

I soggetti vulnerabili nel Piano pandemico*

Paolo Scarlatti**

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. I tratti essenziali della nozione di vulnerabilità nella prospettiva del diritto costituzionale. – 3. Il rilievo della vulnerabilità nel contesto del diritto alla salute. – 4. La considerazione della vulnerabilità nel Piano pandemico 2025-2029. Il versante dei principi e delle misure di prevenzione. – 5. (segue) Il versante della somministrazione vaccinale, della protezione del personale sanitario e delle fasi operative. – 6. Considerazioni conclusive.

1. Introduzione

Dopo un lungo processo di gestazione, di recente concluso nel suo *iter* di approvazione¹, il nuovo Piano pandemico 2025-2029 appare ormai perfezionato².

Ebbene, tra i numerosi spunti di riflessione che emergono dalla ultima bozza predisposta³, se ne segnala uno di particolare rilievo per il diritto costituzionale, inerente al tema della protezione delle persone vulnerabili.

La nozione di vulnerabilità, ormai ampiamente diffusa nel lessico della politica e del diritto, è in effetti a tal punto ricorrente nel testo del Piano pandemico da condizionarne l'impianto complessivo. La declinazione di quest'ultimo in funzione della tutela dei diritti

* Il contributo costituisce la rielaborazione della relazione tenuta dall'Autore nella prima sessione ("Quale futuro per le emergenze sanitarie? Teoria e critica del piano pandemico") del XXIII Convegno nazionale di diritto sanitario (Milano, 24-25 ottobre 2025), organizzato a conclusione del PRIN "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria, dopo l'emergenza della pandemia" (P.I. prof. Renato Balduzzi).

** Professore associato di Diritto costituzionale e pubblico nell'Università di Roma Tre, paolo.scarlatti@uniroma3.it.

¹ In occasione della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 30 aprile 2026, infatti, è stato finalmente sancito l'accordo ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

² Piano strategico operativo di preparazione e risposta ad una pandemia da patogeni a trasmissione respiratoria a maggiore potenziale pandemico 2025-2029.

³ La bozza del 18 agosto 2025 si sostituisce alla precedente del 23 luglio 2025, di cui conferma i contenuti generali seppur nel quadro di un aggiornamento che tiene conto delle osservazioni da ultimo rese dalle Regioni.

delle persone vulnerabili, ed in particolare del loro diritto alla salute nel contesto dell'emergenza pandemica, apre così un fronte decisivo di valutazione sulla portata che tale documento potrà assumere in concreto.

In questo quadro, il contributo che qui si presenta prende le mosse da una breve ricognizione dei tratti essenziali del concetto di vulnerabilità in ambito costituzionalistico, si sofferma sul legame privilegiato tra la garanzia del diritto alla salute e la tutela delle vulnerabilità, e quindi analizza l'utilizzo che di quel concetto viene fatto all'interno del Piano pandemico. Tale approfondimento consente la formulazione di alcune considerazioni sulle potenzialità e i limiti del trattamento delle vulnerabilità posto in essere dal Piano.

2. I tratti essenziali della nozione di vulnerabilità nella prospettiva del diritto costituzionale

La riflessione costituzionalistica ha riservato negli ultimi anni un'attenzione crescente alle istanze di protezione della vulnerabilità⁴, le quali hanno trovato un'accoglienza prioritaria nell'ambito della giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo⁵ per poi affermarsi nella stessa giurisprudenza della Corte costituzionale⁶.

La garanzia dei diritti delle persone vulnerabili che emerge dal contributo fortemente creativo delle Corti si basa su presupposti originali ormai chiaramente riconoscibili. A differenza della tradizionale tutela costituzionale accordata ai soggetti deboli della società⁷ – radicata nel contesto dello Stato sociale e del lavoro ed espressione di una scelta precisa del Costituente, positivizzata nel testo della Costituzione⁸ e sviluppata in senso espansivo dalla Corte costituzionale⁹ – la protezione delle persone vulnerabili si definisce soprattutto nell'ambito della più recente esperienza di internazionalizzazione della tutela dei diritti fondamentali, inserendosi peraltro in un orizzonte pressoché indeterminato, che va ben

⁴ Per un approfondimento generale della tematica, sia consentito il rinvio a P. SCARLATTI, *I diritti delle persone vulnerabili*, Napoli, 2022, *passim*, e alla bibliografia ivi citata.

