M. 27 ottobre 2009), di Società Generali di Mutuo Soccorso (la cui disciplina risale alla legge n. 3818/1886 ed alla successiva modifica dell'art.23 d.l. n. 179/2012 coordinato con la legge di conversione n. 221/2012) e di Casse di Assistenza sanitaria (art. 1 D.M. 31 marzo 2008).

<sup>38</sup> Stime pubblicate il 25 giugno 2020 dalla Fondazione GIMBE (Gruppo Italiano per la Medicina Fondata sulle Evidenze)

<sup>39</sup> D.l. n. 34/2019, convertito nella legge n. 58 dello stesso anno, recante “Misure urgenti di crescita economica e per la risoluzione di specifiche situazioni di crisi” (c.d. decreto crescita)

<sup>40</sup> Così F.ANELLI, Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo), 26 giugno 2019, [www.quotidianoanita.it](http://www.quotidianoanita.it).

<sup>41</sup> Si pensi, ad esempio, all'incremento delle lunghe “liste d'attesa” per l'accesso alle cure ed ai servizi sanitari.

<sup>42</sup> Nell'ordinamento spagnolo, che, similmente a quello italiano, prevede un *Sistema Nacional de Salud* (SNC), le assicurazioni private non sono particolarmente diffuse, riguardano il 13% circa della popolazione ed offrono forme di copertura integrativa; in Francia, l'organizzazione sanitaria, strutturata in un sistema assicurativo obbligatorio a copertura universale sul modello bismarckiano, comprende, per il singolo, la libertà di disporre di un'ulteriore assicurazione privata, ma sempre e solo con carattere integrativo; in Germania, primo Paese a dotarsi di un'organizzazione sanitaria nazionale con l'istituzione, nel 1883, dell'assicurazione malattia proposta dal Cancelliere Bismarck, le assicurazioni private presentano carattere integrativo, tranne per coloro che scelgono di uscire dal sistema obbligatorio (casi limitati ed esplicitamente previsti dalla disciplina legislativa); in modo analogo si può ancora parlare in riferimento al sistema sanitario elvetico ed al *National Health Service* inglese, nel cui ambito, le assicurazioni private, a cui ricorre solo il 12% della popolazione, ricoprono comunque carattere integrativo in riferimento a quei servizi non coperti dal NHS (come ad es. i servizi dentistici ed oculistici).

<sup>43</sup> N. CARTABELLOTTA, *Secondo pilastro: salvataggio o naufragio del Servizio sanitario nazionale?*, in *Il Sole 24 ore*, [www.sanita24.ilsole24ore.com](http://www.sanita24.ilsole24ore.com), 27 aprile 2020; M. CAMPEDELLI, *La governance dei fondi sanitari integrativi: Un ruolo per le Regioni?*, Franco Angeli, Milano, 2018.

Si potrebbe dire, a posteriori, che la recezione e il successivo adattamento normativo del modello del NHS nell'ordinamento italiano non sia riuscito a realizzare appieno quelle situazioni che il legislatore del 1978 aveva considerato connaturali al *Welfare State*, in particolare l'attuazione dell'uguaglianza sostanziale. E' indubitabile che la disparità dei livelli di tutela della salute tra gli individui risulta essere «una delle più dolorose disparità, una delle più dolorose ineguaglianze che vi sono tra i cittadini italiani», come rilevato già da Camangi in Assemblea costituente<sup>44</sup>.

E con riguardo alla tutela della salute ed all'organizzazione delle cure, il tema di maggior rilievo sembra ancora rivolto alla sostenibilità del sistema sanitario, nella considerazione che spesso le soluzioni adottate sono state ricercare in semplicistici “tagli alla spesa” e non piuttosto in nuovi modelli di *welfare*, che tengano conto, non solo delle recenti conquiste della scienza medica in ambito terapeutico, ma anche, e soprattutto, dell'attività di prevenzione e di coinvolgimento di tutti i livelli di governo, così come evidenzia l'incipit dell'art. 32 Cost.

La riflessione può risultare più marcata se si volge lo sguardo ai “nostri vicini”, quegli ordinamenti, cioè, dove non esiste un sistema sanitario nazionale, ma, in un *continuum* storico, si vede coniugato il modello assicurativo di matrice bismarckiana con il riconoscimento del diritto sociale della tutela della salute, nel rispetto dei principi solidaristico ed egualitario ( Germania, Francia)<sup>45</sup>, fino a soluzioni di convivenza della tradizione di liberismo economico con i principi dello Stato sociale (Svizzera)<sup>46</sup>.

## **5. La crisi delle risorse nella situazione di emergenza: il diritto alla cura ed i criteri di scelta per l'accesso alla cura**

La situazione di emergenza, iniziata all'inizio dello scorso anno, e legata alla diffusione del virus Sars-Cov-2, ha posto in evidenza la necessità di una generale riflessione sull'organizzazione dei sistemi sanitari. È vero che nella storia umana le catastrofi naturali risultano essere una presenza costante, ne accompagnano lo svolgimento, condizionandone anche l'evoluzione. Si potrebbe sostenere che la loro influenza possa apparire paragonabile a quella attribuita ad eventi bellici e politici di rilievo, come la Rivoluzione francese, il periodo napoleonico, gli ultimi due conflitti mondiali. Così è stato, ad esempio, per la diffusione della Peste Nera in Europa ( 1347 -1352), che provocò una vera e propria crisi demografica con più di 30 milioni le vittime, ridisegnando la geografia sociale ed economica del Vecchio

---

<sup>44</sup> L. CAMANGI, Assemblea costituente, Seduta di giovedì 27 aprile 1947, p. 3299.

<sup>45</sup> Sul sistema tedesco, riconducibile al modello dell'assicurazione sociale di malattia (ASM), nel quale le casse, piuttosto che al profitto, risultano orientate al perseguimento di obiettivi di politica sociale attraverso un'efficiente gestione delle risorse, ed in riferimento al sistema francese, sempre riconducibile al modello della ASM, nel quale la fissazione delle aliquote non rientra nell'autonomia delle casse, ma risulta uniformemente fissata dal governo, v. A. PIOGGIA, S. CIVITARESE MATTEUCCI, G.M. RACCA, M. DUGATO ( a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, cit, p. 28 ss.

<sup>46</sup> P. MACCHIA, *Il diritto alla salute nella Confederazione elvetica. Primi spunti per una riflessione*, in DPCE, n. 2/2014, pp. 662 ss.

Continente; per il terremoto di Lisbona del 1755, uno dei peggiori eventi sismici della storia; così ancora per il terremoto di Messina del 1908, che falciò metà della popolazione della città siciliana e un terzo di quella della di Reggio Calabria; infine, in tempi a noi più vicini, per il terremoto e maremoto dell'Oceano Indiano del 2004, causa di centinaia di migliaia di morti.

