

## Come il diritto sanitario può aiutare oggi e nel dopo-pandemia. Lo chiediamo a non giuristi

### Introduzione di Renato Balduzzi

Raccogliamo, nella sezione “Dibattiti” della rivista, alcuni degli interventi alla tavola rotonda della seconda giornata del XVIII Convegno nazionale di Diritto sanitario, svoltosi in *dual mode* nell’ottobre scorso ad Alessandria.

Si tratta di interventi volutamente riservati a studiosi di discipline non giuridiche, ai quali è stato chiesto, sulla scia dell’ormai quasi ventennale tradizione di questi convegni (“un proficuo momento di riflessione interdisciplinare”, come autorevolmente qualificato nel messaggio che il Presidente della Repubblica ha inviato agli organizzatori del convegno stesso), in che modo il diritto sanitario possa aiutare durante e dopo la pandemia in corso. La domanda oggetto della tavola rotonda è stata recepita come se chiedesse in quale modo e in quali forme le decisioni politico-amministrative possano favorire, oggi e domani, il contrasto all’attuale pandemia e aiutare il “dopo” della medesima. Le risposte sono state diversificate, ma tutte impegnative e tali da interpellare il diritto sanitario inteso, da una parte, come l’insieme di queste decisioni politico-amministrative e, dall’altra, come la disciplina scientifica, e non soltanto didattica, che studia siffatte decisioni.

Il ventaglio delle risposte, che a loro volta si traducono in tante ulteriori domande alla politica e ai cultori del diritto sanitario, è stato, come ognuno può constatare, assai allargato. Si va dalla diffusa richiesta di un migliore funzionamento delle relazioni centro-periferia (nel senso sia del chiarimento della spettanza delle competenze, sia dell’opportunità di praticare effettivamente la “leale collaborazione”), alla proposta di un approccio più decisamente sovranazionale rispetto a una sfida non affrontabile adeguatamente da parte di un singolo Paese, come stiamo sperimentando anche a proposito dei problemi legati all’approvvigionamento e alla distribuzione dei vaccini; dalla richiesta di un rafforzamento del peso politico-amministrativo e del ruolo del ministero della salute per quanto attiene alle strategie di prevenzione primaria, all’urgenza di disporre di un nomenclatore delle prestazioni della sanità territoriale; dalla pressante richiesta di arrivare finalmente alla definizione, teorica e pratica, dell’integrazione sociosanitaria (anche al fine di reggere l’urto di eventuali, ma probabili future pandemie che si combineranno sempre più con l’ulteriore

avanzamento delle malattie cronico-degenerative), alla predisposizione di un'alta scuola di sanità pubblica per potere in futuro disporre di veri manager della *salute*, intesa come comprensiva dei profili sociali e di prevenzione; dal grande problema di come dare rilievo alle esigenze di tutela della riservatezza della vita privata senza che ciò comporti un ingiustificabile pregiudizio per l'interesse della collettività, al consolidamento di regole in tema di appalti pubblici che riescano a bilanciare l'esigenza della tempestività della realizzazione con quelle della legalità e della trasparenza delle relative procedure; e infine, dalla richiesta di non sottrarsi al rispetto di standard di economicità e di efficienza (per la cui costruzione sono stati magari necessari anni di lavoro e di confronto con le istituzioni regionali e locali e con le categorie interessate) per la migliore utilizzazione delle risorse messe in campo dall'Unione europea, alla sollecitazione relativa al miglioramento delle relazioni di fiducia tra i professionisti della sanità, in particolare i medici di medicina generale, ed i cittadini e le loro organizzazioni.

Alla risposta a queste e a consimili domande la Società italiana di Diritto Sanitario (SodiS) e la rivista *Corti Supreme e Salute* dedicheranno i mesi a venire, nella prospettiva del XIX Convegno nazionale di Diritto sanitario (Milano, 28-29 ottobre 2021), che auspichiamo possa essere dedicato alle lezioni o almeno ad alcune lezioni ricavabili dalla pandemia, anche in prospettiva comparata. Sarà un'occasione, da parte degli studiosi di diritto sanitario e della salute, per continuare il dialogo avviato nella Tavola rotonda che qui mettiamo a disposizione dei lettori e che si affiancherà alla serie di saggi sul tema "*Le fonti del diritto alla prova della pandemia*", la cui pubblicazione è prevista nel n. 1/2021 di questa rivista.

## Intervento di saluto del prof. Giancarlo Avanzi\*

*Magnifico Rettore dell'Università degli studi del Piemonte Orientale*

Buongiorno a tutti. Sono molto onorato di portare il saluto dell'Università del Piemonte Orientale a questo convegno, ricco di interventi e personalità di altissimo profilo. Ne approfitto per accennare brevemente ad un tema che mi piacerebbe venisse affrontato e che è legato all'argomento centrale di questa mattina: "come il diritto sanitario può aiutare nel dopo pandemia".

Essenzialmente partiamo dal fatto che l'11 marzo 2020 l'Organizzazione mondiale della sanità ha dichiarato uno stato di pandemia che ha portato alla drastica alterazione degli equilibri pubblici e privati. Alla primissima fase di emergenza sanitaria, che ha coinvolto soprattutto ospedali e istituzioni con responsabilità di igiene pubblica, ne è seguita una seconda in cui il sistema Paese, per ripartire, ha cercato un riassetto nella produzione, nei

---

\* Trascrizione dell'intervento orale rivista dall'Autore.

servizi e nell'istruzione. Oggi, tuttavia, assistiamo ad una recrudescenza e quindi forse siamo di fronte a una riproposizione delle limitazioni imposte nel primo periodo.

Durante la prima fase pandemica lo sforzo volto al contenimento del dilagare dell'infezione ha generato la necessità, da parte dei decisori, di scelte inusuali, non programmabili, a volte drastiche. Queste scelte sono state qualche volta contraddittorie, in taluni casi controproducenti, ma direi globalmente corrette ai fini del contenimento della pandemia – almeno in Italia –, anche se hanno messo a dura prova la tenuta delle istituzioni stesse. Il mio duplice ruolo di medico e direttore del Pronto Soccorso di un grande Ospedale e di Rettore se, da un lato, mi ha consentito di osservare con curiosità e interesse scientifico il problema della pandemia, notando i risvolti politici, etici, sociali, sanitari oltre che culturali ed economici, dall'altro, mi ha costretto a dar fondo a tutte le mie energie per assumere decisioni di grande responsabilità su molti fronti, compreso quello sanitario, decisioni non sempre prese con il conforto di provvedimenti altrettanto puntuali di chi stava più in alto di me. In questo scenario critico mi sono anche trovato ad essere osservatore impotente di un vero e proprio conflitto tra il governo centrale e quello regionale sulle tematiche della salute.

Sono quindi convinto che quanto è accaduto, e sta ancora accadendo, debba essere fonte di riflessione, se non addirittura costituire il preambolo ad una revisione profonda del nostro sistema sanitario. Quest'ultimo, sebbene debba essere oggetto di riconoscimento per le altissime competenze assistenziali, in questo ed in altri frangenti ha messo in luce tutti i suoi limiti, non solo organizzativi, soprattutto in relazione alla sua declinazione regionale. Detto questo, nel rinnovare il mio saluto ed auspicio di proficuo lavoro, ascolterò con attenzione gli interventi, poiché certo che le eminenti personalità che interverranno offriranno approfondimenti ed argomentazioni illuminanti.

\* \* \*

## Relazione del sen. prof. Mario Monti\*

*Senatore a vita, presidente della Commissione paneuropea per la sanità e lo sviluppo sostenibile dell'Organizzazione mondiale della sanità*

Rivolgo il mio saluto al Sig. Prefetto e al Sig. Prefetto Vicario, al Magnifico Rettore e al Prof. Balduzzi e a tutti i partecipanti. Mi dispiace di non essere fisicamente presente.

Ringrazio molto il Prof. Balduzzi per avermi invitato e per le sue parole introduttive. Devo dire che mi era impossibile declinare l'invito affettuoso del Prof. Balduzzi per due ragioni. Una simmetrica a quella che lui ha appena ricordato in termini di nostri rapporti negli anni passati: il Prof. Balduzzi ha condiviso con me un'esperienza intensa al Governo, e lui

---

\* Trascrizione della relazione orale non rivista dall'Autore.

ha parlato di affetto e di stima e non sa quale dei due sentimenti prevalga in lui nei miei confronti; io oltre a questi due ne ho un terzo che è una gratitudine profonda, perché il Ministro Balduzzi ha saputo compiere, nell'ambito di un Governo incaricato di scelte molto difficili in un momento anche quello molto difficile per il nostro Paese, le scelte di sua competenza con grande equilibrio ed efficacia in materia per l'appunto di salute, ma siccome la sua competenza riguarda anche un pochino la Costituzione e il diritto costituzionale, noi avevamo la grande fortuna di avere in casa, cioè al tavolo del Consiglio dei Ministri, per ogni decisione di un certo rilievo istituzionale, anche una fonte di consigli preziosa.

Ma la seconda ragione per cui non potevo sottrarmi a questo invito è che con la sua acuta sottigliezza il Prof. Balduzzi l'ha formulato in un modo che rendeva impossibile sottrarsi, perché che considerazioni può opporre uno che non si sente non proprio adeguato a partecipare in qualità di relatore a questo convegno e che considerazioni può opporre all'invito quando è chiaro che gli invitati sono i non-giuristi? Io questa qualifica la possiedo in modo eminente e come posso dire di non essere un non-giurista? Quindi eccomi qua. Solo che a differenza degli illustri non-giuristi che poi seguiranno il mio intervento introduttivo, io non posso certamente reclamare una particolare esperienza in materia sanitaria, quindi assisterete a qualche convulsione logica nel mio tentativo di articolare alcuni pensieri. Non voglio troppo abbattermi perché qualche volta la prospettiva di un *outsider*, assistita dalla benevolenza degli ascoltatori, può anche portare a qualche principio di riflessione cui magari chi è più immerso nella materia non aveva in qualche modo mai pensato.

Mi fa particolarmente piacere salutare tra gli eminenti partecipanti a questa mattinata, tutte persone molto impegnate nella situazione attuale, alcune delle quali vediamo quotidianamente in televisione illuminare il nostro sforzo di comprensione e di comportamento, il Prof. Walter Ricciardi che è associato alla mia esperienza recente che il Prof. Balduzzi ha voluto gentilmente ricordare per quanto riguarda la Commissione Paneuropea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in quanto il Prof. Ricciardi ha accettato di essere membro eminente del Comitato di consulenti scientifici a questa Commissione e questo per me è un elemento di grande conforto e di grande rassicurazione.

Il diritto alla salute, voi mi insegnate, è menzionato all'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana come uno dei diritti fondamentali della persona e siccome in base all'art. 2 "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo" è chiaro che lo Stato abbia un ruolo di presidio fondamentale perché venga rispettato e tutelato il diritto alla salute, di qui il Servizio Sanitario Nazionale e molte altre istituzioni e disposizioni.

D'altra parte come ogni diritto ancorché fondamentale, nella realtà, lo sappiamo tutti benissimo, anche il diritto alla salute incontra alcuni condizionamenti e qui vorrei citarne due, che non sono gli unici, ma che sono forse i due più rilevanti: uno è rilevante da sempre e qualche volta è terribilmente rilevante, cioè il condizionamento delle risorse economiche, l'altro è stato finora abbastanza poco rilevante come condizionamento e mi auguro personalmente che si riveli molto più rilevante in futuro e cioè il condizionamento che deriva dal contesto internazionale, in particolare dal contesto dell'Unione Europea in cui il nostro Paese vive e opera.

Per quanto riguarda il condizionamento economico, varie sentenze della Corte costituzionale hanno ben sancito che nel bilanciamento fra valori costituzionali questo condizionamento non può andare a discapito del diritto alla salute. Questo assicura una preminenza relativa a questo diritto rispetto ad altri diritti fondamentali, però anche il diritto alla salute non può eludere, è il caso di dire, di fare i conti con le risorse economiche.