⁵ Cfr. E. DICIOTTI, *La vulnerabilità nelle sentenze della Corte europea dei diritti dell'uomo*, in *Ars interpretandi*, n. 2/2018, pp. 13 ss.; R. CHENAL, *La definizione della nozione di vulnerabilità e la tutela dei diritti fondamentali*, ivi, pp. 35 ss.; A. TIMMER, *A Quiet Revolution: Vulnerability in the European Court of Human Rights*, in M.A. FINEMAN, A. GREAR (a cura di), *Vulnerability. Reflections on a New Ethical Foundation for Law and Politics*, Farnham, 2013, pp. 147 ss.

⁶ In argomento, da ultimo, G. SERGES, *Vulnerabilità, soggetti "deboli" e giustizia costituzionale*, in C. SEVERINO, H. ALCARAZ (a cura di), *Systèmes de contrôle de constitutionnalité par voie incidente et protection des personnes en situation de vulnérabilité. Approche de droit comparé*, Aix-en-Provence, 2021, pp. 167 ss.

⁷ In proposito, v. P. SCARLATTI, *Soggetti deboli, Costituzione ed istanze della vulnerabilità*, in *Rivista del "Gruppo di Pisa"*, n. 1/2023, pp. 266 ss.

⁸ Per una disamina recente, v. G. AMATO, *I vulnerabili e la Costituzione italiana*, in *Gli ultimi. La tutela giuridica dei soggetti deboli*, Roma, 2022, pp. 29 ss.

⁹ Per tutti, M. AINIS, *I soggetti deboli nella giurisprudenza costituzionale*, in *Politica del diritto*, 1999, pp. 25 ss.

oltre il programma costituzionale di emancipazione sociale per contemplare, in realtà, la dimensione complessiva dei diritti della persona.

La vulnerabilità si presenta infatti come una nozione intenzionalmente aperta e dai contorni volutamente sfumati, portatrice di una pluralità di significati che si radicano nell'insieme delle circostanze del caso. La tutela della vulnerabilità – o meglio delle vulnerabilità – copre in effetti condizioni di svantaggio e fragilità in linea di massima non predeterminate o predeterminabili in astratto, la cui considerazione per un verso muta in relazione del contesto nel quale trova applicazione¹⁰, e per altro verso dà conto di un rapporto di derivazione privilegiato con l'inviolabilità della dignità umana, concetto anch'esso di per sé difficilmente predeterminabile sul piano dogmatico¹¹. In questo senso, il ricorso alla nozione di vulnerabilità comporta un ampio margine di discrezionalità, che si manifesta anzitutto in ordine alla identificazione dei soggetti vulnerabili, perciò meritevoli di tutela specifica, nonché alla gravità della loro condizione in concreto. Una discrezionalità, del resto, che proprio in considerazione del principio del rispetto della dignità umana implica un ineludibile giudizio di valore.

D'altro canto, sempre in termini generali, il ricorso all'argomento della vulnerabilità opera sul piano – particolarmente scivoloso – della effettività dei diritti. Esso, infatti, serve in sostanza a giustificare caso per caso un trattamento diseguale ispirato dalla garanzia di una più intensa tutela nei confronti di persone – o categorie di persone – che versano nei fatti, a vario titolo, in una condizione di debolezza, fragilità e svantaggio affinché possano realmente godere dei propri diritti.

Più in dettaglio, la nozione di vulnerabilità denota una insopprimibile connotazione di gradualità, dal momento che varia a seconda del grado d'intensità che può raggiungere rispetto alla complessità delle circostanze del caso che con essa interagiscono. E questa diversa gradazione determina di conseguenza una modulazione del trattamento riservato alle persone che versano in questa condizione, il quale sarà calibrato nel segno di una tutela ancor più rinforzata allorché rivolto a soggetti maggiormente vulnerabili.

Del resto, la varietà delle forme che può assumere la vulnerabilità non esclude affatto la potenziale sovrapponibilità di condizioni distinte di vulnerabilità nel medesimo individuo (è il caso, ad esempio, del minore richiedente asilo o del detenuto psichiatrico), che in virtù di ciò vede incrementata la propria condizione di vulnerabilità e, di conseguenza, il bisogno di protezione da accordare.