Venendo all'attuale crisi pandemica, che, per la tragicità dell'evento non trova riscontro nel breve periodo e che ha coinvolto gli ordinamenti di tutto il pianeta., sembra possibile ricercarne un precedente nelle tre pandemie influenzali del XX secolo, identificate comunemente, in base alla presunta area di origine, come influenza spagnola del 1918/19<sup>47</sup>, influenza asiatica del 1957/58<sup>48</sup> e influenza Hong Kong del 1968<sup>49</sup>, A differenza delle precedenti, tuttavia, la crisi sanitaria attuale è probabilmente la prima "crisi globale" contemporanea, la prima crisi che viene a coinvolgere l'assetto socio-economico mondiale nel suo nuovo connotato, la globalizzazione, ed il cui impatto e le cui conseguenze, come quella di una sua "frammentazione", appaiono per ora solo ipotizzabili. La stessa *governance* della pandemia si è trovata ad affrontare situazioni anomale ed inimmaginabili negli anni passati, come ad esempio, la previsione normativa di misure di distanziamento sociale, la geolocalizzazione sanitaria e l'imposizione di limiti alle libertà fondamentali.

Non ci si soffermerà in questa sede sull'ampio dibattito, che ha coinvolto il mondo accademico e l'opinione pubblica, sorto in riferimento alle misure adottate ed alle fonti che le hanno predisposte, ma piuttosto, e senza presunzione di esaustività, si vuole volgere l'attenzione sui sistemi sanitari, sulla loro capacità di prevenzione e cura, sulla potenzialità di intercettare sul nascere stati di alterazione della salute, contemperando le esigenze individuali con quelle dell'intera popolazione, nella logica di quel rapporto di solidarietà tra individuo e collettività, così come riaffermato dell'art. 32 dal c.1 Cost.

Sembra opportuno ricordare che la nostra Costituzione non disciplina, a differenza di altre<sup>50</sup>, situazioni di emergenza, eccezion fatta per lo stato di guerra (art. 78), per i casi straordinari di necessità e d'urgenza

---

<sup>47</sup> Si stima che un terzo della popolazione mondiale sia stato colpito dall'infezione durante la pandemia del 1918–1919; la malattia, eccezionalmente grave, risultò avere una letalità maggiore del 2,5% e provocò circa 50 milioni di decessi.

<sup>48</sup> Il virus dell'Asiatica, che, in contrasto a quanto osservato nel 1918, provocò la morte soprattutto delle persone affette da malattie croniche, scomparve dopo 11 anni, soppiantato dal sottotipo influenzale proveniente dal Sud Est Asiatico.

<sup>49</sup> In Europa l'epidemia, nel 1968–1969, non si associò ad elevati tassi di mortalità ed in Italia si contarono circa 20.000 decessi.

<sup>50</sup> Ad es. la Costituzione francese prevede all'articolo 16 che «Quando le istituzioni della Repubblica, l'indipendenza della nazione, l'integrità del territorio o l'esecuzione degli impegni internazionali sono minacciati in maniera grave ed immediata e il regolare funzionamento dei poteri pubblici costituzionali è interrotto, il Presidente della Repubblica adotta le misure richieste dalle circostanze dopo aver ufficialmente consultato il Primo ministro, i Presidenti delle assemblee ed il Presidente del Consiglio costituzionale»; così anche la Cost. di Spagna che prevede forme di restrizione o di sospensione dei diritti fondamentali nel caso di stato di allarme, stato di eccezione e stato di assedio (artt. 116 Cost: «1. Una legge organica regolerà gli stati di allarme, di eccezione e di assedio, le competenze e le limitazioni corrispondenti.2. Lo stato di allarme sarà dichiarato dal Governo mediante decreto deliberato dal Consiglio dei Ministri, per un termine massimo di quindici giorni, riferendo al Congresso dei Deputati riunito immediatamente a tale scopo, senza la cui autorizzazione detto periodo non potrà essere prorogato...3. Lo stato di eccezione sarà dichiarato dal Governo mediante decreto deliberato dal Consiglio dei Ministri, previa autorizzazione del Congresso dei Deputati. L'autorizzazione e proclamazione dello stato di eccezione dovrà determinare

( art. 77) ed infine, nei rapporti Stato, Regioni e Autonomie locali è contemplato l'esercizio di poteri sostitutivi nel caso di pericolo grave per la sicurezza e l'incolumità pubblica, nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione secondo le procedure previste dalla legge ( art. 120, c. 2 e 3). Il testo costituzionale stabilisce ancora, in più disposizioni, che limitazioni alle libertà possano avvenire solo con la garanzia della "riserva di legge"; per la Costituzione, dunque, in caso di emergenza, il Parlamento e la legge dovrebbero conservare la loro centralità e primazia, restando il punto di tenuta del sistema<sup>51</sup>.

Nel periodo dell'emergenza sanitaria attuale, invece, ci si è trovati di fronte ad una situazione normativa e provvedimentale rapidamente divenuta caotica, anche per il sovrapporsi di misure statali, regionali e comunali<sup>52</sup>. In questo contesto, il Governo ha adottato, il 31 gennaio 2020, la dichiarazione dello stato di emergenza ai sensi dell'art. 24 del d.lgs. n.1/ 2018; e, successivamente, ha agito con la decretazione d'urgenza<sup>53</sup> per autorizzare il Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, sentiti i ministri e le altre autorità competenti, ad adottare (utilizzando lo strumento del DPCM, oggetto di non poche perplessità) le misure immediate ed idonee ad evitare la diffusione del Covid-19<sup>54</sup>.

E proprio su quest'ultimo aspetto, vale a dire sul rapporto tra il diritto fondamentale alla tutela della salute e altri diritti costituzionalmente garantiti, con particolare riferimento al principio di uguaglianza, si vorrebbe ora portare l'attenzione.

Riprendendo dall'osservazione dell'ultimo periodo, che ha preceduto la dichiarazione dello stato di "pandemia" da parte dell'OMS<sup>55</sup>, in ambito sanitario, la discussione si era focalizzata sul tema del rapporto medico-paziente, sull'evoluzione di questo rapporto nell'ottica di una maggiore valorizzazione del diritto di autodeterminazione del malato, sulla necessaria empatia tra colui che cura ed il soggetto che necessita delle cure. Poi, ad inizio anno, rapidamente, si diffonde il covid-19 e l'infezione dilaga in così breve tempo e così ampiamente da coinvolgere ogni area geografica del globo. Ed allora ci si accorge che la medicina non è affare solo del medico e del paziente, ma è inserita nella catena produttiva del Paese, e sulle scelte

---

espressamente gli effetti dello stesso, l'ambito territoriale cui si riferisce e la sua durata, che non potrà eccedere i trenta giorni, prorogabili per un altro periodo di uguale durata, con gli stessi requisiti. 4. Lo stato di assedio sarà dichiarato dalla maggioranza assoluta del Congresso dei Deputati, su proposta esclusiva del Governo...»).

<sup>51</sup> C. TRIPODINA, *La Costituzione al tempo del coronavirus*, in *Costituzionalismo.it*, n. 1/2020, p. 83.