Permettetemi di richiamare qui l'art. 81 della Costituzione: "Lo Stato assicura l'equilibrio tra le entrate e le spese del proprio bilancio, tenendo conto delle fasi avverse e delle fasi favorevoli del ciclo economico. Il ricorso all'indebitamento è consentito solo al fine di considerare gli effetti del ciclo economico e, previa autorizzazione delle Camere adottata a maggioranza assoluta dei rispettivi componenti, al verificarsi di eventi eccezionali". Questo testo incompleto, questa lettura dell'art. 81 che vi ho fatto, come molti sanno, non è quella del testo originario dell'art. 81 di einaudiana memoria, ma è il testo risultante dalla Riforma Costituzionale dell'art. 81 che il Governo di cui facevamo parte il Prof. Balduzzi ed io ha presentato nel 2012 e che rapidamente, con un appoggio molto ampio in quel Parlamento, è stato approvato. Paradossalmente si ricorda poco questa modifica costituzionale perché, essendo stata la maggioranza in entrambe le Camere nella lettura definitiva superiore ai 2/3, non era suscettibile di referendum confermativo e quindi non c'è stato grande dibattito. In quel momento di unità sotto il pericolo di una crisi finanziaria irrimediabile, le forze politiche convennero rapidamente in una modifica della Costituzione che, se pensiamo un attimo, è la meno congeniale, la meno visceralmente sentita dalla cultura politica italiana e dall'opinione pubblica italiana, perché siamo un Paese che meno di altri ha sentito storicamente, come elemento della disciplina della vita pubblica e del rispetto per le generazioni future, l'obbligo di tenere in buone condizioni i conti dello Stato e se ci pensate il fatto che sia stata deglutita con convinzione, il tutto con un amplissima maggioranza e con un ruolo decisivo dell'allora Presidente della Commissione Bilancio della Camera, l'On. Giorgetti della Lega, che era all'opposizione del Governo, mostra come sia possibile estrarre dal Paese, in certi momenti, decisioni forti ma non in deroga ai principi della democrazia, bensì in piena applicazione della Costituzione. Questo io lo considero un piccolo prezioso insegnamento da tenere dentro di noi, perché non è vero che siamo un Paese irreversibilmente litigioso e incapace di produrre sforzi unitari capaci di avere successo almeno nella finalità che viene di tempo in tempo definita come prioritaria.

Credo che oggi ci siano molte analogie quanto all'impellenza di problemi straordinari, se vogliamo estremamente più drammatici di quelli di allora. D'altra parte, sono problemi che caratterizzano tutta l'Europa e tutto il mondo, mentre allora l'Italia era un Paese particolarmente esposto che rischiava di fare la fine della Grecia; il resto dell'Europa era invece colpito da afflussi di capitali che lasciavano il nostro Paese per andare verso Paesi ritenuti più sicuri.

Io mi trovo nella condizione attuale di membro del Senato ad aver partecipato molte volte ormai, quattro volte quest'anno, all'approvazione di scostamenti dal disavanzo preventivamente autorizzato per lo Stato a causa di eventi eccezionali. Questa formulazione così stringente, come quella dell'art. 81 post riforma del 2012, non preclude però la gestione dell'eccezionalità e allora né il Prof. Balduzzi né io immaginavamo che sarebbe stata così

presto rilevante per un flagello abbattutosi sul Paese del quale oggi stiamo parlando. Mi sono chiesto: ma allora è stata inutile quella modifica della Costituzione se oggi il Parlamento prevede con la facilità con cui berrebbe un bicchier d'acqua queste autorizzazioni ad un maggiore scostamento? No, non credo che sia stato inutile, perché se non altro c'è un dibattito nel Parlamento e nel Paese, si accende un semaforo di precarietà dell'assetto del bilancio pubblico ed è un giudizio politico consapevole quello che può consentire di superare questa restrizione.

Punto fondamentale però è quello secondo cui qualunque tutela costituzionale la Costituzione e le sentenze della Corte costituzionale assegnino al diritto alla salute, anche quello deve fare i conti con il bilancio pubblico. E allora vediamo anche la complessità delle scelte relative, da parte di un Governo e di un Parlamento, alla priorità da accordare all'uno, obiettivo fondamentale, rispetto ad un altro ecc. Nell'esperienza, che ancora qui voglio riportare, che ha consentito al Prof. Balduzzi, allora Ministro, con grandi sforzi, con grande pazienza negli incontri con le Regioni e con un ottimo dialogo con il suo Presidente del Consiglio e con il Consiglio dei Ministri, di tutelare largamente, a dispetto di quello che qualche volta qualche *blog* dice, la spesa per la salute, rendendola più seria, più efficiente e più distaccata dalla politica in quell'anno e mezzo, è stato anche il fatto che collettivamente come Consiglio dei Ministri ci siamo applicati ad altre voci che in quel momento debordavano nella spesa pubblica e che avrebbero potuto dare, se lasciate incontente, spallate ahimé risolutive allo spiazzamento del diritto alla salute. Mi riferisco, quando parliamo di spesa sociale in Italia rispetto agli altri Paesi, al fatto che sappiamo che la spesa sociale più esorbitante nei confronti internazionali per l'Italia è la spesa pensionistica, e una voce di spesa non sociale ma altrettanto esorbitante rispetto agli altri Paesi è la spesa per gli interessi sul debito pubblico.

Ecco allora che il diritto alla salute e la realizzabilità di quel diritto si tutelano da parte di un Ministro della Salute cercando di difendere le ragioni buone, che ci sono, da parte dell'insieme di un Governo cercando contemporaneamente di aggredire le escrescenze eccessive delle altre voci più ingombranti, ad esempio ciò che è necessario fare in certi casi per modificare le aspettative dei mercati e quindi consentire ai tassi di interesse di scendere e alla spesa per interesse di essere meno ingombrante, o fare una riforma delle pensioni che naturalmente appare socialmente invisibile solo se si guarda ad una riforma delle pensioni, se però si vedono gli effetti collaterali che sono anche quelli di rendere più fattibile un certo grado di tutela della salute pubblica, ecco che il giudizio deve essere più articolato.

Il ripensamento delle relazioni fra salute ed economia, da un lato, e tra salute e contesto internazionale, dall'altro, è, se vogliamo, un po' al centro del mandato che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dato a noi, Prof. Ricciardi, perché non ci è stato chiesto di fare qualcosa che Lei Professore saprebbe fare benissimo, io no, e cioè dare raccomandazioni specifiche su come affrontare la pandemia, su come rendere meno probabile in futuro il ripetersi di pandemie simili a questa; invece, quello che in questo caso l'OMS vuole perseguire, pur con l'appoggio di un Comitato Scientifico robusto di cui anche Ricciardi fa parte (per rendere la Commissione consapevole delle basi scientifiche di ciò che si sta



parlando), è racchiuso anche nell'originalità di questa Commissione: infatti l'oggetto sarà sicuramente il rapporto fra salute e sviluppo sostenibile, ma dice molto anche il sottotitolo, e cioè "riconsiderare le priorità politiche alla luce della pandemia".

Ecco allora che prima di tutto non sarà compito della nostra Commissione giudicare quello che i diversi Paesi hanno fatto e stanno facendo come capacità di prontezza nel contrasto alla pandemia attuale, né dare indicazioni tecnico-scientifiche per il futuro in questa sola materia.

La nostra è una Commissione voluta dall'OMS di composizione interdisciplinare per cui accanto agli scienziati del Comitato di consulenza scientifica, nella Commissione abbiamo alcune personalità che hanno grande esperienza sui temi della salute, alcuni *stakeholders* del mondo della salute, per esempio un membro della nostra Commissione è la neopresidente dell'Associazione mondiale dei medici di famiglia, con la prospettiva che sarà molto interessante, poi ci sono esperti di temi della comunicazione – ne vediamo la loro importanza in questo periodo –, ci sono economisti e cinque fra ex Capi di Stato ed ex Capi di Governo, nessuno dei quali oggi è più impegnato nella politica attiva, i quali possono portare l'esperienza su come in definitiva vengono prese le decisioni politiche non solo in ordine alla salute, ma in ordine anche a tante cose che sono complementari o succedanee alla salute dentro il vincolo di bilancio. Io sono stato invitato in quanto persona che ha passato una vita all'Università, ma che poi, per motivi assolutamente imprevedibili, ha fatto anche un'esperienza di scelte politiche. Per esempio uno dei temi di cui abbiamo cominciato ad occuparci nella Commissione è come si potrà evitare il passato, come si potranno reimpostare i processi di decisioni politiche e di bilancio, bilanci annuali e bilanci pluriennali, bilanci di un singolo Stato e bilanci di Unioni di Stati, come si dovrà modificare in futuro il modo di prendere queste decisioni fra usi alternativi di risorse scarse – in fondo la politica di bilancio è solo questo –, tenendo presente le conseguenze di questa pandemia. Qui abbiamo avuto, a parte le conseguenze tragiche sul piano delle vite e della salute e delle condizioni fisiche e morali della popolazione con tutta l'articolazione che anche studieremo degli effetti differenziati per generazioni (grande attenzione ai bambini), per genere (mi riferisco alle donne), oltre a queste tutte queste conseguenze ci sono state anche conseguenze strettamente economiche e di bilancio inaudite e impensabili, da evento bellico. Già ci sono state a seguito una prima ondata – abbiamo visto quanto persino l'Unione Europea ha deciso di mobilitare –, allora com'è possibile in futuro evitare che circostanze non previste ma forse non del tutto imprevedibili, almeno per categoria dei fenomeni (pandemie, effetti dei cambiamenti climatici e fenomeni connessi fra i due) e adottare una più consapevole prospettiva nella formulazione dei bilanci che per esempio dia maggiori risorse, rispetto alle molte che sono già destinate, alla sanità pubblica, tenendo conto che in fondo il farlo sarebbe anche un portarsi avanti nell'evidenziare i costi che altrimenti, se non sono previsti i fenomeni e non sono previste le conseguenze economiche, cadono sulla testa del sistema degli Stati e della Comunità internazionale in un modo disastroso come oggi?

Però attenzione, questo sarà un altro dei temi che studieremo: la pandemia ha conseguenze terribili e bisognerà cercare di evitarne il ripetersi o limitarne le conseguenze ove "*repe-*

*tita non iuvant*”, cioè in questo caso, ma è anche fondamentale cominciare a capire come curare le conseguenze economiche delle risposte che gli Stati hanno dato alla pandemia, perché siamo stati tutti ad applaudire gli interventi illimitati della Banca Centrale Europea, o della Federal Reserve negli Stati Uniti, siamo stati tutti ad applaudire quando l'Europa ha dismesso i cinici connotati dell'austerità che molti osservatori le attribuivano strutturalmente, commettendo un errore (perché è un atteggiamento che persiste solo in certe fasi, e noi ne abbiamo fatto esperienza), ma non possiamo pensare che questa gigantesca iniezione di fondi nelle nostre economie a titolo di grande liquidità (*quantitative easing* ancora più *'quantitated'* e ancora più *'easing'*) sia nel senso di maggiore indebitamento sia verso il mercato sia verso l'Unione Europea con il *Recovery Fund* e il MES, non possiamo pensare, per l'appunto, che tutto questo non abbia conseguenze sulle nostre economie. Ne cito solo una: noi in futuro se vorremo estrarre dai nostri Paesi più risorse da dedicare alla lotta contro il cambiamento climatico, all'ammodernamento del sistema sanitario perché sia più pronto in caso di nuove pandemie, se avremo quindi maggiore spesa pubblica di tipo social-preventivo, avremo bisogno che le nostre economie diventino più produttive e più competitive, perché vanno prodotte le risorse che serviranno, oculatamente destinate, per queste cose. Ma ci siamo mai posti il quesito degli effetti sulla produttività dei nostri sistemi economici di queste erogazioni – assolutamente benvenute – oggi per non far morire le persone e le economie? Sono effetti che spazzano via l'aspetto positivo dell'immagine schumpeteriana della distruzione creativa: si cerca di evitare la distruzione che va evitata nel breve periodo, ovvero non si vogliono far morire i bar, i ristoranti, le piccole e grandi imprese e relativi posti di lavoro, ma questo va a cristallizzare la struttura presente dell'economia e non c'è, come nell'ordinarietà della vita economica, una distruzione di ciò che si dimostra superato, inefficiente o improduttivo e quelle risorse vanno attraverso i mercati e l'intervento dello Stato a favorire la nascita del nuovo, questo è un processo che per un po' viene congelato. Noi siamo abituati ad anni di tassi di interesse negativi e inflazione molto molto bassa, ma sarà questo destinato a durare anche se verrà meno con il rinserrarsi psicologico ed economico nei propri Paesi, con una deglobalizzazione dopo che la globalizzazione ha portato ad aumentare moltissimo l'elasticità dell'offerta dei prodotti e quindi a tenere bassi i prezzi? Dovremmo aspettarci che la deglobalizzazione abbia l'effetto contrario, allora se mettiamo insieme questo all'enorme espansione della quantità di moneta imprestata già prima della pandemia e legittimata e accresciuta con la pandemia, cosa succederà all'inflazione in futuro e quali saranno le conseguenze anche sociali se ci dovesse essere una forte ripresa di questo fenomeno?