In questo quadro, la problematica del riconoscimento della vulnerabilità opera, anzitutto, sul versante delle cause che generano siffatta condizione meritevole di una protezione più elevata da parte dell'ordinamento, le quali possono dipendere da una molteplicità di

¹⁰ Sul carattere relazionale del concetto di vulnerabilità, S. ZULLO, *Lo spazio sociale della vulnerabilità tra «pretese di giustizia» e «pretese di diritto»*. Alcune considerazioni critiche, in *Politica del diritto*, 2016, p. 477; R. CHENAL, *La definizione della nozione di vulnerabilità e la tutela dei diritti fondamentali*, cit., p. 50.

¹¹ Al riguardo, tra gli altri, G. SERENO, *La dimensione costituzionale della dignità umana. Da concetto filosofico a elemento normativo di diritto positivo*, Roma, 2016, pp. 413 ss.

fattori legati alla sussistenza di situazioni di fatto (come, ad esempio, la detenzione o la violenza domestica) o alle qualità intrinseche alla persona (come nel caso del minorenni o del disabile mentale), potendo altresì condurre ad una presunzione di vulnerabilità mediante l'emersione nel tempo di specifici "gruppi vulnerabili" (ad esempio, le minoranze etniche e culturali o, ancora, i malati di HIV)¹². Parimenti sul versante degli effetti di questo riconoscimento, il ventaglio di strumenti a disposizione per rispondere alle istanze di un trattamento diversificato improntato alla maggior tutela appare estremamente ampio, legandosi anche sotto questo profilo alla natura in fondo relazionale del concetto di vulnerabilità, e dunque alla complessità delle circostanze che definiscono il caso di specie.

3. Il rilievo della vulnerabilità nel contesto del diritto alla salute

Il nesso che collega la tematica della tutela delle persone vulnerabili (o maggiormente vulnerabili) alla effettiva garanzia del diritto alla salute, e quindi al contesto sanitario complessivamente inteso, appare assolutamente evidente. E di questo nesso è già indice la disciplina approntata dall'articolo 32 della Costituzione¹³ che, sotto molteplici aspetti, costituisce un terreno fondamentale entro cui assicurare le istanze di protezione della vulnerabilità.

Anzitutto, la richiamata disposizione costituzionale già contiene al suo interno la previsione espressa di una condizione di svantaggio riconducibile nell'alveo della categoria della vulnerabilità. Essa, infatti, là dove impone la garanzia di cure gratuite agli indigenti, dà conto di un compito ulteriore e irrinunciabile in capo alla Repubblica, da assolversi proprio in funzione dell'effettivo godimento del diritto in questione da parte delle persone che versano in quella particolare condizione di svantaggio¹⁴.

¹² In argomento, v. L. PERONI, A. TIMMER, *Vulnerable groups: The promise of an emerging concept in European Human Rights Convention law*, in *International Journal of Constitutional Law*, 2013, pp. 1056 ss.

¹³ La bibliografia in materia di diritto alla salute è sterminata. Limitatamente ai contributi di diritto costituzionale di più ampio respiro, e senza pretese di esaustività, si rinvia a C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, n. 1, 1961, pp. 1 ss.; L. CARLASSARE, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in R. ALESSI (a cura di), *L'amministrazione sanitaria*, Vicenza, 1967, pp. 103 ss.; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, 1983, pp. 21 ss.; B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale del diritto alla salute*, ivi, 1984, pp. 21 ss.; M. LUCIANI, *Salute, I, Diritto alla salute – dir. cost.*, in *Enciclopedia giuridica*, XXVII, Roma, 1991; R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. Cassese (diretto da), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, 2006, pp. 5393 ss.; A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Torino, 2006, pp. 655 ss.; C. TRIPODINA, *Art. 32*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 2008, pp. 321 ss.; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012; G. SCACCIA, *Articolo 32*, in F. CLEMENTI, L. CUOCOLO, F. ROSA, G.E. VIGEVANI (a cura di), *La Costituzione italiana. Commento articolo per articolo*, I, Bologna, 2018; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, 2021.