<sup>52</sup> M. OLIVETTI, *Le misure di contenimento de Coronavirus fra Stato e Regioni*, 3 aprile 2020, [www.quotidianogiuridico.it](http://www.quotidianogiuridico.it).

<sup>53</sup> D.l.n.6/2020 convertito nella legge n. 13/ 2020 recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19.

<sup>54</sup>B. CARAVITA, *L'Italia ai tempi del coronavirus: rileggendo la Costituzione italiana*, in *Federalismi.it*, n. 6/2020. Sul punto molti sono stati i commenti dei costituzionalisti; solo per ricordarne alcuni: V. BALDINI, *Emergenza sanitaria e Stato di prevenzione*, in *Diritti fondamentali.it*, n. 1/2020; M. CAVINO, *Covid-19. Una prima lettura dei provvedimenti adottati dal Governo*, in *Federalismi.it*, 6/2020; F. CLEMENTI, *Proteggere la democrazia rappresentativa tramite il voto elettronico: problemi, esperienze e prospettive (anche nel tempo del coronavirus). Una prima introduzione*, in *Federalismi.it*, n. 6/2020; I. MASSA PINTO, *La tremendissima lezione del Covid-19 (anche) ai giuristi*, in *Questione giustizia*, 18 marzo 2020; M. OLIVETTI, *Le misure di contenimento de Coronavirus fra Stato e Regioni*, cit.

<sup>55</sup> L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato lo stato di emergenza globale il 30 gennaio 2020.

del medico influiscono anche altri soggetti, quali i produttori di beni, i finanziatori, gli amministratori. E se un tema centrale dei mesi che seguono è costituito dalle richieste di intervento rispetto all'assetto attuale del servizio sanitario, non sembra inverosimile supporre che le decisioni sulla “riforma post-covid” saranno condizionate, in gran parte, da necessità di carattere economico e da valutazioni di natura politica, e non solo da considerazioni direttamente collegate alla tutela della salute.

Per troppo tempo si è anche dimenticato che la promozione della salute prevede soprattutto una tutela ambientale, in quanto, gli interventi riparatori, oltre a comportare un maggior aggravio economico, non sempre possono riportare al ripristino dello *status quo ante*<sup>56</sup>. Così nel concetto di sanità pubblica sembrerebbe confluire, oltre all'intreccio delle competenze tra medicina clinica (che interviene con rimedi farmacologici o chirurgici dopo l'avvenuta alterazione di uno stato di normalità) e l'approccio igienistico (che mira alla promozione ed alla conservazione di quella condizione complessiva definita salute<sup>57</sup>), anche la valutazione dei rischi sostenibili nell'interesse collettivo.

Per meglio chiarire quest'ultima affermazione, è sufficiente osservare come l'emergenza sanitaria abbia reso non più differibili soluzioni sulle quali, prima, si poteva discettare considerandole solo astrattamente possibili, come la questione dei limiti delle risorse e delle conseguenti “scelte tragiche”. Così il tema dell'esclusione dalla possibilità di cura, già presente nel nostro sistema sanitario, ma con poca risonanza mediatica per la limitata necessità di applicazione, è stato drasticamente riproposto dal dilagare del contagio; e il dibattito che ne è scaturito ha coinvolto, su posizioni nettamente differenti, oltre alla dottrina giuridica e alla giurisprudenza di merito, l'intero settore sanitario, la bioetica, la stessa collettività sociale. In particolare, per le persone più vulnerabili al virus, la possibile esclusione è stata percepita come disumanità, cinismo, aperta violazione di quell'inciso “diritto dell'individuo e interesse della collettività” dell'art. 32 Cost.<sup>58</sup>.

In tal modo, quest'ultima “catastrofe naturale” ha riportato l'attenzione sul tema della solidarietà, dell'equità nella distribuzione delle risorse, sulla responsabilità riferita ai criteri di scelta, che non pare dover ricadere sui singoli operatori sanitari, ma necessitare, invece, di una condivisione collettiva. Ed ancora, se il diritto alla salute è fondamentale per l'individuo, ma è inoltre interesse della collettività, e nel

---

<sup>56</sup> Già nel *Corpus Hippocraticum*, nella parte relativa alle arie, le acque e i luoghi, si legge (in una visione che si può definire moderna) che l'ambiente esercita un influsso decisivo tanto sugli uomini sani che su quelli malati, ed è pertanto un elemento di cui il medico deve tener conto: Ippocrate, *Le arie, le acque, i luoghi*, libro I.

<sup>57</sup> Il ritorno alla centralità dell'approccio igienistico è stato promosso, nel secondo dopoguerra, dalla nota dichiarazione dell'OMS “completo stato di benessere fisico, psichico e sociale e non solo assenza di malattia” con la quale si ridà alla salute la dignità di variabile indipendente rispetto alla malattia, sottraendola al ruolo di pura funzione negativa di essa: F. CALAMO SPECCHIA (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, Maggioli, Rimini, 2015, pp. 23-24.

<sup>58</sup> Sull'art. 32 Cost. fra gli altri v. C. BOTTARI, *La tutela della salute: lavori in corso*, Giappichelli, Torino, 2020, pp. 10 ss.; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli, Torino, 2020, pp. 3 ss.; G. CILIONE, *Diritto sanitario*, Maggioli, Rimini, 2019, pp. 17 ss.; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, cit., pp. 38 ss.



rapporto di solidarietà tra individuo e collettività non può esservi contrapposizione<sup>59</sup>, la norma costituzionale potrebbe essere intesa anche in senso simmetrico, vale a dire che il diritto alla salute è dell'intera collettività e a questa soddisfazione è collegato l'interesse dell'individuo<sup>60</sup>.

### 5.1. Le soluzioni prospettate

«...la bara zincata si allineava con le altre sul carro a cavalli delle “pompe funebri” nella strada lungo il Naviglio: una sepoltura collettiva, impersonale, deritualizzata, adeguata alla “gran moria” imperversante in quei giorni in città e che pareva riportare l'orologio della storia in dietro di tre secoli, alla “peste di Milano”...»<sup>61</sup> è la descrizione di Cosmancini, riferita all'epidemia della “spagnola” sul finire del primo conflitto mondiale; frasi che sembrano rappresentare una realtà tragicamente lontana e irripetibile. Poi, però, nella primavera del 2020 arriva il contagio da Sars-CoV-2 ed arrivano le sepolture collettive sui carri militari, provenienti da Bergamo e diretti ai forni crematori di altre località, di fronte alla impossibilità, per il cimitero cittadino, di gestire un numero di salme troppo elevato.

Ed in un altro passo della storia della medicina di Cosmancini si legge, con riferimento alla peste di Napoli del 1943, che era «un'epidemia non meno orribile delle epidemie del Medioevo», che la nuova medicina (la penicillina) si trovava «solo a borsa nera» ed ancora «non si trovava in farmacia, ma veniva distribuita solo in casi gravissimi dalle prefetture»<sup>62</sup> Ed anche questa narrazione appare drammatica ed irripetibile; ma sempre nella primavera del 2020, sia pur in un contesto sociale diverso, i farmaci per la cura del virus risultano limitati, i tamponi diventano non a tutti praticabili, manca la disponibilità dei dispositivi medici, ma soprattutto la domanda di assistenza supera l'entità delle risorse disponibili.