Ricollegandomi a quanto detto inizialmente, vorrei sottolineare che l'Organizzazione Mondiale della Sanità è anche un'organizzazione intergovernativa e questo avrà, spero, il vantaggio che quando a settembre dell'anno prossimo il nostro rapporto sarà pubblicato, probabilmente l'OMS lo leggerà e ne terrà conto, allora il fatto che sia un'organizzazione che parla a 53 Stati già solo in Europa può essere qualcosa di utile e di importante; però, pur essendo un'organizzazione intergovernativa, le scelte dei membri della Commissione e del suo Presidente sono state fatte direttamente dall'Ufficio europeo dell'OMS e non sono designazioni dei Governi, tanto che siamo una ventina e non 53, i membri quindi



hanno piena libertà di manifestazione del pensiero. Rifletteremo su tutte queste cose che stanno all'intersezione tra sanità ed economia, daremo delle raccomandazioni su che cosa a nostro giudizio va cambiato nella struttura intera del sistema sanitario e della sicurezza sociale.

Vi accennavo all'inizio all'altro condizionamento, quello internazionale. Perché spero che i diritti sanitari dei singoli Paesi debbano fare maggiormente i conti con l'internazionalità? Perché questa pandemia è stata, purtroppo, una importantissima lezione su come sia ancora primordiale la *governance* dei problemi della salute pubblica a livello internazionale, già nell'Unione Europea, che è la punta più avanzata nel mondo, come sappiamo, di coordinamento internazionale. Quindi credo che uno dei primi nostri piccoli prodotti sarà una serie di raccomandazioni su come cambiare l'architettura della *governance* internazionale della salute. Naturalmente questo dipenderà molto anche da quello che succederà a inizio novembre nelle elezioni americane, perché altro è raccomandare il miglioramento alla *governance* internazionale inscritta in una prospettiva mondiale di ripresa dei principi della *governance* multilaterale, altro sarebbe, nel caso opposto, fare tutto questo contro il vento di una vittoria e di una nuova energia e vigore di una visione del mondo basata sull'unilateralismo o, quando va bene, sul bilateralismo, ma non sulla gestione multilaterale dei problemi internazionali. Non sto esprimendo alcuna preferenza politica personale, ma obiettivamente ci sarà molta differenza a seconda della vittoria dell'uno o dell'altro candidato. Questo in ogni caso non impedirà che alcune raccomandazioni, soprattutto per l'Unione Europea, non possano essere prese in considerazione; del resto, la Presidente della Commissione Europea Ursula von der Leyen, nel suo recente discorso al Parlamento Europeo sullo Stato dell'Unione Europea, come primo punto ha proprio manifestato l'intento di avere una *European Health Union*: dopo l'Unione economica e monetaria, dopo l'Unione dei mercati dei capitali, dopo il mercato energetico unico (tutte cose realizzate a metà sulle quali c'è molto lavoro di completamento), emerge questa nuova Unione.

Se pensiamo che cinque anni fa la Commissione Juncker aveva svolto un interessante esercizio di consultazioni degli Stati membri e delle opinioni pubbliche su che tipo di Unione Europea volessero, disegnando cinque tipi di Unione Europea: una molto più intensa di funzioni rispetto ad oggi o a ieri, un'altra estremamente leggera concretata su pochissime cose e altri tre tipi. Bene in quest'ultimo tipo leggero veniva addirittura proposto che quelle pochissime competenze che l'Unione Europea ha in base ai Trattati in materia di salute venissero abbandonate dall'Unione e devolute o riprese a livello nazionale. Alla fine, non è stata adottata questa ipotesi, ma nessuno si è messo a ridere o a piangere quando è uscita in un documento ufficiale.

Questo è uno splendido indicatore di come il mondo sia cambiato e di come questa pandemia stia cambiando i nostri circuiti mentali e le nostre valutazioni politiche.

Io ascolterò quello che verrà detto dai ben più competenti colleghi in questa mattinata e considero questa occasione per me e per la Commissione che presiedo come uno degli *bearings*, una delle audizioni che abbiamo in animo di fare attraverso l'Europa. Finora non ne erano state messe in programma in particolare sull'aspetto del diritto della salute, ma questa mattinata, e il Prof. Balduzzi anche in seguito, consideratemi e considerateci richie-

denti permanenti di osservazioni e consigli anche nella specifica prospettiva del diritto. Grazie mille per la vostra attenzione.

\* \* \*

## Intervento del dott. Filippo Anelli\*

*Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO)*

Ringrazio il professor Balduzzi per l'opportunità di poter intervenire – per il secondo anno – al Convegno Nazionale di Diritto sanitario.

Nemmeno io sono un giurista. Sono un medico che in questo momento ha la responsabilità di essere alla guida della Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e che quindi rappresenta 460 mila professionisti fra medici e odontoiatri.

In questa mia riflessione partirei dalla Sentenza della Corte costituzionale n. 209/2020, pubblicata proprio questa settimana. È una sentenza che interviene sull'inserimento dei trattamenti osteopatici nell'ambito del Servizio sanitario della Regione Marche. L'orientamento che la Corte ha assunto ci ha un po' stupiti, dato che ancora oggi non sappiamo esattamente cosa siano gli osteopati. Questo significa che ricorre il conflitto o, se non vogliamo parlare di conflitto, la diversità di interpretazione dell'art. 117 che regola e diversifica le competenze fra Stato e Regioni in materia anche di Sanità.

Il dato è molto semplice: a livello ministeriale si sta ancora lavorando per un decreto che definisca le competenze e i percorsi formativi degli osteopati, mentre nelle Marche si mette in atto oggi un modello sperimentale di assistenza fatto dagli osteopati, senza che ne siano state definite a livello nazionale le competenze.

La questione ci riporta ad un tema ancora più ampio: a chi compete la formazione? C'è una competenza statale dei professionisti o si tratta di una competenza che dev'essere attribuita alle Regioni? Questo argomento è stato oggetto anche del dibattito sul regionalismo differenziato: le Regioni hanno chiesto di poter intervenire in maniera diretta anche sui processi formativi, definendo i programmi di formazione.

Io credo che governare le professioni non sia molto semplice. Sebbene il Ministro Speranza abbia, su nostra proposta, istituito una Consulta delle Professioni Sanitarie, questo ambito risulta ancora oggi largamente caratterizzato da una conflittualità accesa e franca tra le singole professioni. Finisce così che a definire il fabbisogno della formazione dei futuri professionisti sia ciò che le Regioni dicono, con un meccanismo che ad oggi credo non abbia funzionato molto. Per quanto riguarda la professione medica, fino a due anni fa, gran parte dei numeri delle scuole di specializzazione si fermava a 6000 borse, poi aumentate dal Ministro Grillo a 8000 e quest'anno dal Ministro Speranza a 14.500. Il problema è defla-

---

\* Trascrizione dell'intervento orale rivista dall'Autore.

grato in maniera manifesta con la pandemia, perché il Covid-19 ha fatto emergere tutte le carenze in termini di risorse umane negli ospedali e nel sistema sanitario, di professionisti che avrebbero dovuto essere lì presenti e che invece oggi non ci sono. Quindi, anche qui il meccanismo non ha sicuramente funzionato, dato che la programmazione - che avrebbe dovuto essere collegata ai fabbisogni dei singoli ospedali e delle singole aziende sanitarie - probabilmente ha ceduto il passo a quelle che erano invece le esigenze formative dell'Università o a chissà a quale altra situazione. Certo è che oggi si è formato un imbuto formativo, dato dalla differenza fra il numero dei laureati, che in genere supera i 9000 medici, e il numero delle borse disponibili; se le borse com'è sempre stato si sono fermate a 6000 unità, è chiaro che la differenza fra 9000 e 6000 ha comportato un elevato numero di medici che non avevano possibilità di specializzarsi, dunque fermi in un limbo in attesa di un percorso formativo post lauream. Quest'anno, con la laurea abilitante, questo numero è cresciuto ancora e al concorso di specializzazione delle 14.500 borse hanno partecipato 23.000 medici. Vuol dire che sono fermi in questo imbuto circa 9000/10.000 colleghi.

Il tema è molto rilevante perché in un momento in cui si aumentano i posti letto, e i ventilatori nelle rianimazioni, l'assenza di professionisti, di rianimatori e di medici è una questione cruciale.

Questa alterazione della programmazione ha inoltre creato una diversificazione nell'impiego dei professionisti: nel recente passato abbiamo visto come molte regioni fosse indirizzate ad utilizzare i medici, i laureati e non gli specialisti, all'interno dei servizi assistenziali, in maniera particolare nel settore dell'emergenza-urgenza. Questo ha creato un altro problema, perché se il percorso formativo prevede due fasi, la fase della laurea e la fase della specializzazione per poter esercitare all'interno dei nostri ospedali, la mancanza dei requisiti pone una questione soprattutto di qualità e quindi di risposta qualitativa in termini assistenziali. Di qui la nostra incessante richiesta al Governo di collegare alla laurea in medicina il percorso formativo post lauream, prevedendo per legge per ogni laureato una borsa di specializzazione o di medicina generale in modo tale da concludere il percorso formativo.

Un'altro tema che vorrei toccare, di cui ho più volte parlato con il professor Balduzzi, è il ruolo degli Ordini: la legge Lorenzin 3/2018 ha modificato sostanzialmente la loro funzione attribuendo loro ruoli e compiti secondo il principio di sussidiarietà. In questo momento, in periodo Covid, sono emerse le criticità di un percorso che si è gradualmente avviato, ma che non si è sicuramente sostanziato in interventi molto concreti. Il fatto che lo Stato, attraverso una legge, conferisca in sussidiarietà compiti agli Ordini per il governo della professione all'interno del sistema e all'interno della nostra società, pone gli Ordini come enti che debbano contribuire, soprattutto in questi momenti difficili, a dare risposte, coordinandosi con altri enti. Abbiamo avviato anche su questo punto un protocollo d'intesa con la Conferenza delle Regioni, che ho personalmente sottoscritto insieme al Presidente Bonaccini, ma siamo lontani da *standard* partecipativi e di collaborazione nelle singole Regioni che possano essere definiti accettabili. È un tema importante questo, perché significa anche ricostruire una modalità di essere da parte degli Ordini, che ha rappresentato uno dei fronti di impegno della mia presidenza, nel tentativo di dare un senso alla legge

3/2018 in maniera concreta nel rapporto soprattutto con gli altri enti statali, regionali e locali. Tuttavia, a titolo di esempio, l'AIFA continua a governare la prescrizione medica dei farmaci, senza che i professionisti e gli Ordini siano in qualche maniera coinvolti; è uno dei tanti esempi che mostra come le norme poi debbano trovare anche le modalità per essere attuate.

Poi c'è il grande tema dell'obbligatorietà dei vaccini, che con la pandemia oggi diventa estremamente attuale, per via delle vaccinazioni antinfluenzali e, speriamo entro la fine dell'anno, anche per il vaccino anti-Covid. Su questo emergono questioni riguardanti l'art. 32 della Costituzione, quindi la tutela dei diritti dei singoli cittadini e l'obbligatorietà di alcuni interventi legislativi anche di carattere regionale che impongono, ad esempio, a tanti professionisti la vaccinazione. I limiti dei diritti dei singoli e la tutela della salute della società nella sua interezza costituiscono un dibattito aperto su cui credo sia ancora opportuno riflettere e intervenire.

Altro punto importante è quello delle disuguaglianze, che attiene a principi della nostra Carta costituzionale e che impone riflessioni ineludibili. Mi riferisco soprattutto alle diversità degli indicatori sulla sopravvivenza, ma anche alla ripartizione su tutto il territorio nazionale dei numeri dei posti letto, dei centri di eccellenza, e alla correlazione del diritto alla tutela della salute con la ripartizione delle risorse e le fasce di povertà e bassa istruzione che incidono nettamente sulla salute dei singoli cittadini.

Termino questo intervento richiamando il fatto che la professione medica è una professione peculiare e particolarissima perché ha da sempre correlato le competenze, e cioè quel potere che deriva dalla conoscenza, ad un utilizzo delle stesse non in maniera indiscriminata, ma finalizzata. Lo aveva capito Ippocrate nel 400 a.C. quando aveva obbligato i suoi seguaci a utilizzare quel potere e quelle competenze per non creare problemi ai propri assistiti. Oggi i medici correlano quelle competenze e quel potere che deriva dalle conoscenze, al fatto di esercitarlo solo ed esclusivamente per il bene del singolo e della società: è un giuramento che fanno, un giuramento che sembrava pleonastico o rituale fino a un anno fa e che si è dimostrato invece assolutamente cogente, anzi, forse il motore e l'anima della passione e dell'abnegazione dei medici durante il Covid. I medici non hanno soltanto una funzione etica, non correlano soltanto il loro sapere, le loro conoscenze, a un problema di carattere etico, ma anche ad un problema di carattere giuridico: oggi esercitare la professione significa tutelare diritti che sono previsti dall'art. 2 della Costituzione come diritti essenziali per la nostra Repubblica, e cioè il diritto alla vita, il diritto alla salute, il diritto all'autodeterminazione dei trattamenti su cui ogni individuo deve decidere, il diritto all'equità e all'uguaglianza, il diritto alla libera ricerca e il diritto alla libertà della scienza. Io credo che questa professione oggi sia un valore importante per la nostra democrazia, perché, garantendo quei diritti, garantisce anche l'esercizio della democrazia.