È così che, al sorgere del terzo millennio, si è costretti a ripensare al sistema sanitario, le cui risorse appaiono insufficienti; è così che riaffiora il dilemma etico di un sistema chiamato dall'emergenza a scegliere chi curare, un sistema che pare creare disuguaglianze e calpestare il fondamentale diritto alla salute come anche il principio di uguaglianza.

Stefano Rodotà scriveva che «si determinano situazioni rispetto alle quali svanisce la speranza d'essere sottratti alla drammaticità di talune scelte da una futura, più larga disponibilità delle risorse...», ed ancora che «quando si affrontano questioni come quelle legate alla tutela della vita e della salute, l'allargamento dell'orizzonte si percepisce immediatamente, si coglie la natura vera del conflitto che attribuisce tragicità alle scelte che vengono compiute...»<sup>63</sup>. È certo che anche nelle situazioni di maggior disponibilità di risorse,

---

<sup>59</sup> R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit, p. 41

<sup>60</sup> A. PANTI, *La pandemia impone un ripensamento della nostra deontologia medica*, *quotidianosanita.it*, 21 aprile 2020

<sup>61</sup> G. COSMANCINI, *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo. Dalla “spagnola” alla 2<sup>a</sup> Guerra mondiale*, Laterza, Bari, 1989, p. 8.

<sup>62</sup> G. COSMANCINI, *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Laterza, Bari, 1994, pp. 5 ss.

<sup>63</sup> S. RODOTÀ, *Prefazione*, in G. CALABRESI, P. BOBBIT, *Scelte tragiche*, Giuffrè, Milano, 2006.

queste, comunque, non sono infinite e sempre si può ripresentare la questione della loro redistribuzione e la conseguente necessità di porre criteri di scelta per far fronte ai bisogni, stabilendo inevitabili priorità. E a tutti i consociati sembra corretto vadano esplicitati questi criteri di scelta, per renderli valutabili anche in termini etici.

Si è ricordato che, nella storia umana, le catastrofi naturali risultano essere una presenza costante, ed una costante è anche la conflittualità tra il diritto individuale e quello della comunità. È sufficiente ritornare indietro di qualche decennio e ripensare alle prime apparecchiature per la dialisi, ripercorrere la storia dei trapianti, la scoperta dei farmaci contro l'epatite, e prima ancora, come nella narrazione di Cosmancini, rivedere l'inizio dei trattamenti con la penicillina. Ma si può volgere l'attenzione anche alle richieste più semplici, come le prenotazioni di visite specialistiche o esami clinici, per le quali i tempi d'attesa possono essere molto lunghi, e dunque, anche in questi casi, necessita rendere espliciti quei criteri che sanciscono le priorità per taluni pazienti e negano un accesso immediato ad altri.

All'inizio di questo scritto, si evidenziava che il principio della solidarietà risulta essere la chiave di lettura della tutela della salute come interesse della collettività, nel senso che nel rapporto di solidarietà tra individuo e collettività non può esservi contrapposizione, ma comunanza di interesse. Tuttavia, conciliare l'interesse del singolo con quello della collettività, quando si parla di disponibilità limitata delle risorse, comporta, inevitabilmente, una tensione tra individuo e comunità. E la domanda che sorge è inevitabile: a chi compete razionalizzare questo conflitto? Agli operatori sanitari perché agiscono all'interno del "sistema delle cure", al legislatore perché è colui che pone le norme e opera le scelte dell'organizzazione sanitaria, alla bioetica perché si occupa delle questioni morali legate alla ricerca ed alla scienza medica, oppure ancora all'intera collettività? Di certo non si può trattare di una responsabilità univoca.

Al tempo del "covid", nell'ampio dibattito, che ha coinvolto l'ambito clinico e la dottrina giuridica e che ha suscitato accese discussioni riflesse nelle cronache dei giornali e nel linguaggio comune, largo spazio ha avuto la questione del *triage*, in particolare l'ammissione ai trattamenti intensivi nelle situazioni di squilibrio tra richieste di accesso e posti disponibili<sup>64</sup>.

Sembra utile ripercorrere brevemente l'elenco dei principali documenti che hanno accompagnato la discussione, in alcuni casi arrivata anche nelle aule di giustizia<sup>65</sup>.

---

<sup>64</sup> In Italia i posti disponibili in terapia intensiva erano 5.000, a differenza dei 28.000 in Germania e di oltre 20.000 in Francia,

<sup>65</sup> Si fa riferimento a quanto avvenuto il 19 marzo 2020 presso il reparto di rianimazione dell'Ospedale. S. Andrea di Vercelli. Allertati dalla centrale operativa del 118, l'equipe medica avrebbe deciso, in presenza di un unico posto libero, di destinarlo ad una persona giovane con maggiori aspettative di vita. I cinque ospiti della di riposo di Piazza Mazzini, con febbre e saturazione bassa, sintomi del contagio da covid 19, non avendo avuto accesso in ospedale e morivano nella settimana successiva.

L'episodio viene denunciato alla Procura di Vercelli che inizia l'inchiesta. Sono indagati il primario del pronto soccorso dell'ospedale Sant'Andrea di Vercelli, un medico della rianimazione e un medico della centrale operativa del 118 di Novara (che copre il Vercellese); a questi si aggiungono i nomi del direttore e della direttrice sanitaria della Rsa. Per tutti l'accusa è di omicidio colposo plurimo.

Ad inizio marzo 2020 la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia intensiva (SIAARTI) rende note le “Raccomandazioni di etica clinica per l’ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili”. E’ in particolare il punto 3, riferito all’inclusione dell’età ( criterio ritenuto non clinico) tra i parametri per la selezione del *triage*<sup>66</sup>, ad essere considerato una palese violazione del principio di uguaglianza.

Qualche mese dopo, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) che aveva assunto una posizione di critica nei confronti delle “Raccomandazioni” della SIAARTI, pubblica, con quest’ultima, un documento congiunto, nel quale afferma che «..nel caso in cui lo squilibrio tra necessità e risorse disponibili persista, è data precedenza per l’accesso ai trattamenti intensivi a chi potrà ottenere grazie ad essi un concreto, accettabile e duraturo beneficio. A tale fine si applicano criteri rigorosi, espliciti, concorrenti e integrati, valutati sempre caso per caso, quali: la gravità del quadro clinico, le comorbilità, lo stato funzionale pregresso, l’impatto sulla persona dei potenziali effetti collaterali delle cure intensive, la conoscenza di espressioni di volontà precedenti nonché la stessa età biologica, la quale non può mai assumere carattere prevalente»<sup>67</sup>, precisando ancora che « sono garantiti .... 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» e che tali criteri di scelta non possono essere utilizzati separatamente<sup>68</sup>.