\* \* \*

## Intervento del prof. Fabrizio Faggiano\*

*Professore ordinario di Igiene nell'Università degli studi del Piemonte Orientale*

### **Come il diritto sanitario può aiutare la prevenzione oggi e nel dopo-pandemia**

#### **Prima parte: oggi**

Al momento in cui viene scritto questo contributo, la seconda ondata della Pandemia di COVID-19 fatica ad essere controllata, dopo un periodo di crescita esponenziale che ha fatto veramente paura. I casi raddoppiavano ogni settimana e il conteggio dei nuovi casi giornalieri sono arrivati a 35000 contro il massimo di marzo di 5600<sup>1</sup>. L'età mediana dei nuovi casi, che a fine estate era scesa fino a 32 anni<sup>2</sup>, sale (all'inizio di novembre era 43 anni)<sup>3</sup> e si avvicina a quella di aprile, che era sopra i 62 anni<sup>4</sup>. Anche i dati sui ricoveri ospedalieri e sullo stress degli ospedali si avvicinano a quelli di marzo; 16 regioni hanno superato le soglie di allarme di occupazione dei letti in terapia intensiva e in area non critica<sup>5</sup>.

Contemporaneamente giungono notizie molto confortanti sul fronte della ricerca sui vaccini: lo studio di fase 3 che valuta l'efficacia di quello elaborato da Pfizer, coinvolgendo 43500 volontari, si è concluso, e l'efficacia supera il 95%<sup>6</sup>. Anche il vaccino sviluppato da Moderna, che condivide la stessa tecnologia innovativa dell'inoculazione di RNA codificante la proteina "Spike", è alle fasi finali dello studio di fase 3<sup>7</sup>. Ci si aspetta quindi che i due vaccini vengano presto sottoposti alla procedura di registrazione presso la *Food and Drugs Administration* americana e la *European Medicine Agency*. Anche se l'immunità fosse di breve durata, come ad esempio quella del vaccino antiinfluenzale che è di circa un anno, la disponibilità di un vaccino efficace avvicina sostanzialmente la fine dell'emer-

---

\* Lo scritto costituisce la rielaborazione, con l'aggiunta delle note, del testo dell'intervento svolto dall'Autore all'interno della Tavola rotonda.

<sup>1</sup> [https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/#box\\_16](https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/#box_16) (ultimo accesso 19 novembre 2020).

<sup>2</sup> Istituto Superiore di Sanità, *Epidemia COVID-19 – Aggiornamento nazionale 1° settembre 2020*.

<sup>3</sup> Istituto Superiore di Sanità, *Epidemia COVID-19 – Aggiornamento nazionale 11 novembre 2020*.

<sup>4</sup> Istituto Superiore di Sanità, *Epidemia COVID-19 – Aggiornamento nazionale 9 aprile 2020*.

<sup>5</sup> <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php#> (ultimo accesso 19 novembre 2020).

<sup>6</sup> L. CUPPINI, *Pfizer rilancia: "vaccino efficace al 95%"*, in *Corriere della Sera*, 19 novembre 2020, p. 14.

<sup>7</sup> G. NOCENTINI, C. RICCARDI, *Il punto sui vaccini anti-SARS-CoV-2*, in *Società Italiana di Farmacologia*, 2020 ([https://sif-website.s3.amazonaws.com/uploads/document/attachment/165/Vaccini\\_COVID.pdf](https://sif-website.s3.amazonaws.com/uploads/document/attachment/165/Vaccini_COVID.pdf); ultimo accesso 19 novembre 2020).

genza epidemica. La rapidità dello sviluppo del vaccino e della conduzione degli studi di efficacia è stupefacente, e rende credibili le valutazioni più ottimistiche circa la disponibilità di dosi di vaccino per tutta la popolazione e sulla possibilità di avere, nell'autunno 2021, una quota sufficiente di popolazione vaccinata da fermare l'epidemia

Con questo scenario tranquillizzante, almeno a medio termine, vale la pena soffermarsi su alcune lezioni che abbiamo imparato da questa prima fase dell'emergenza pandemica.

1) il 50% dei deceduti per COVID aveva più di 82 anni, il 64,8% era affetto da almeno 3 patologie croniche e solo il 3,3% non aveva alcuna patologia diagnosticata. L'epidemia da SARS-Cov-2 ha quindi colpito duramente l'Italia soprattutto per la prevalenza elevata di soggetti anziani e fragili della nostra popolazione e questo la rende altamente vulnerabile ad ogni evento critico (come può essere una epidemia di una malattia respiratoria o una ondata di calore). Nel 2019, gli italiani a 65 anni hanno in media 12,5 anni di attesa di vita con malattie o limitazioni e solo 10 in salute<sup>8</sup>, collocandosi sostanzialmente sotto la media europea.

2) un sistema sanitario centrato sull'ospedale non è adatto ad affrontare una epidemia di una malattia a trasmissione aerea. Lo ha chiaramente espresso in un articolo un gruppo di medici dell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo: *“Western health care systems have been built around the concept of patient-centered care, but an epidemic requires a change of perspective toward a concept of community-centered care... In a pandemic, patient-centered care is inadequate and must be replaced by community-centered care. Solutions for Covid-19 are required for the entire population, not only for hospitals”*<sup>9</sup>.

La *community-oriented care* deve mirare, fin dall'inizio, ad interrompere la trasmissione e a ridurre al minimo il numero dei contagi, prevenendo quindi per quanto possibile l'accesso in ospedale. È il modello delle *“3-T trace-test-treat”* proposto dall'OMS nel 2012 per la malaria, che raccomanda l'identificazione precoce di ogni caso, il censimento di tutti i contatti stretti e l'applicazione a questi delle misure di contenimento (quarantena per i contatti, isolamento per i casi) in modo da interrompere la trasmissione della malattia. Si tratta di una strategia genuinamente preventiva, che mira a ridurre al minimo la diffusione dell'epidemia, raccomandata da molti epidemiologi fin dall'inizio dell'epidemia<sup>10</sup>.

Ma è anche il modello che è stato applicato in Veneto, a partire da Vo' Euganeo; lì, il giorno successivo al primo morto italiano per COVID, il 21 febbraio, la cittadina è stata posta in *lockdown* per 14 giorni, e tutta la popolazione testata con il tampone. Questa misura ha

<sup>8</sup> ISTAT, *BES 2019 – Benessere Equo e Sostenibile in Italia*, Roma, 2020.

<sup>9</sup> M. NACOTI, A. CIOCCA, A. GIUPPONI *et al*, *At the epicenter of the COVID-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation*, in *NEJM Catalyst*, 21 marzo 2020.

<sup>10</sup> [https://www.who.int/malaria/areas/test\\_treat\\_track/en/](https://www.who.int/malaria/areas/test_treat_track/en/).



portato ad un immediato calo delle infezioni e a far diventare quell'intervento un modello richiamato da tutto il mondo<sup>11</sup>.

3) Ma il sistema della prevenzione (Dipartimento di Prevenzione e il SISISP Servizio di Igiene e Sanità Pubblica) e la sanità territoriale e in particolare il Distretto, che avrebbero dovuto dare il maggior contributo al contenimento dell'epidemia e dei suoi effetti attraverso l'isolamento degli infettivi e la cura domiciliare dei pazienti sintomatici, dopo anni di disinvestimento, non erano adeguati né preparati alla sfida. D'altra parte di dati più recenti<sup>12</sup> indicano che l'Italia alloca all'assistenza ospedaliera il 3,8% del proprio PIL (5° posto in Europa), e solo il 1,2% del PIL per l'assistenza sul territorio (al 15° posto in Europa), con molti paesi che investono più del doppio del nostro paese (la Germania alloca il 2,9% al territorio).

Quello che stupisce anche gli osservatori più attenti è che durante i mesi di pausa fra la prima ondata, che possiamo definire terminata alla fine di maggio, e la seconda ondata, che è iniziata prepotentemente i primi giorni di ottobre, cioè durante 4 mesi, non ci sia stato il tempo per prepararsi. Nella seconda ondata il tracciamento dei contatti ha dovuto rapidamente soccombere al numero dei positivi date le scarse risorse e la poca organizzazione messe in campo per contrastarla, il sistema informativo, almeno in alcune regioni, non è lungi da essere adeguato alle esigenze e anche il sistema territoriale di presa in carico dei soggetti paucisintomatici è in affanno. Questi sembrano indici chiari della scarsa capacità di programmare la gestione delle grandi emergenze

Il contrasto efficace dell'epidemia (riduzione dei contagi, dei malati e delle morti) è passato attraverso interventi di prevenzione del contagio, squisitamente di pertinenza della sanità pubblica, ma che non avevano, e non hanno ancora, un termine per nominarli, per cui vengono ancora oggi chiamati per sottrazione: i *non pharmacologic interventions*<sup>13</sup>. Questo è invece un altro segno della debolezza culturale della prevenzione.

Da questa analisi molto parziale possono derivare alcune modeste idee su come il Diritto Sanitario possa aiutare.

1) La debolezza delle competenze e delle capacità di gestire eventi eccezionali è risultata chiara a tutti i livelli del sistema sanitario, dalla gestione del SISISP, a quella regionale, passando per il livello aziendale. L'attuale emergenza, ma ancor più le future e facilmente prevedibili emergenze legate alla crisi ambientale e climatica e alle prossime prevedibili epidemie, richiede vertici con un livello di formazione molto più elevato di quello presente. L'Italia ha bisogno di un modello omogeneo di formazione dei vertici della sanità per dotarli delle competenze necessarie ad affrontare crisi come quella attuale. Competenze mul-

---

<sup>11</sup> E. LAVEZZO *et al.*, *Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo'*, in *Nature*, 30 luglio 2020 (<https://doi.org/10.1038/s41586-020-2488-1>).

<sup>12</sup> ISTAT, *Rapporto annuale 2020: la situazione del paese*, Roma, 2020.

<sup>13</sup> N. FERGUSON, D. LAYDON, G. NEDJATI-GILANI *et al.*, *Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand*, *Imperial College COVID-19 Response Team*, 16 marzo 2020.

tidisciplinari che devono andare dall'epidemiologia alla organizzazione sanitaria, dall'economia aziendale alle scienze della comunicazione; c'è bisogno di una Alta Scuola di Sanità Pubblica che fornisca strumenti per prevenire, gestire e risolvere le prossime emergenze. Già Garattini ha auspicato una simile iniziativa sulle pagine del quotidiano Domani del 30 settembre. Una scuola nazionale che potrebbe diventare obbligatoria per tutti coloro che ambissero a carriere al vertice della Sanità

2) la seconda proposta è meno ambiziosa, ma ugualmente essenziale: le direzioni delle Aziende Sanitarie, non solo quelle ospedaliere, ma anche quelle territoriali, sono troppo focalizzate sull'ospedale, e si sono rivelate incapaci di gestire una emergenza da affrontare sul territorio. È necessario dare un governo specifico alla prevenzione e al territorio, affiancando nelle ASL al Direttore Sanitario anche un Direttore della Prevenzione in staff al Direttore Generale. La Regione Piemonte negli scorsi anni aveva iniziato la sperimentazione di questo modello (Direzione integrata della prevenzione DGR n. 10-10267 del 16/12/2008), insieme a quella dei Peps, i Profili e Piani di salute (Piano Regionale di Prevenzione 2010-12 – Determinazione n. 449 del 12/08/2009). Ambedue queste innovazioni sono state immediatamente accantonate e dimenticate con l'elezione della nuova Giunta regionale del 2010.

Il diritto sanitario deve approfondire questa ipotesi, eventualmente partendo dalla analisi della esperienza piemontese.

### Seconda parte: cosa ci aspetta, dopo

Cosa rimarrà di tutto quello che i cittadini italiani hanno sofferto? Provare a rispondere a questa domanda richiede un esercizio di preveggenza più che di scienza. Non abbiamo riferimenti storici affidabili. L'attuale pandemia COVID-19 ha però una certa somiglianza con la "Spagnola", la pandemia del 1918-20; sono infezioni a trasmissione aerea, che hanno interessato tutto il mondo, con una letalità medio-alta. In un periodo di 2 anni (febbraio 1918-dicembre 1920), fino a 500 milioni di persone, un terzo della popolazione mondiale, furono infettate dal virus dell'influenza e circa 100 milioni di persone persero la vita, un numero maggiore ai morti della prima guerra mondiale<sup>14</sup>.