Anche il Comitato Nazionale della Bioetica (CNB) assume una posizione nettamente contraria ai criteri enunciati nel primo documento della SIAARTI e nell’aprile del 2020 ribadisce che « ....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»<sup>69</sup>.

---

<sup>66</sup> 3. «Può peraltro rendersi necessario porre un limite di età, ma comunque in un contesto più ampio, 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. In uno scenario di saturazione totale delle risorse intensive, decidere di mantenere un criterio di “*first come, first served*” equivarrebbe comunque a scegliere di non curare gli eventuali pazienti successivi che rimarrebbero esclusi dalla Terapia Intensiva».

<sup>67</sup> Ottobre 2020, Documento FNOMCeO –SIAARTI, *Principi ed obiettivi selettivi, d- Aspetti specifici in fase di carenza di risorse*, punto d.1.

<sup>68</sup> Documento FNOMCeO –SIAARTI, *Principi ed obiettivi selettivi*, cit., punto d 3.

<sup>69</sup> «Il Comitato 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 attese», Comitato Nazionale per la Bioetica, *COVID-19: la decisione*

Parte della posizione del CNB viene recepita dal Ministero della salute nel “Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023”; nel testo definitivo, non compare più la frase, presente invece nella bozza, che pareva riprendere la posizione della SIARTI. Nella nuova versione il concetto viene formulato in modo meno deterministico, rimandando alle riflessioni espresse dal Comitato nazionale di Bioetica, e sottolineando che gli interventi devono essere proporzionati alle condizioni cliniche dei pazienti, dei quali è tutelata la dignità e riconosciuta l'autonomia<sup>70</sup>.

Tra gli obiettivi principali del piano, che si possono riassumere in “*preparedness*” (riduzione dei rischi posti dalle malattie infettive) e “*readiness*” (necessità di una risposta efficace e tempestiva all'emergenza), rivestono particolare importanza: la protezione della popolazione, la protezione degli operatori sanitari e del personale che lavora in ambienti c.d. a rischio, la necessità di evitare l'impatto della pandemia sui servizi sociali e sanitari, come pure la necessità di preservare le attività economiche.

Il Piano necessita di aggiornamento ogni tre anni; al Ministero della salute vengono attribuiti compiti di indirizzo e coordinamento, insieme alla verifica e al monitoraggio dell'attività delle Regioni tenute ad attuare gli obiettivi strategici del piano, nel rispetto di quanto stabilito nel titolo V della Costituzione.

Il documento del gennaio scorso “Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziale e risorse disponibili in corso di pandemia di covid-19”, pubblicato dalla Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) congiuntamente alla Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (SIMLA), rappresenta una riflessione allargata ad altre componenti (giuridiche, medico-legali), nonché una revisione critica delle esperienze maturate durante la prima ondata della pandemia, unitamente a riflessioni di carattere deontologico, etico e bioetico.

Pare utile evidenziare che, tra gli obiettivi specifici del documento, compare il fine di fornire, ai professionisti sanitari, criteri condivisi per l'ammissione, la permanenza e la dimissione dei pazienti, ma,

---

*clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “triage in emergenza pandemica”, 8 aprile 2020. Sull'argomento v. A. Rimedio, Criteri di priorità per l'allocazione di risorse sanitarie scarse nel caso della pandemia da covid-19, in Rivista di BioDiritto, n.1/2021, pp. 13 ss.*

<sup>70</sup> Si legge nel Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023”, Parte generale. *Pandemia: profili etici e bioetici*: «in un contesto di risorse scarse quale quello che grava sui sistemi sanitari di tutto il mondo, pur con accentuazioni diverse nei diversi Paesi, considerata la particolare scarsità creata dall'impatto sull'SSN della pademia attuale, severa e inattesa, medici e professionisti sanitari potrebbero trovarsi a dover prendere decisioni cliniche eticamente impegnative. Per approfondire questo tema, si rimanda al Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (PDCM) “Covid-19: La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del triage” (pag. 5-11; 2020). Il medico (o il professionista sanitario), agendo in scienza e coscienza, valuta caso per caso il bisogno clinico dei pazienti secondo i criteri clinici di urgenza, gravosità e efficacia terapeutica, nel rispetto degli standard dell'etica e della deontologia professionale; gli interventi si basano sulle evidenze scientifiche e sono proporzionati alle condizioni cliniche dei pazienti, dei quali è tutelata la dignità e riconosciuta l'autonomia».

soprattutto, il proposito di garantire la trasparenza delle scelte attraverso una chiara esplicitazione dei criteri decisionali<sup>71</sup>.

Rimane un'ultima considerazione: già nel 2003 l'OMS aveva raccomandato a tutti i Paesi membri di mettere a punto un Piano Pandemico e di aggiornarlo costantemente. Era il momento in cui i focolai di influenza aviaria erano divenuti endemici e il virus aveva iniziato a causare infezioni gravi anche negli uomini, rendendo più evidente il rischio di nuove emergenze in sanità. Gli anni successivi hanno visto il costante ripetersi di ritardi, inefficienze soprattutto di carattere organizzativo e gestionale, unite ad un sempre maggiore scarso finanziamento del sistema sanitario, in buona parte lasciato al settore privato<sup>72</sup>. E la crisi attuale, la prima "crisi globale" contemporanea, ha evidenziato ancor di più le perduranti criticità, soprattutto l'incapacità di tutelare il diritto alla salute (ed il diritto alla vita) di quei oggetti estremamente vulnerabili, in particolare gli anziani, soggetti invisibili nella gestione neoliberista dello Stato sociale<sup>73</sup>. L'attenzione collettiva si è rivolta, in particolare, alle RSA, strutture deputate alla *long term care*, luoghi potenzialmente segreganti<sup>74</sup>, che durante la pandemia hanno eretto frontiere tra coloro che risiedono all'interno della struttura e l'altra parte della società, che vive oltre il blocco del portone di ingresso.

## 6. Oltre la norma: le "frontiere" come tutela sociale

Durante la pandemia, una delle strategie istituzionali dirette a contenere la diffusione del virus è stata quella di isolare le residenze sanitarie assistenziali che, dalla metà degli anni Novanta, ospitano soggetti anziani, perlopiù persone non autosufficienti, che assumono, con l'avanzare dell'età e la impossibilità di produrre reddito, il connotato di un peso sociale. Emarginati prima del virus, segregati dopo per non essere contagiati.