In quell'occasione, l'Italia ha registrato il maggior numero di casi dopo la Russia, ma in termini di tasso di mortalità il bilancio del Portogallo è stato ancora più alto. I morti in Italia sono stati circa 600.000 durante le tre ondate di influenza. La prima è iniziata alla fine di aprile 1918 ed è durata fino a giugno. Nel settembre 1918 è iniziata la seconda ondata e l'influenza si diffuse principalmente nel centro e nel sud dell'Italia fino al maggio 1919. A differenza dell'epidemia di COVID19, la spagnola ha colpito soprattutto i giovani sani tra i 20 e i 40 anni di età e molto meno gli anziani e i bambini<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> J.M. Barry, *The Great Influenza: The Story of the Deadliest Pandemic in History*, Londra, Penguin Books, 2004.

<sup>15</sup> L. FERRARI, *Spanish flu in Turin as told by historical autopsy reports*, in *Pathologica*, 112, 2020, n. 2 (DOI 10.32074/1591-951X-2-20).

E dopo la Spagnola, cosa è successo? Secondo Jeremy Greene, storico della medicina dell'Università Johns Hopkins, la Spagnola ha avuto una “fine sociale” che ha preceduto l'annuncio ufficiale della fine della pandemia, perché le persone erano stanche e ansiose di riprendere la propria quotidianità, e hanno ad un certo punto iniziato a vivere come se la pandemia fosse terminata, nonostante il virus continuasse a circolare<sup>16</sup>.

Secondo le storiche spagnole Laura e Maria Lara Martinez, “la popolazione che riuscì a sopravvivere entrò in una fase di euforia in tutti i sensi, compreso quello economico”. Finita la guerra mondiale e terminata la pandemia di influenza spagnola, “arrivarono i felici anni '20” (che sono poi quelli che hanno anticipato i regimi totalitari d'Europa). La memoria della pandemia è stata breve, lasciando pochi cambiamenti, e una maggiore attenzione all'igiene sia a livello individuale che istituzionale<sup>17</sup>.

Il contesto oggi è molto diverso, per cui è impossibile dire se l'impatto della pandemia di SARS-COV-2 avrà lo stesso breve orizzonte. Quello che è certo, però, è che, una volta che l'epidemia sarà messa sotto controllo da un vaccino o da una acquisita capacità di convivenza con il virus, la fragilità della popolazione italiana tornerà ad essere il problema prioritario dalla salute degli italiani, se possibile ulteriormente acuito dalle conseguenze che la malattia avrà lasciato nei soggetti che se ne sono ammalati<sup>18</sup>.

Un'altra facile previsione riguarda quello che accadrà al sistema delle cure primarie e della prevenzione: dopo tanti elogi e pentimenti riguardo alla trascuratezza con cui è stato trattato per anni, ritornerà nell'ombra, cioè molto citato, ma poco finanziato.

La ragione principale per questa poca fiducia nelle prospettive delle cure primarie e della prevenzione è che si tratta di un sistema che non possiede ancora una strutturazione tale da rendere le proprie attività rendicontabili, né da permettere qualsivoglia valutazione degli esiti, con la meritevole eccezione degli screening oncologici. L'assistenza ospedaliera, per quanto non priva di difetti, può essere presa ad esempio: presupposto per un miglioramento della sua qualità è stata, all'alba degli anni '90 del secolo scorso, la predisposizione dell'archivio delle SDO, capace di registrare tutti i ricoveri, e il suo ruolo primario nel finanziamento delle strutture, attraverso il sistema DRG. Fino a che anche i servizi della prevenzione e quelli territoriali non avranno un nomenclatore di attività e un archivio delle prestazioni erogate, non potrà ambire a contendere all'assistenza ospedaliera un ruolo di comprimario del Servizio sanitario nazionale.

Ma questo richiede una sorta di “rivoluzione copernicana” nella sanità, capace di mettere al centro il cittadino invece del malato. Capace cioè di darsi seriamente come obiettivo

---

<sup>16</sup> <https://www.nytimes.com/2020/05/10/health/coronavirus-plague-pandemic-history.html?auth=login-google>.

<sup>17</sup> M.R. MARTINEZ, *Come finì la pandemia di influenza spagnola e quali lezioni traiamo da un secolo fa?*, in *Euroneus*, 3 giugno 2020 (<https://it.euroneus.com/2020/06/03/come-fini-la-pandemia-di-influenza-spagnola-e-quali-lezioni-1918-coronavirus-covid19>).

<sup>18</sup> T. GREENHALGH, M. KNIGHT, C. A'COURT, M. BUXTON, L. HUSAIN, *Management of post-acute covid-19 in primary care*, in *BMJ*, 25 settembre 2020 (doi:10.1136/bmj.m3026).

il prevenire l'inizio della malattia anziché, più modestamente, curare la malattia dopo la sua diagnosi. James Fries, riflettendo sull'invecchiamento della popolazione, già 40 anni fa aveva proposto come strategia la “*compression of disease*”: spostare investimenti dall'aumento della sopravvivenza dei soggetti malati alla prevenzione delle malattie croniche, privilegiare la qualità della vita alla sua quantità<sup>1</sup>. Ma questo richiede una maturazione e consolidamento del governo della prevenzione che oggi manca. Ci vorrà tempo, ma è giunto il tempo di cominciare.

Per accelerare questa “rivoluzione copernicana”, o perlomeno per renderla possibile, vi sono due urgenze che il diritto sanitario può aiutare prioritariamente ad affrontare:

- ridare centralità al Ministero della Salute nel governo della prevenzione e della promozione della salute. In particolare è urgente portare sotto la responsabilità del Ministero della Sanità i domini quelle azioni che sono più rilevanti per la salute: la tassazione dei prodotti del tabacco, le politiche sull'accessibilità alle bevande alcoliche e al gioco d'azzardo, la tassazione dei generi alimentari che hanno maggiore impatto sulla salute, come ad esempio lo zucchero negli alimenti. Attualmente questi domini sono sotto la responsabilità di ministeri diversi, dal MEF al MIPAAF, il Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, che antepongono gli interessi economici a quelli per la salute. Si tratta però dei settori di intervento in assoluto più efficaci per modificare i comportamenti a rischio per la salute dei cittadini, riducendo il rischio dell'insorgenza di malattie croniche e aumentando il benessere individuale. Il Piano Nazionale di Prevenzione, nonostante la sua ambizione, senza la possibilità di attuare anche questo tipo di interventi, non è in grado di incidere in modo rilevante sui principali fattori di rischio di malattia in Italia.
- La seconda è la elaborazione di un nomenclatore delle attività di prevenzione e la costruzione di un sistema informativo capace di monitorare e rendicontare le attività di prevenzione svolte dalle aziende sanitarie. Questa potrebbe essere la base per lo sviluppo di un sistema di finanziamento delle attività di prevenzione che ricalchi il sistema DRG, che sia cioè legato alla messa in atto degli interventi e non solo alla loro progettazione.

Si tratta di due proposte semplici, ma che richiedono una evoluzione sostanziale del concetto del ruolo che la sanità deve avere nella protezione della salute, che forse l'esperienza di questa pandemia che ha travolto il mondo può aver favorito.

<sup>1</sup> J.F. FRIES, *Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity*, in *New England Journal of Medicine*, 303, 1980, n. 3, pp. 130-135.

\* \* \*

## Intervento della prof.ssa Anna Rosa Favretto\*

*Professore ordinario di Sociologia nell'Università degli studi del Piemonte Orientale*

### **Pazienti, medici di medicina generale e Covid-19: una questione di fiducia**

**SOMMARIO:** 1. Le cure erogate nei territori e la pandemia. – 2. L'azione “*ultrasanitaria*” della fiducia in ambito terapeutico. – 3. Costruire la fiducia ai tempi del Covid-19. – 4. Conclusioni.

#### **1. Le cure erogate nei territori e la pandemia**

In un'intervista rilasciata al Sole24Ore Sanità<sup>2</sup> il Ministro della Salute on. Speranza, a proposito dell'utilizzo dei fondi del *Recovery Fund*, ha affermato che si sta programmando un rilancio del Servizio Sanitario Nazionale secondo cinque direttrici: territorio e sanità di prossimità, ospedale in rete, salute e ambiente, conoscenza per la salute e innovazione digitale. Ha sottolineato, inoltre, che il punto di partenza sarà rappresentato dal territorio con lo scopo di curare le persone il più possibile a casa, o vicino a casa. In questa direzione, un aiuto al ministro Speranza potrebbe essere offerto da un precedente Ministro della salute il quale, in un editoriale comparso su questa *Rivista*<sup>3</sup>, tra le “cose da fare” nel corso della transizione verso il post-pandemia indica il potenziamento della capacità di coordinamento del livello centrale, ponendo tra gli esempi presi in esame la medicina generale e, più in generale, il tema delle cure erogate sui territori.

In particolare, in questa disamina l'Autore ricorda che la riforma sanitaria del 2012 (d.l.158/2012, conv. l. n. 189/2012) aveva assunto la medicina generale “come cardine non soltanto di sé medesima, ma dell'intera riqualificazione e riorganizzazione [...] del sistema sanitario, in cui alla rimodulazione dell'organizzazione ospedaliera e della relativa spesa

---

\* Lo scritto costituisce la rielaborazione, con l'aggiunta delle note, del testo dell'intervento svolto dall'Autrice all'interno della Tavola rotonda.

<sup>2</sup> B. GOBBI, *Recovery Fund/Speranza, con risorse piano di rilancio del SSN basato su 5 assi. Territorio centrale. Poi: «Rendere più attrattivo il Paese»*, in *Il Sole24Ore Sanità*, 29 settembre 2020.

<sup>3</sup> R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *Corti supreme e salute*, 2020, n. 2, pp. 339 ss.

si accompagnava, finalmente, la riorganizzazione della sanità territoriale e della relativa spesa, a partire dal suo “cuore”, cioè la medicina generale”<sup>4</sup>.

Com'è noto, non è riuscita nell'intento riformatore nemmeno la presenza nel dispositivo normativo della clausola secondo la quale, se entro sei mesi non si fosse proceduto all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali per i medici convenzionati, il Ministro della Salute avrebbe dovuto provvedere all'attuazione dei principi della riforma con disposizioni transitorie. Successivamente all'esperienza di governo che aveva promossa l'attività di riforma, è mancata la capacità, oppure è mancata la volontà, di affrontare l'innovazione. O forse sono mancate entrambe.

L'epidemia è arrivata e ha trovato la medicina generale in gravissima sofferenza, i cui indicatori sono stati evidenziati da tempo e da più fonti. Per esempio, i medici di medicina generale sono sempre più anziani e sempre più oberati di lavoro. I dati ci dicono che sono in progressivo aumento, soprattutto in alcune regioni, coloro che seguono più di 1500 assistiti. A causa dell'invecchiamento generale della popolazione, inoltre, non soltanto i medici divengono sempre più anziani, ma lo divengono anche i loro pazienti, con quanto ne consegue dal punto di vista delle necessità di cura. Risulta anche che i medici di medicina generale siano tra i sanitari più esposti al virus, con un rilevante numero di deceduti soprattutto durante la prima fase dell'epidemia. A questa situazione di squilibrio, si aggiunga che anche a livello regionale sono ampie le criticità delle *policy* in merito alla medicina territoriale, con profonde differenze di investimento tra Regioni proprio per questo importante segmento che opera a difesa della salute pubblica.

L'epidemia ha imposto di riportare l'attenzione collettiva sulla medicina generale e, finalmente, anche nella retorica pubblica, il tema inizia a essere costruito come “problema sociale” degno di rilievo e non soltanto come esito di riforme inapplicate e di *policy* incerte. In altre parole, con l'epidemia, forse si è avviato un percorso di pubblica consapevolezza che, ci auguriamo, porti all'estesa attuazione dei principi della riforma e a nuovi investimenti sia per quanto riguarda la medicina generale, sia, più complessivamente, per la medicina territoriale.

## 2. L'azione “*ultrasanitaria*” della fiducia in ambito terapeutico

Nel corso della pandemia di Covid-19, già a partire dalle prime fasi, la vita quotidiana della popolazione è stata riorganizzata ricorrendo anche alla fiducia, meccanismo sociale che, insieme con le disposizioni normative restrittive delle attività personali e sociali, accompagnate dalle relative sanzioni, pare riuscire a tenere sotto controllo il diffondersi del virus, i suoi effetti destabilizzanti per la tenuta del sistema sociale, gli effetti di sovraccarico sul sistema sanitario.