Ma quando nelle strutture ospedaliere la necessità dei ricoveri supera la disponibilità dei posti-letto, i positivi al covid-19 vengono trasferiti nelle stesse RSA. Il diritto a non essere contagiati, il diritto alla salute (ma in questo caso sarebbe più corretto parlare di diritto alla vita) cede di fronte alla necessità

---

<sup>71</sup> In riferimento al *triage*, la cui finalità in terapia intensiva è quella di garantire i trattamenti di supporto vitale al maggior numero possibile di soggetti, si ribadisce che esso deve basarsi su parametri clinico-prognostici definiti e il più possibile oggettivi e condivisi. La valutazione, che deve fondarsi sull'osservazione globale di ogni singola persona malata, deve tener conto dei seguenti parametri: numero e tipo di comorbilità, stato funzionale pregresso e fragilità rilevanti rispetto alla risposta alle cure, gravità del quadro clinico attuale, presumibile impatto dei trattamenti intensivi, anche in considerazione dell'età del paziente e della volontà della persona malata riguardo alle cure intensive, che dev'essere indagata nella fase iniziale del triage. In ogni caso, l'età deve essere considerata nel contesto della valutazione globale della persona malata e non sulla base di *cut-off* predefiniti.

<sup>72</sup> V. *supra* par.4.

<sup>73</sup> M.G. BERNARDINI, *Una questione di interpretazione? Note critiche su Raccomandazioni SLAARTI, discriminazione in base all'età ed emergenza sanitaria*, *Riv. di BioDiritto*, n. 3/2020, p. 144

<sup>74</sup> G. MERLO, C. TARANTINO (a cura di), *La segregazione delle persone con disabilità. I manicomi nascosti, in Italia*, Maggioli, Rimini, 2018

dell'aumento dei ricoveri non gestibili dalle strutture ospedaliere. È il prevalere dell'aspetto economico sul sociale, la gestione neoliberista del *Welfare State*? Sicuramente è l'effetto di una frontiera interna, una divisione più sociale che di struttura edilizia, tra chi produce reddito e chi grava sul reddito prodotto, su chi necessita di assistenza e chi paga quell'assistenza.

La pandemia, in fondo, non ha fatto che rendere drammaticamente evidente il problema della giustizia distributiva. L'accesso selettivo alle strutture sanitarie, l'isolamento forzato hanno finito per inasprire l'ageismo<sup>75</sup> come forma di discriminazione strutturale. L'approvazione da parte della SIAARTI del primo documento per l'ingresso alle cure intensive<sup>76</sup>, spostando l'attenzione sulla soggettività delle persone in età avanzata, ha avuto, come conseguenza non prevista, di portare in luce la situazione segregante di coloro che non hanno più, per senilità e conseguente fragilità fisica, la possibilità di rivendicare il diritto alla salute, alla vita e soprattutto al rispetto della dignità umana.

Sulle "Raccomandazioni" della SIAARTI molto è stato detto e scritto. Ma andando oltre una prima lettura, che ferma l'attenzione sulla violazione o meno del fondamentale principio di uguaglianza alla base di ogni ordinamento democratico, è da riconoscere come la società degli anestesisti e rianimatori avesse inteso rendere pubblico quanto stava accadendo all'interno delle strutture ospedaliere ormai al collasso; lo scopo era dunque cercare di condividere la responsabilità per quelle scelte allocative che, comunque, non sono da attribuite solo a coloro (medici ed infermieri) che si trovano ad agire "in prima linea" in situazioni di emergenza.

Non si può certo negare che, all'interno del nostro sistema sanitario, negli ultimi decenni, poco si rinviene di quanto affermato nel periodo della Costituente od ancora di quanto esplicitato nell'art. 1 della riforma sanitaria del 1978<sup>77</sup>. Ed è all'interno dello stesso sistema che sono cresciute le disuguaglianze, in una visione della sanità sempre più volta ad un modello commerciale, si potrebbe dire neoliberista<sup>78</sup>. Se un contesto simile può convivere, in termini di normalità, con l'assunto che, nel rapporto di solidarietà

---

<sup>75</sup> Il termine, coniato nel 1969 da Robert Butler per descrivere la discriminazione nei confronti degli anziani, rappresenta la combinazione di tre elementi collegati: pregiudizi nei confronti degli anziani, della vecchiaia e del processo di invecchiamento; pratiche discriminatorie nei confronti delle persone anziane; politiche istituzionali che perpetuano gli stereotipi sugli anziani. A differenza del sessismo e del razzismo, forme analoghe di discriminazione, l'ageismo, proprio perché diretto a soggetti "invisibili" in luoghi potenzialmente segreganti e non più in grado, fisicamente, di rivendicare i propri diritti, ha indotto a forme di abbandono e, peggio, di violenza sugli stessi.

<sup>76</sup> V. *supra* par. 5.

<sup>77</sup> Art.1 c.2 legge n. 833/1978: «Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed 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. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini».

<sup>78</sup> La recente sentenza della Corte costituzionale (n. 157/2020) ha sottolineato l'impossibilità di ricondurre ad una gestione di tipo essenzialmente aziendalistico l'attività del sistema sanitario italiano: «Nell'ambito del Servizio sanitario nazionale,....la finalità prevalente è quella di assicurare le prestazioni indefettibili e le ulteriori prestazioni (nei limiti della sostenibilità) alle migliori condizioni qualitative e quantitative».

tra individuo e collettività, non può esservi contrapposizione<sup>79</sup>, in una situazione di tensione tra individuo e comunità - dove più che le regole umanizzate della polis, valgono quelle della sopravvivenza<sup>80</sup> - non può essere addossata ai soli operatori sanitari la responsabilità per le scelte da operare in presenza di risorse limitate.

Ritornando alle residenze sanitarie assistenziali, la trasmigrazione degli soggetti infetti, per carenze del sistema, dagli ospedali alle RSA, con la conseguenza di aver alimentato in queste strutture ulteriori focolai di trasmissione del virus, e, quel che è peggio, nel totale disinteresse collettivo, ha contribuito, di conseguenza, a ridurre le già precarie possibilità di accesso alle terapie intensive. Se il criterio dell'aspettativa di vita, per valutare le priorità dell'accesso alle cure, poteva apparire un'aperta violazione del principio di uguaglianza, occorre riconoscere che il minor valore sociale, attribuito ai degenti delle strutture di *long term care*, la loro discriminazione rispetto ad altra parte della società, era già stata accettata e così valutata prima, con il trasferimento dei malati covid-19 nei posti liberi delle residenze sanitarie assistenziali.

Solo successivamente, per l'eccessivo numero di pazienti in attesa di ricovero, si arriva alla probabilità della sopravvivenza come criterio di scelta per l'accesso alle cure. Il parametro dell'età, enunciato nelle Raccomandazioni SIAARTI, accusato da più parti di essere potenzialmente discriminatorio, è comunque successivo ad una discriminazione già avvenuta in tempi precedenti, nel momento in cui si è accettato il rischio del contagio per soggetti, che già solo per senilità, versano in precarie condizioni di salute.

Sotto questo profilo si può considerare che al documento redatto dalla SIAARTI, nel marzo 2020, vada riconosciuto il merito di aver sollevato il dibattito sulla necessità di ripensare al modello di Stato sociale effettivamente vigente, sulla necessità della prevenzione, sulla discriminazione dei soggetti deboli e sul riscatto dalla loro invisibilità, ricordando, agli attori sociali, che anche questi soggetti sono destinatari di quei diritti fondamentali garantiti dalla Carta costituzionale, titolarità che resta anche in mancanza di produzione del reddito<sup>81</sup>.