<sup>4</sup> *Ivi*, p. 347.



Il ricorso alla fiducia ha dato prova di essere un meccanismo sociale importante nonostante il Covid-19 sia giunto in un contesto critico proprio per la costruzione e il mantenimento delle manifestazioni di fiducia nelle istituzioni, anche in quelle sanitarie. In particolare, per l'ambito sanitario l'epidemia è arrivata nel corso di una fase, il cui avvio si colloca negli anni '80, caratterizzata da tre importanti processi<sup>5</sup>: la diminuzione della fiducia attribuita dai pazienti alla scienza medica (pensiamo, a titolo di esempio, ai rinnovati movimenti "No vax"); la crescente fiducia attribuita a specifiche categorie nell'ambito delle professioni biomediche, o a singole personalità mediche presenti a livello mediatico; infine, la crescente fiducia *ad personam* riguardante singoli medici, testimoniata anche dai rapporti Censis degli ultimi anni, i quali riportano dati molto elevati di fiducia "personalizzata", di tipo interpersonale, attribuita ai medici di medicina generale (a cui viene attribuita fiducia da parte del 82,3% degli intervistati) e ai medici specialisti (91%), ossia professionisti con i quali i pazienti instaurano rapporti fiduciarî interpersonali nel corso delle relazioni terapeutiche<sup>6</sup>. Inoltre, il Covid-19, come già richiamato, è arrivato in una fase critica per l'assetto dell'assistenza primaria e per le sue vicissitudini nei percorsi di riforma<sup>7</sup>.

Dal punto di vista dell'analisi sociale appare rimarchevole il fatto che, soprattutto nel corso della prima fase dell'epidemia, la situazione sembri essere mutata rapidamente: abbiamo assistito alla crescita della fiducia generalizzata verso le istituzioni, anche verso quelle politiche, soprattutto nella forma della fiducia istituzionale focalizzata verso specifiche figure o istituzioni. Inoltre, nonostante la diffusione di notizie riferite al c.d. "complotto", è aumentata la fiducia verso i sistemi esperti di carattere biomedico, così come indicato dal grande ascolto ottenuto, nei media e nei social media, da tutti gli esperti del settore medico e, più in generale, scientifico.

Appare, dunque, interessante comprendere i meccanismi attraverso cui si è realizzato questo rapido mutamento dell'attribuzione della fiducia, anche in considerazione della confusione e della disorganizzazione che hanno caratterizzato tutta la prima fase della diffusione del virus, condizione apparentemente non adatta a stimolare l'attribuzione di fiducia alle istituzioni, anche a quelle sanitarie. Infatti l'aumento del quadro di insicurezza rispetto all'andamento della diffusione di un virus sconosciuto, insieme con la disorganizzazione di parti importanti delle istituzioni sanitarie a livello locale, avrebbero potuto scardinare la già debole fiducia verso le istituzioni stesse e la tenuta dell'ordine sociale. Ciò non è avvenuto.

I livelli macro e mesosociale di analisi, ai quali afferiscono le analisi normative e organizzative a cui abbiamo fin qui fatto riferimento, non sono gli unici in grado di fornire riflessioni per conoscere e trattare queste dinamiche. A livello microsociale esistono ambiti

---

<sup>5</sup> M.G. VICARELLI, *Le trasformazioni del rapporto medico-paziente in Italia: un'analisi processuale*, Intervento alla Scuola di Etica Medica I e II modulo, 2019, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Padova [https://www.criss.univpm.it/Altri\\_corsi\\_formazione](https://www.criss.univpm.it/Altri_corsi_formazione).

<sup>6</sup> Censis, *53° Rapporto sulla situazione sociale del Paese/2019*.

<sup>7</sup> E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti Supreme e salute*, n. 2, 2019, pp. 259-287.

relazionali la cui analisi può risultare utile per comprendere questa inversione di tendenza nell'attribuzione fiduciaria. Uno di essi è rappresentato dal rapporto tra medico e paziente, e in particolare il rapporto tra medico di medicina generale e paziente. Si tratta di un rapporto costruito e mantenuto, come già sottolineato, su base fiduciaria, che potrebbe avere rappresentato un contesto d'azione cruciale per la creazione e la tenuta della fiducia nelle istituzioni in tempo di crisi epidemica, soprattutto nel corso delle prime fasi. Ciò, innanzitutto, per ragioni operative, in quanto è in questo contesto che vengono veicolate e applicate parte delle misure di contenimento e di gestione dell'epidemia volte non soltanto a limitare la diffusione del virus, ma anche a rassicurare su base cognitiva i pazienti e le loro famiglie; in secondo luogo, per ragioni strettamente connesse alla diffusione della fiducia da contesti microsociale a livelli più complessi. Infatti, come dimostra un'ampia letteratura<sup>8</sup>, è anche per mezzo di relazioni fiduciarie fondate su interazioni *vis-à-vis*, il più delle volte stabilizzate in quanto risalenti nel tempo, che possono crearsi e riprodursi forme di fiducia verso le istituzioni sociali nelle loro molteplici articolazioni.

Questo contesto relazionale potrebbe essere stato cruciale per la tenuta della fiducia nelle istituzioni in virtù di alcune funzioni attribuite alla medicina generale che la pandemia ha posto in evidenza. Mi riferisco, in particolare, alla funzione di “aggancio” dei pazienti alle cure, di estrema importanza per la salute individuale e per la protezione della salute pubblica, e alla funzione di “mantenimento dell'aggancio”, ossia di mantenimento del paziente nei percorsi cura, fondamentale non soltanto per la protezione della salute individuale e pubblica, ma anche per l'espletamento della funzione di costruzione e di mantenimento della stabilità della struttura sociale. Il “mantenimento dell'aggancio”, durante un'epidemia, risulta infatti di estrema importanza per motivare l'adesione alle cure domiciliari e per l'attuazione di pratiche restrittive della libertà personale su base, appunto, “fiduciaria”, quali l'isolamento e la quarantena. Queste funzioni diventano operative in misura massima all'interno di un rapporto fiduciario tra medico e paziente, in particolare tra il medico di medicina generale e i suoi pazienti.

La diffusione della fiducia dal livello interpersonale ai livelli istituzionali avverrebbe perché i medici costituiscono veri e propri “nodi di accesso” che congiungono il livello delle relazioni interpersonali e ai livelli più generali, laddove sono presenti tutte le forme organizzate del vivere sociale, comprese quelle di carattere tecnico e scientifico e le istituzioni politiche e amministrative. In questa prospettiva, la fiducia di cui questi “nodi di accesso” godono diviene garante dell'affidabilità delle istituzioni, quelle sanitarie *in primis*, e ciò risulta di estrema rilevanza in quanto in tempo di crisi epidemica, quando i rischi elevati riguardano la salute, è importante venga mantenuta una diffusa fiducia nei confronti dei “sistemi esperti”, soprattutto quelli tecnico-scientifici afferenti al paradigma biomedico, e nei confronti delle istituzioni che erogano le cure e che organizzano la vita sociale.

<sup>8</sup> Cfr. per tutti, A. MUTTI, *La teoria della fiducia nelle ricerche sul capitale sociale*, in *Rassegna Italiana di sociologia*, anno XLIV, 2003, n. 4, pp. 515-533.

Il tema appare stimolante in quanto permette di riflettere su di un problema sociale di rilievo, riguardante la trasmissione della fiducia interpersonale fino a livelli più generalizzati, attraverso la costruzione di una catena di distribuzione della fiducia che conduce dai livelli interpersonali focalizzati, i “nodi di accesso” di cui parla Giddens<sup>9</sup>, a quelli istituzionali generalizzati<sup>10</sup>. Si tratta di un tema che, come appare evidente, risulta cruciale esplorare per comprendere i fattori sociali da stimolare per favorire il mantenimento della stabilità sociale in periodi di crisi, quale quello attuale, in cui un’intera nazione si trova a fronteggiare un’epidemia di vasta portata, molto pericolosa per la salute pubblica.

I medici di medicina generale, “nodi di accesso” che operano nel campo della salute e nel contrasto alla malattia anche inviando i pazienti presso istituzioni sanitarie e specialisti, possono quindi essere ritenuti importanti diffusori di fiducia verso altri livelli del sociale. Nonostante l’accento sull’aspetto razionale del loro agire, e quindi nonostante l’accento sugli aspetti cognitivi della fiducia che essi costruiscono, ai loro corsi di azione non è estranea la fiducia su base emotiva, considerato lo specifico campo di attività – la salute e la malattia – che implica condizioni di fragilità emotiva, e considerata la quota di empatia richiesta per un’efficace relazione terapeutica. Si tratta, inoltre, di corsi di azione sensibili a variabili di contesto, come il livello di benessere e di ricchezza di cui dispongono i loro pazienti e le disuguaglianze sociali che segnano la salute individuale e collettiva. Il loro agire è inoltre influenzato da altre variabili che riguardano più strettamente l’organizzazione delle istituzioni preposte agli aspetti sanitari della diagnosi, della cura e della gestione delle malattie, prima tra tutte la reale praticabilità dell’accesso alle cure specialistiche e ospedaliere dei loro assistiti. In altre parole, nei loro corsi di azione i medici, e in particolare i medici di medicina generale, costruiscono la fiducia interpersonale non in condizioni di libertà, ma in situazioni fortemente condizionate da variabili generali di contesto, strutturali e organizzative e, contemporaneamente, da variabili relazionali specifiche.

### 3. Costruire la fiducia ai tempi del Covid-19

Nel corso della crisi epidemica di Covid-19, l’agire di questi “nodi di accesso” per la creazione e la diffusione della fiducia interpersonale e istituzionale si è dovuto comporre in condizioni eccezionali che hanno reso particolarmente impegnativa la funzione stessa di raccordo, quali, in talune regioni, il mancato coordinamento degli interventi erogati e l’impossibilità, soprattutto nella prima ondata – ma anche, in parte, nella seconda – di ottenere interventi diagnostici strumentali in tempi rapidi. Si tratta di carenze che potrebbero avere sortito effetti anche sulla tenuta del rapporto tra i pazienti-cittadini e

---

<sup>9</sup> A. GIDDENS, *Le conseguenze della modernità*, Bologna, il Mulino, 1994.

<sup>10</sup> A. MUTTI, *I diffusori della fiducia*, in *Rassegna Italiana di Sociologia*, anno XXXIX, 1998, n. 4, pp.533-549.

le istituzioni, via via ritenute non più credibili. È in tale clima fiduciario che gli operatori sanitari, e in particolare i medici di medicina generale, hanno dovuto comporre le proprie scelte e i propri corsi di azione, rendendoli comprensibili e accettabili ai propri pazienti. Un esempio delle difficoltà incontrate nel sostenere il ruolo di “nodi di accesso” da parte dei medici di medicina generale può essere tratto dall’esperienza piemontese. In Piemonte, due sono i tipi di carenze organizzative denunciate come più significative nella prima fase dell’epidemia: le carenze nel funzionamento della comunicazione e del coordinamento fra le varie parti del sistema sanitario operanti sul territorio, e le carenze nella fornitura di dispositivi di protezione (mascherine, camici, guanti, eccetera). Si tratta, peraltro, di situazioni critiche condivise con i colleghi di molta parte del territorio italiano.

Da un lato, dunque, l’*impasse* nella comunicazione fra i medici di base e le varie strutture sanitarie di riferimento ha ritardato, quando non reso impossibile, la somministrazione ai pazienti sospetti Covid-19, segnalati al Servizio di Igiene e di Sanità Pubblica, del test diagnostico necessario per l’impostazione corretta dei percorsi di trattamento e di cura; d’altro lato, la mancanza degli strumenti di protezione del medico e dei pazienti ha reso impraticabili la maggioranza degli studi medici e anche le visite a domicilio<sup>11</sup>. La soluzione del monitoraggio dei pazienti “a distanza” per mezzo di strumenti telefonici e informatici, peraltro autorizzata successivamente e soltanto dietro sollecitazione dei medici stessi, ha presentato evidenti problemi clinici, deontologici e nella costruzione del rapporto medico-paziente. Un’ampia letteratura mostra, infatti, come la relazione terapeutica, e la fiducia, si costruiscano nel corso di ogni incontro attraverso la parola, i comportamenti non verbali e la prossimità fisica<sup>12</sup>, sostanziandosi tanto di atti medici efficaci, quanto di elementi di natura psicologica e comunicativa “in presenza”, ovviamente assenti nel caso di incontri per via telefonica e telematica.