La frontiera, come Giorgio Lombardi affermava, non è semplicisticamente concepibile come confine e il criterio territoriale non è l'unico ad individuare una frontiera, ma all'interno della stessa società civile si delineano frontiere organizzate intorno a trattamenti privilegiati. Il pensiero era rivolto al tema

---

<sup>79</sup> Art.32 Cost.: R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit, p. 41

<sup>80</sup> M. REVELLI, *Siamo arrivati ad una sorta di ground zero*, in *Il Manifesto*, 13.3.2020

<sup>81</sup> Nel Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2021, *Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici*, del 10 marzo scorso, oltre alla proposta della "Carta dei diritti dell'anziano", con riferimento al lavoro svolto a livello europeo dall' *AGE Platform Europe* in merito alla "Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane che hanno bisogno di cure a lungo termine", si sottolinea l'urgenza di una nuova attenzione alle persone anziane, affinché sia ripensata globalmente la prossimità della società verso gli anziani.

dell'autotutela dei gruppi e delle “società intermedie” e l'osservazione era diretta ai partiti politici, ai sindacati, come anche a formazioni accomunate da regole di carattere religioso<sup>82</sup>.

Lo stesso concetto di frontiera interna all'ordinamento giuridico, sembra ora poter essere utilizzato, riguardo alla situazione dell'emergenza sanitaria. Per Lombardi, come ricordato, le frontiere interne «ripropongono nuove forme di privilegio», con «l'annientamento del principio di uguaglianza»<sup>83</sup>. Nella situazione dell'emergenza sanitaria, le frontiere interne, annientano sì il principio di uguaglianza, ma non per proporre nuove forme di privilegio; al contrario, evidenziano formazioni sociali emarginate, in quanto non più inserite nel mercato del lavoro. Sono gruppi composti da soggetti deboli, nella maggior parte dei casi con una condizione di salute già compromessa, e soprattutto non più in grado di organizzarsi per rivendicare diritti. Non sembra necessario utilizzare il vecchio paradigma giolittiano di tutela della salute come mezzo per mantenere l'ordine pubblico<sup>84</sup>, in quanto i “vecchi” non possono provocare sommosse come il proletariato dello Stato liberale; neppure è pensabile, come per le minoranze sfruttate, una rivendicazione del rispetto della persona, del diritto ad un'esistenza dignitosa, considerata la loro accettazione rassegnata di inappellabili scelte altrui<sup>85</sup>.

In questo contesto, sembra possibile ribadire che il documento della SIAARTI, del marzo scorso, non risulti parte di quel sistema di discriminazione presente da anni nei confronti dei soggetti ospitati nelle strutture di *long term care*. Al contrario, le “Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi” hanno avuto, semmai, come già accennato, il merito di porre all'attenzione pubblica i soggetti emarginati, la cui perdurante invisibilità aveva condotto finanche alla privazione dei diritti fondamentali; il risultato, non previsto, di avviare una riflessione in tema di giustizia sociale, ragionando sul diritto alla salute, di cui fa parte anche il diritto ad invecchiare, ugualmente per coloro la cui malattia conduce alla senilità<sup>86</sup>.

## 7. E la storia continua... Qualche spunto per concludere

Se è opinione comune che la situazione di emergenza sanitaria abbia modificato i nostri stili di vita, messo in luce la debolezza endemica del nostro sistema sanitario, altrettanto evidente è che la pandemia ha

---

<sup>82</sup> G. LOMBARDI, *Spazio e frontiera tra eguaglianza e privilegio: problemi costituzionali fra storia e diritto*, in E. PALICI DI SUNI, S. SICARDI (a cura di), *Giorgio Lombardi. Scritti scelti*, ESI, Napoli, 2011, pp. 550 ss.

<sup>83</sup> G. LOMBARDI, *Spazio e frontiera tra eguaglianza e privilegio: problemi costituzionali fra storia e diritto*, cit, p. 558.

<sup>84</sup> *Supra* par.2.

<sup>85</sup> Sui rischi di esclusione sociale, di amplificazione delle diseguaglianze e di discriminazione della popolazione anziana non autosufficiente, tematiche affrontate per la prima volta negli Stati Uniti, in Svezia e Israele, v. V. CAPPELLATO, B. GARDELLA TEDESCHI, E. MERCURI, *Anziani. Diritti, bisogni, prospettive. Un'indagine sociologica e giuridica*, Il Mulino, Bologna, 2021.

<sup>86</sup> Per Robert Butler la senilità non è inevitabile con l'invecchiamento, ma è una conseguenza della malattia: R. BUTLER, *Ageism: another form of bigotry*, in *The Gerontologist*, vol. 9, 4, part. 1, 1969, pp. 243–246, <https://doi.org/10.1093/geront/9.4.Part.1.243>



spostato l'attenzione della discussione deontologica. L'assistenza sanitaria non presenta più un connotato solo clinico, non è solo una relazione tra chi cura e chi è curato, ma risulta inserita nella catena produttiva, legata ad esigenze di carattere politico ed economico.

Lo stesso fondamento della relazione tra medico e paziente, individuato, prima dalla giurisprudenza<sup>87</sup> e poi dal legislatore<sup>88</sup>, nel consenso informato, ha mostrato tutta la sua fragilità di fronte all'asimmetria tra malato e sanitario nel momento in cui è quest'ultimo a decidere in presenza di limitatezza delle risorse. Nel *triage*, si è detto, solo la valutazione medica di appropriatezza clinica può essere accettata<sup>89</sup>.

Neppure si potrà più emarginare la questione ambientale, connaturale alla stessa nozione di salute già dal tempo di Ippocrate<sup>90</sup>, limitata, fin dal suo sorgere, negli anni Ottanta, e per troppo tempo, a discussione dottrinale, a convegni anche di carattere internazionale, ma cedevole di fronte alle esigenze economiche del sistema produttivo ed ai rischi di recessione economica. È pur vero che la protezione dell'ambiente si inserisce nei testi costituzionali e legislativi, ma è altrettanto vero che tali enunciati non dovrebbero essere indeboliti o annullati da patti di stabilità o da regole di bilancio<sup>91</sup>.

L'art. 32 Cost., si è più volte ricordato in questo lavoro, afferma che la tutela della salute è «diritto dell'individuo ed interesse della collettività»; dunque, individuo e collettività posti sullo stesso piano. Come si è detto, negli ultimi decenni, la maggiore attenzione è stata diretta all'individuo, ponendo l'accento sulla consapevolezza delle sue decisioni, sulle questioni di fine vita, sull'uguaglianza delle prestazioni e sui tempi di accesso alle prestazioni. La drammaticità della crisi, la richiesta da più parti che lo Stato protegga, guarisca, intervenga economicamente, ha spostato l'attenzione sulla collettività, sull'equità distributiva, insomma su quel principio di solidarietà che dovrebbe essere la chiave di lettura della norma stessa.