#### 4. Conclusioni

Le riflessioni qui illustrate si sono incentrate sugli effetti che la fiducia interpersonale presente nella relazione terapeutica tra medici di medicina generale e i loro pazienti può produrre in ambiti sociali più generali, non soltanto relativi alle istituzioni sanitarie complesse, ma anche al sistema sociale generalmente inteso. Si tratta, infatti, di effetti che trascendono le questioni di carattere meramente sanitario e che collocano questo meccanismo sociale tra gli strumenti più importanti per il mantenimento della stabilità sistema sociale nella sua interezza e ciò soprattutto in tempi di crisi riguardanti la salute pubblica.

<sup>11</sup> Istituto Superiore di Sanità, *Il Medico di medicina generale e la pandemia di Covid-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione*, Rapporto ISS COVID n. 35/2020.

<sup>12</sup> A.S. WILK, J.E. PLATT, *Measuring physicians’ trust: A scoping review with implications for public policy*, in *Social Science and Medicine*, 165, 2016, pp. 75-81.

In un contesto quale quello determinato dall'epidemia, connotato da elevati livelli di rischio personale e collettivo, ampia incertezza anche di tipo scientifico, difficoltà e un certo grado di disorganizzazione, avremmo potuto ipotizzare, come già evidenziato, un collasso dei meccanismi collaudati di creazione, mantenimento e diffusione della fiducia. Così non è successo. L'ipotesi di studio qui argomentata è che la tenuta della fiducia nelle istituzioni e nel sistema nel suo complesso sia stata sostenuta e resa possibile anche dal rapporto fiduciario esistente tra medici di medicina generale e i loro pazienti e *caregiver*.

Riteniamo, dunque, che meriterebbe esplorare in quale modo, nella crisi organizzativa del sistema sanitario territoriale, gli attori sociali coinvolti, medici di base, pazienti, familiari e *caregiver*, abbiano intrapreso nuovi percorsi di costruzione e di diffusione della fiducia e nuove modalità di fondazione della relazione terapeutica.

Si potrà, così, concorrere a conoscere, su base empirica, alcuni dei meccanismi sociali che influenzano la produzione e la diffusione della fiducia in ambito sanitario. Inoltre, si potrà contribuire al dibattito che si è avviato tra gli addetti ai lavori e nell'opinione pubblica circa l'importanza della medicina territoriale e l'imprescindibilità della sua rivalutazione e della sua riorganizzazione non soltanto in quanto presidio di salute pubblica, ma anche in virtù del suo apporto nel costruire e nel diffondere la fiducia verso i livelli istituzionali più generali del sistema sociale.

\* \* \*

## Intervento del prof. Walter Ricciardi\*

*Professore ordinario di Igiene nell'Università Cattolica del Sacro Cuore, rappresentante italiano nell'Executive Board dell'Organizzazione mondiale della sanità*

Ringrazio il Prof. Balduzzi per questo invito. Io arrivo dopo numerosi interventi con i quali sono sostanzialmente d'accordo e, soprattutto, dopo l'introduzione illuminante del Prof. Monti; credo che la Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità da lui presieduta sia una occasione irripetibile per riformulare l'approccio tra economia, mercati, salute, insomma, per riconciliare in maniera multidisciplinare le soluzioni alle sfide del presente e del futuro. Però cerco di trarre vantaggio da questa occasione che, come diceva sempre il Prof. Monti, si è trasformata in una sorta di *hearing* per chiedere a voi, da medico di sanità pubblica, anche con responsabilità internazionali, un contributo, e lo farò anche sulla base dell'appena concluso Congresso Mondiale di Sanità Pubblica che ho avuto l'onore di presiedere e che doveva svolgersi a Roma e che si è tenuto poi in versione virtuale e ci ha dato la grande possibilità di non limitare le sessioni, le relazioni e gli interventi a poche migliaia di persone, ma addirittura di coinvolgere milioni di persone e, soprattutto, migliaia di operatori che non si sarebbero mai potuti permettere di venire a Roma, ieri abbiamo chiuso e i contatti sono stati più di sette milioni.

---

\* Trascrizione dell'intervento orale rivista dall'Autore.

Alla luce di queste riflessioni pongo alla vostra attenzione due problemi che secondo me sono essenziali per affrontare il presente, ma soprattutto il futuro prossimo che a me preoccupa moltissimo, anche alla luce di quello che è stato detto nel Congresso Mondiale, e che riguardano il modo con cui fronteggiare le sfide pandemiche del presente e del futuro. Questa pandemia rappresenta un cambiamento epocale che la mente umana fa fatica a metabolizzare, c'è un'ansia di ritorno alla normalità, naturalmente dettata anche da contingenze economiche che hanno danneggiato interi settori produttivi e impoverito milioni di persone, e quindi è comprensibile la stanchezza della gente, però bisogna far capire che questo è un fenomeno ancora in pieno corso e che in questi mesi in Italia ci vedrà protagonisti di momenti secondo me tragici, e che le uniche possibilità che abbiamo sono peraltro condizionate da aspetti giuridici e politici molto importanti. Poche settimane fa ho aperto il Congresso satellite della Società cinese di Medicina Preventiva e la scena mi ha impressionato: migliaia di medici collegati dalle più importanti città cinesi, anche da auditorium dal vivo, privi di mascherine perché ognuno di loro era stato tracciato, assembrati all'interno di aule grandissime in cui il contatto umano era non solo possibile, ma auspicato. Se poi guardiamo i dati della ripresa economica della Cina, constatiamo che è poderosa, non paragonabile ad alcun altro Paese, con un segno meno sul PIL sempre più ridimensionato.

Qual è la differenza con la Cina (anche se probabilmente sarebbe stato lo stesso per Taiwan, per la Corea del Nord e Singapore)? Essenzialmente una cosa, il tracciamento, che nelle fasi iniziali delle epidemie è l'unica possibilità che abbiamo per circoscriverle e poi fermarle. Il tracciamento in quei Paesi lo fanno seriamente, lo fanno con la georeferenziazione, lo fanno con la limitazione del movimento condizionata dal riconoscimento dello stato immunitario di ciascuno, perché ogni cinese o ogni taiwanese ha l'obbligo di inserire il proprio codice immunitario sul telefonino che tutti hanno, e la loro mobilità è condizionata e questo ha consentito ad un paese di 1.7 miliardi di persone di riaprire le scuole per centinaia di milioni di alunni senza un caso di Covid.

L'unica alternativa quando non si riesca a tracciare è il *lockdown*, da fare non appena i dati dei casi si impennano, come fatto prima in Nuova Zelanda e poi in Australia. In questo momento in Italia stiamo vivendo una situazione che per noi scienziati di sanità pubblica è angosciante poiché constatiamo che ci sono aree del Paese che sono già fuori controllo e per le quali dovrebbe essere fatto immediatamente un *lockdown* mirato, ma questa scelta vede in questo momento l'esitazione del Governo centrale, forse perché non ha invocato quel famoso articolo che in condizioni di emergenza internazionale, nella tutela della salute, gli riconosce la possibilità di accentrare le decisioni, o forse dei Presidenti di Regione che sulla base di tutta una serie di paure, di timori e di pressioni, quando sentono la parola *lockdown* tremano soprattutto per le conseguenze economiche.

In sostanza, non ci sono alternative: o effettui un tracciamento con geolocalizzazione, come quella fatta dalla Regione Veneto lo scorso marzo identificando i malati e i contatti nelle case di cura e nelle residenze sanitarie assistenziali salvando centinaia di vite, ma violando la legge, perché di fatto è entrata senza autorizzazione nei telefonini delle singole persone circoscrivendo l'infezione o perdi il controllo dell'epidemia.



Quindi la domanda che io vi pongo è: come si fa a conciliare libertà, *privacy* e democrazia con la necessità che abbiamo di bloccare una pandemia causata da un virus terribile che, se lasciato incontrollato può causare milioni di malati e centinaia di migliaia di morti? Anche perché i farmaci che abbiamo a disposizione non sono ancora abbastanza specifici. Il *Remdesivir* è stato reputato inadeguato da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ieri, l'idrossiclorochina anche. Gli strumenti terapeutici che abbiamo a disposizione sono il desametasone, cioè il vecchio cortisone, l'eparina per evitare patologie cardiovascolari e adesso, speriamo, gli anticorpi monoclonali che sono molto promettenti, ma per i quali dobbiamo ancora aspettare qualche mese.

Come facciamo ad affrontare questo presente insidioso, anche perché non è ancora arrivata l'influenza stagionale che tradizionalmente determina un aumento della pressione sanitaria sui servizi sanitari e che quest'anno potrà essere complicata dalla contemporanea presenza dell'epidemia da Covid 19? Questo succede anche perché molte Regioni non hanno fatto ancora niente per rafforzare i propri dipartimenti di prevenzione, niente per differenziare il pronto soccorso, poco per rafforzare le terapie sub-intensive, poco per cercare di proteggere meglio i propri operatori, tanto è vero che proprio in queste due settimane abbiamo avuto nuovamente un boom di operatori infetti, al ritmo di 1000 al giorno. Quindi la prima domanda è questa, perché è un dilemma che ho vissuto personalmente quando ho proposto, tra i primi in Europa, una *app* come metodologia di tracciamento tecnologico. È successo che questa proposta è stata discussa, analizzata e scomposta per poi alla fine, da parte di tutti i partiti, dire che non era possibile alcuna forma di georeferenziazione, e va bene, ma addirittura che c'era bisogno di due, tre, quattro, cinque passaggi autorizzativi, da parte dell'ASL, da parte del cittadino, che rendono di fatto l'*app Immuni*, anche quando viene scaricata, incapace di supportare un adeguato tracciamento, con la conseguenza di perdere ogni possibilità di contenere l'epidemia lasciandoci solo l'opzione del *lockdown*, che come peraltro ho già detto, doveva essere già stato fatto due settimane fa.

Ma poi chi decide il *lockdown*? Ci sono Presidenti di Regione che in pubblico dicono che sarebbe follia farlo e in privato implorano che lo faccia qualcun altro perché non hanno la *leadership* e la capacità di prendere decisioni coraggiose per salvare migliaia di vite. Perché ogni giorno che passa – sappiatelo – ci saranno centinaia di morti se non agiamo presto e bene.

È questa la vera domanda: cari colleghi giuristi, come facciamo a valicare questo limite che abbiamo nei Paesi democratici tra rispetto della *privacy* e il controllo di una pandemia che può uccidere milioni di persone? Pandemia che durerà ancora mesi, che se ci va bene finirà nel 2022, perché solo nel 2021 avremo a disposizione abbastanza vaccini e, speriamo, anche terapie specifiche. E quindi ci dovremmo confrontare con tutto il 2021 per risolvere questi problemi. Come facciamo ad affrontarlo? Come facciamo ad affrontare la georeferenziazione e il tracciamento? Come facciamo a decidere rapidamente quali aree geografiche e settori chiudere?

Naturalmente sarebbe importante avere anche un comportamento individuale e collettivo diverso rispetto a quello che abbiamo avuto da luglio in poi, perché prima siamo stati

prudenti, ma da luglio in poi no, anche in conseguenza dell'infodemia alimentata, ahinoi, anche da alcuni colleghi che hanno detto di tutto, che il virus era morto, che non c'erano più problemi, che noi eravamo terroristi, che le mascherine potevamo buttarle, che tutto era risolto, che bisognava riaprire le discoteche (mi ricordo di una discussione televisiva in cui facevo notare che le discoteche non erano compatibili con un'epidemia da virus trasmessi per via respiratoria e un parlamentare della Repubblica mi chiedeva come facessi a fare queste affermazioni, dandomi del terrorista).

Allora, cerchiamo di incanalare la decisione verso l'evidenza scientifica; il problema non è solo l'Italia, ci sono colleghi francesi che sono disperati perché la loro è una Repubblica presidenziale in cui il Presidente ha ignorato molti dei loro consigli e oggi si trova in condizioni pessime, ci sono colleghi spagnoli che si trovano in condizioni simili. Tra i pochi contenti vi sono i tedeschi perché la Cancelliera Merkel e il Ministro della Salute Spahn hanno basato le decisioni sempre sull'evidenza scientifica e, comunque, anche quando hanno fatto un compromesso, l'hanno fatto sempre al rialzo e mai al ribasso.

Mi fermo per chiedervi un'altra mano sul futuro: il futuro è nella sanità digitale, cioè nell'utilizzazione piena dei tanti dati che abbiamo insieme alle tecnologie più avanzate.