Nel concetto di solidarietà si dovrebbe collocare anche una nuova offerta di servizi nell'ambito della medicina territoriale, un'assistenza domiciliare per anziani, per soggetti non autosufficienti e malati terminali; la diversa prospettiva, oltre ai minori costi dovuti all'ospedalizzazione in strutture per lunga degenza, porterebbe al rispetto della persona, al riconoscimento della dignità della vita anche nell'ultima fase dell'esistenza. Ed alla stregua dello stesso concetto di solidarietà andrebbe rivista la disciplina

---

<sup>87</sup> Corte cost. sent n. 438/2008

<sup>88</sup> Legge n. 219/2017

<sup>89</sup> G. RAZZANO, *Riflessioni a margine delle Raccomandazioni SLAARTI per l'emergenza covid-19, fra triage, possibili discriminazioni e vecchie DAT: verso una rinnovata sensibilità per il diritto alla vita?*, in AIC, n. 3/2020, p. 128

<sup>90</sup> Ippocrate, *Le arie, le acque, i luoghi*, cit.

<sup>91</sup> G. CORDINI, *Crisi dello Stato sociale e tutela della salute: ultima sfida per l'Unione Europea?*, in DPCE, n. 2/2020, p. 488.

istitutiva e di organizzazione delle RSA, al fine di evitare situazioni di emarginazione, di segregazione e a volte di violenza, come evidenziato dalla storia più recente<sup>92</sup>.

Non da ultimo, considerato che viviamo in un'epoca che è stata definita l'era dei dati e dell'innovazione tecnologica, sarebbe opportuno agire sull'assistenza sanitaria a distanza, sfruttando le caratteristiche proprie che gli strumenti digitali e di telemedicina possono offrire (es. teleconsulto e televisita anche per il rinnovo della prescrizione, potenziamento della diagnostica *point-of-care* con sistemi di diagnosi rapida, terapie/soluzioni in autosomministrazione monitorate da remoto); in tal modo si potrebbe garantire un'assistenza domiciliare costante e a costi minori, in particolare per quei pazienti con patologie croniche che necessitano di continuo monitoraggio. E si finirebbe per garantire, in sostanza, una miglior tenuta del sistema sanitario nazionale<sup>93</sup>.

Oggi mantenere la condizione di benessere, curare e sconfiggere ogni malattia, evitare quanto più possibile il decadimento fisico, rappresenta un desiderio collettivo, un aspetto dello stesso diritto alla salute. E contestuale è la diversa percezione antropologica della malattia e della cura, come diverse risultano essere le condizioni di erogazione delle prestazioni. La crisi pandemica ha poi evidenziato come nel contesto attuale la medicina rappresenti una parte di spicco dell'assetto economico del Paese, un aspetto rilevante degli interessi ed investimenti dei Paesi industrializzati. Ma non solo. Lo stato di

---

<sup>92</sup> La Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, istituita con decreto del Ministro della salute nel settembre 2020, ha valutato in 9 miliardi di euro la spesa occorrente e sottolineato la necessità di una nuova proposta normativa per metter in atto una diversa prospettiva di assistenza. Al riguardo, in Italia, solo il 2,9% degli anziani sono presi in carico attraverso l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), in un quadro regionale fortemente frastagliato e un'offerta tutta concentrata nel Nord del Paese; la spesa delle famiglie per l'assistenza con badanti ammonta a 8 miliardi, in un rapporto quasi 1:1 tra operatori professionali del pubblico e del privato e badanti. Indubbia appare, dunque, la sostanziale fragilità del settore dell'assistenza a lungo termine, che nel periodo della pandemia ha comportato un elevato numero di decessi nelle strutture LTC. La constatazione che i problemi strutturali erano presenti già prima del periodo dell'emergenza sanitaria (operatori sanitari con condizioni di lavoro difficili, disallineamenti di competenze, scarsa integrazione con il resto dell'assistenza sanitaria e standard di sicurezza inadeguati o scarsamente applicati) ha evidenziato la necessità di un rinnovato circuito assistenziale, con la previsione di un'integrazione tra i *setting* assistenziali, un'integrazione tra professionisti, una personalizzazione degli interventi, e un'appropriatezza delle prestazioni ed *empowerment* del paziente.

<sup>93</sup> M. FASAN, *La tecnologia ci salverà? Intelligenza artificiale, salute individuale e salute collettiva ai tempi del Coronavirus*, in *BioLaw Journal, Special Issue 1/2020*, p. 677. Alla "telemedicina", termine che contiene una molteplicità di servizi diversi, è stato destinato un importo pari a i miliardi di euro all'interno del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza). Il finanziamento riguarda progetti proposti dalle Regioni sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della Salute. Tali progetti potranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un'ampia gamma di funzionalità per l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione; tuttavia, per ottenere i finanziamenti, i progetti dovranno innanzitutto potersi integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico, ad oggi ancora poco sfruttato (12% degli assistiti). In effetti, il processo di digitalizzazione del sistema sanitario è ancora frammentato e disomogeneo, basato su di un semplicistico collegamento tra sviluppo tecnologico e un modello sanitario "vecchio"; al riguardo la percentuale di utilizzo degli strumenti digitali, da parte dei medici, è passata da poco più del 10% pre-Covid a oltre il 30% durante la crisi sanitaria (dati presentati Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano, il 25 maggio scorso in occasione del convegno *Sanità Digitale oltre l'emergenza: più connessi per ripartire*).

Quando previsto nel PNRR sembra, dunque, rappresentare una opportunità di rilievo, non solo per le risorse predisposte, ma soprattutto per gli obiettivi indicati nel cercare di costruire la Sanità del futuro, dallo sviluppo delle competenze digitali per medici e pazienti a una migliore *governance* delle stesse iniziative digitali, per giungere finalmente ad una più diffusa collaborazione fra i vari attori del sistema sanitario.



emergenza sanitaria ha per di più posto in primo piano quella discussione sull'uso corretto delle risorse, che rappresenta, come è stato detto, la bioetica “dell'equità”, cioè dell'utilizzo delle risorse secondo criteri non solo clinici e quindi non appannaggio esclusivo del medico<sup>94</sup>.

Certo è che una “salute diseguale” da sempre integra il più grande *vulnus* a quella parità dei diritti garantita dalla Dichiarazione universale, dalla nostra Costituzione, come anche dal Codice di Deontologia medica<sup>95</sup>.

E il contatto umano, elemento essenziale della nostra vita, se da un lato deve continuare a coesistere, in un giusto equilibrio, con la nuova dimensione della medicina telematica, dall'altro, in quanto possibile causa di contagio, non può seguitare ad essere considerato, paradossalmente, come il maggior pericolo per la nostra salute.

---

<sup>94</sup> A. PANTI, *La dimensione spirituale della cura*, [quotidianosanità.it](http://quotidianosanità.it), 21 aprile 2021.

<sup>95</sup> F. ANELLI, Presidente Fnomceo, 10 dicembre 2020.