Il *Mission board for cancer* della Commissione Europea, che ho l'onore di presiedere, ha previsto che tutte le attività di ricerca, ma anche di sanità del futuro vengano imbastite tramite una trasformazione digitale, che dovete immaginare come la costruzione di un'autostrada o di una ferrovia, che ha dei binari, degli *standard*, sui quali l'Italia praticamente non fa niente da 10 anni per una serie di limitazioni della sua macchina pubblica, ma anche per tutta una serie di regole proprio incentrate sulla *privacy*. E pensare che siamo tra i Paesi europei che hanno il maggiore patrimonio informativo, che hanno serie di dati su milioni di cittadini di cui praticamente sappiamo tutto, ma che vengono utilizzate esclusivamente per scopi di contabilità economica dalla Ragioneria Generale dello Stato. Allora la mano che vi chiedo è questa: come si fa a consentire che l'Italia raggiunga, non voglio dire i livelli dell'Olanda, dove i dati possono essere utilizzati anche per creare ricchezza, ma almeno a curare meglio i nostri cittadini. Se non gestiamo questo cambiamento non saremo in grado di farlo, pur avendo ottimo personale sanitario, perché non potremo gestire i dati sanitari dei nostri cittadini ed è paradossale che in questo momento i dati degli italiani, loro consenzienti, siano in possesso di tre o quattro persone che dalla Silicon Valley li sfruttano in maniera intensiva per fare soldi e che gli italiani abbiano paura di scaricare l'app *Immuni* che ha una totale garanzia – forse anche troppa, come avete potuto capire – di rispetto della *privacy*.

Come si fa, e questa è un'altra cosa che noi dobbiamo chiedere alla legge, a regolamentare questo tipo di approccio? Come si fa a cercare di evitare che gli italiani che hanno una scarsa alfabetizzazione scientifica cadano vittime di vendita di propri dati? Perché è questo che succede sostanzialmente, anche per scopi sanitari. Voi pensate che un dato sanitario, e questo mi è stato confermato dagli addetti ai lavori, acquisito dalle grandi società internazionali vale circa 50 dollari, consentendo loro di fare enormi profitti.

Come facciamo a gestire questa grande partita? Guardo ancora una volta al Presidente Monti che come Commissario alla Concorrenza veniva chiamato 'Super Mario' perché questa regolamentazione l'aveva realizzata veramente anche contro giganti multinazionali. Mi avvio alla conclusione dicendovi un'altra cosa: noi abbiamo e avremo sempre più tecnologie straordinarie, tra queste la robotica; i giapponesi ci insegnano che di fronte al deserto demografico che caratterizza noi ancora peggio di loro, ci rivolgeremo sempre di più ai robot. Si perché l'Italia è il primo Paese al mondo per decremento della natalità e primo per l'aumento dell'aspettativa di vita, e anche se importassimo milioni di persone dall'estero non riusciremmo a correggere questo squilibrato rapporto di dipendenza. È per questo che in futuro dovremo fare sempre più affidamento sui robot, come i giapponesi già stanno facendo in alcune aree del Paese dove non hanno né medici né operatori socio sanitari. I robot che sono stati messi in vendita in questo momento in Giappone per gli anziani non autosufficienti sono andati a ruba; sono robot che supportano le persone sole, soprattutto nell'entroterra del Paese, che altrimenti verrebbero abbandonate a sé stesse, perché neanche con incentivi economici enormi gli operatori sanitari e sociali si trasferiscono in aree spopolate quali quelle che cominciano ad essere i nostri paesi nell'entroterra appenninico o nelle parti più rurali.

Ebbene chi determina i robot, chi governa le loro azioni? E se sbagliano, se somministrano una terapia inadeguata, se fanno un errore a casa del paziente o in ospedale? Questo credo sia un'altra cosa che meriti la vostra attenzione perché questo è già il futuro. Le organizzazioni che useranno le tecnologie robotiche sostituiranno quelle che non ce le hanno, e sta già succedendo, anche nei nostri ospedali, ma succederà ancora di più nel futuro.

Mi rendo conto che vi ho fatto più richieste che proposte di soluzione, però è soltanto con la collaborazione fra noi medici di sanità pubblica, economisti, sociologi, giuristi che può nascere la soluzione alle sfide che ho descritto.

Finisco citando Bill Gates, sperando di smentire la sua incredibile capacità analitica e predittiva. Dopo aver previsto ed annunciato questa pandemia prima nel 2013 e poi nel 2015 oggi dice: "gli uomini non impareranno molto da questa pandemia, sarà la prossima che avrà un impatto sulla mente e sul comportamento delle persone". Vale a dire che la tendenza umana a rimuovere e dimenticare e a non imparare dall'esperienza sarà ripetuta anche questa volta.

Nel 2021 o nel 2022 troveremo vaccino e terapie, poi ci si rilasserà nuovamente com'è stato dopo la SARS nel 2002-2003, dopo la MERS nel 2005, dopo l'influenza pandemica del 2009, ma il prossimo virus ci castigherà, perché già questo Coronavirus ha imparato dai suoi cugini a riprodursi e trasmettersi subdolamente anche da soggetti asintomatici, però ha una letalità tutto sommato relativamente bassa, ma ove noi ci facessimo trovare in futuro impreparati sia dal punto di vista tecnico che giuridico, ma anche mentale e culturale, alla prossima pandemia, al prossimo virus, che potrebbe essere più contagioso, letale e pericoloso, allora significa che pagheremo un prezzo altissimo e contribuiremo a quell'estinzione di massa che molti paventano e che dobbiamo assolutamente evitare. Facciamo in modo che non sia così.

Grazie per la vostra attenzione.

\* \* \*

## Intervento del prof. Francesco Taroni\*

*Professore associato di medicina sociale nell'Università degli studi Bologna*

### Riflessioni ai margini di una pandemia

Non dovrebbe essere lecito tornare su discorsi fatti un paio di mesi fa su un evento volatile come la pandemia da SARS-Cov-2. A prevenire il rischio di spiazzamenti opportunistici delle argomentazioni cui ci espongono le variopinte opinioni degli “scienziati”, valga l’insistenza su alcuni degli elementi consolidati dall’evidenza empirica e dalla analisi storica.

1. La pandemia provocata dal virus Sars-Cov-2 non è un cigno nero, un evento catastrofe a bassa probabilità di accadimento che si è realizzato istantaneamente per un diabolico concatenarsi di eventi singolarmente improbabili e quindi difficilmente destinato a ripetersi. Al netto di improbabili teorie cospirazioniste, si tratta, invece, di una zoonosi del tutto analoga ad una serie di eventi risultati “minori” negli effetti per gravità e/o diffusione che si sono verificati (almeno) negli ultimi 17 anni (un centinaio di anni se si include anche la infezione da HIV), fra quelli di cui abbiamo conservato traccia. La pandemia da Sars-Cov-2 non rappresenta quindi un evento isolato, ma l’ennesima manifestazione di una caratteristica strutturale del nuovo quadro epidemiologico mondiale (della “patocenosi” globale) che, nel linguaggio della Transizione Epidemiologica, corrisponde all’Età delle Pandemie che l’umanità aveva conosciuto qualche secolo fa. La peculiare differenza è che la moderna Età delle Pandemie non si sostituisce, ma affianca l’Età delle Malattie Cronic-Degenerative, producendo anche per i paesi occidentali “avanzati” quel *double burden* rispetto cui avevano saggiamente messo in guardia i paesi “emergenti” dimenticando però di applicare la medesima lezione a se stessi.

2. La certezza che l’evento affatto eccezionale che stiamo vivendo è destinato a ripetersi, ad intervalli ignoti e con gravità indefinita, riposa su numerose e solide evidenze sperimentali ed empiriche. Da qui le sue implicazioni sanitarie, economiche, politiche e sociali sul piano nazionale e su quello internazionale, a breve e a lungo termine. Michael T. Osterholm (recentemente nominato nel Covid Advisory Board del Presidente-Eletto Joe Biden) pubblica da anni articoli con il medesimo titolo “*Preparing for the Next Pandemic*” che sono ospitati indifferentemente dal New England Journal of Medicine, la più autorevole rivista di medicina al mondo, e da Foreign Affairs, la più autorevole rivista di politica estera al mondo. Giustamente il Prof. Monti, non casualmente messo a capo di una Commissione Europea per l’analisi della pandemia, ha osservato come il presumibile cambio di politica verso l’Europa (e il resto del mondo) associato al cambio di presidenza degli Stati Uniti possa influenzare la risposta dell’Unione Europea alla pandemia. Lo spazio permette

\* Lo scritto costituisce la rielaborazione del testo dell’intervento svolto dall’Autore all’interno della Tavola rotonda.

solo di menzionare frettolosamente alcuni dei temi che l'acquisizione della nuova configurazione della patocenosi globale propone alla riflessione sull'assetto dei servizi sanitari a livello locale, nazionale e internazionale/transnazionale.

3. La debolezza unanimamente riconosciuta alla risposta da parte dei Dipartimenti di prevenzione, della medicina generale e dei servizi territoriali in genere alla diffusione epidemica ha provocato praticamente ovunque il crollo pressoché immediato della capacità di *tracing* e di *stamping-out* dei casi (la tecnica – il cd. *English system* – adottata nella prima metà dell'Ottocento contro il colera per superare il precedente sistema dei cordoni sanitari, lazzaretti e quarantene). Dimostratosi impossibile il *containment*, non restava che una passiva (e inevitabilmente transitoria) ritirata nella ridotta di casa propria, definita – ingannevolmente – *mitigation*. I costi sociali dell'abbandono dei singoli in un momento di crisi, i costi monetari dell'economia e, soprattutto, quelli – inestimabili – dell'aver fatto apparire salute e benessere collettivo come elementi inconciliabili, avrebbero potuto – e forse dovuto – sollecitare l'attenzione verso un rinnovamento culturale che pure è parte della tradizione e della migliore legislazione italiana di cui invece i provvedimenti adottati, incluso il piano per la prossima generazione, recano una traccia sbiadita, al di là della pochezza dei mezzi finanziari.

4. Un antico detto inglese recita che “*if it's not broken, don't fix it*”. La frase sembra applicarsi perfettamente alla pretesa di risolvere per via legislativa le difficili e turbolenti relazioni fra Stato e Regioni, con il ritorno in auge di quella “clausola di supremazia” già prospettata in una infausta proposta di riforma della Costituzione. Una stringata ed essenziale nota di Renato Balduzzi su questa rivista ha elegantemente mostrato come il vituperato Titolo V e la stessa Costituzione nella sua formulazione originaria siano perfettamente idonei allo scopo di garantire la “supremazia” del governo centrale sui provvedimenti da adottare in caso di epidemia, del resto espressamente prevista come competenza statale dalla Legge 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Non si vede quindi quale forma giuridica possa assumere una nuova norma che possa essere sufficientemente imperativa da costringere ad una “leale collaborazione” e por fine a condotte tecnicamente qualificabili di “brigantaggio” reciproco. La questione della forma delle relazioni fra Stato e Regioni, ed il ruolo della Conferenza Stato-Regioni in particolare, è stata per qualche tempo oggetto di una qualche riflessione, che avrebbe forse potuto risultare utile se non fosse diventata desueta, senza essere risolta, dall'inesausta tensione monocamerale dapprima e poi dal (pan-) Regionalismo differenziato.

5. La dimensione globale della pandemia in termini di risposta non meno che di diffusione ha messo dolorosamente in evidenza i limiti di un sistema sanitario “solo” nazionale come appunto il nostro Servizio Sanitario Nazionale. In caso di una minaccia globale ed in ragione della interdipendenza della risposta, la cui efficacia è inevitabilmente quella del suo anello più debole, una difesa “nazionale” non può che rivelarsi inadeguata allo scopo e alla scala del pericolo se non si inserisce in un piano concertato e coordinato a livello transnazionale. Questa esigenza si scontra con la attuale debolezza degli organismi multi-laterali (la Organizzazione Mondiale della Sanità e la stessa Organizzazione delle Nazioni Unite) e la competizione in corso per un nuovo ordine mondiale. Fra le tante questioni

che funzioneranno da cartina al tornasole dello svolgersi di questo complesso processo di grande trasformazione, non troppo diverso da quello sperimentato dopo la seconda guerra mondiale, un elemento di grandissima visibilità è certamente quello della ripartizione dei vaccini fra i vari paesi così come dei tempi di esecuzione della vaccinazione (un tema che non è emerso nella discussione, ma che certamente compendia molte delle osservazioni formulate sugli aspetti sovranazionali della pandemia). Anche su questo, l'Unione Europea ha mostrato una promettente capacità di iniziativa, agendo da agenzia collettiva di *procurement* per i paesi membri. Ma anche timidezze: si capisce il valore simbolico di iniziare la vaccinazione alla stessa data, ma cosa dire a proposito della data di conclusione, e della percentuale di copertura delle popolazioni nazionali, in modo da raggiungere una immunità di gregge sulla popolazione (almeno) europea, come Comunità significativa di riferimento?