¹⁴ Da ultimo, D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, cit., pp. 105 ss.

Parimenti di rilievo, nell'ottica della tutela della persona vulnerabile, è la previsione del divieto di trattamenti sanitari obbligatori se non per disposizione di legge, che non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana¹⁵.

Ma al di là di questi spunti puntuali, il peso della vulnerabilità interseca il diritto alla salute tanto nella sua declinazione di diritto fondamentale individuale, quanto nella sua concezione come interesse della collettività. In ambedue i casi, assume un rilievo centrale il tema della individuazione di quali siano i soggetti vulnerabili, nei cui confronti calibrare l'intervento di maggior tutela.

A tal riguardo, ad una approssimazione superficiale, la vicenda sembrerebbe esaurirsi sul piano soggettivo in relazione ai malati, che appaiono per definizione i destinatari dell'azione sanitaria e, in questo senso, i soggetti vulnerabili di riferimento nel contesto della tutela della salute. Trattasi evidentemente di una categoria evanescente della vulnerabilità, poiché dipendente da una pluralità di fattori – dal tipo di malattia alla sua gravità e al suo impatto sulla condizione di vita complessiva dell'individuo – rispetto ai quali, comunque, emerge con nettezza la realtà di una vulnerabilità non soltanto fisica ma anche psicologica (esemplificativo è il caso dei detenuti affetti da malattia psichiatrica).

Ebbene, al di là dei malati, la tutela del diritto alla salute contempla in realtà anche altre forme di vulnerabilità, che richiedono di essere prese in considerazione imponendo un'attenzione diversificata. Basti qui fare riferimento alla concezione della vulnerabilità come aspetto strutturale della condizione umana¹⁶, specialmente in considerazione delle diverse fasi della vita (è il caso degli anziani oltreché dei minori), ma anche ad altre ipotesi di vulnerabilità meno intuitive, che possono condurre all'identificazione – come nel caso del Piano pandemico – degli stessi operatori sanitari come soggetti vulnerabili e, in quanto tali, destinatari di una più intensa protezione da parte dell'ordinamento. La quale, in fin dei conti, opera non soltanto in funzione del loro diritto individuale alla salute, ma anche nell'interesse della collettività.

Del resto, è la ragion d'essere stessa del Piano pandemico a dar conto, in attuazione del richiamato articolo 32 Cost., della commistione tra la proiezione della tutela della salute come diritto fondamentale e come interesse collettivo, dalla quale – non a caso – deriva una presa in carico particolarmente articolata delle diverse istanze di tutela della vulnerabilità.

¹⁵ L. MEZZETTI, A. ZAMA, *Trattamenti sanitari obbligatori*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, XV, Torino, 1999, pp. 336 ss.; E. CAVASINO, *Trattamenti sanitari obbligatori*, in S. Cassese (diretto da), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Milano, 2006, pp. 5961 ss.; A.A. NEGRONI, *Sul concetto di "trattamento sanitario obbligatorio"*, in *Rivista AIC*, n. 4/2017; P. VERNESI, *L'eccezione alla regola: il caso dei trattamenti sanitari obbligatori*, in *Osservatorio costituzionale*, n. 6/2021.

¹⁶ M. LUCIANI, *Le persone vulnerabili e la Costituzione*, intervento di discussione della *Lectio magistralis* del Presidente della Corte europea dei diritti dell'uomo, Prof. Robert Spano, Roma, 22 aprile 2022, reperibile in www.cortecostituzionale.it/convegniSeminari.do.

4. La considerazione della vulnerabilità nel Piano pandemico 2025-2029. Il versante dei principi e delle misure di prevenzione

Come accennato, la considerazione della vulnerabilità costituisce un riferimento ricorrente all'interno del Piano pandemico 2025-2029.

In linea di continuità con il precedente¹⁷, il nuovo Piano pandemico ribadisce sin dalla sua impostazione di fondo le traiettorie tipiche della tutela delle persone vulnerabili. Questa viene anzitutto contemplata tra i principi di pianificazione strategica entro cui collocare l'intervento di sanità pubblica, che infatti – in sintonia con i principi e i valori fondativi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e segnatamente con la giustizia, l'equità, la non discriminazione e la solidarietà, oltreché con il rispetto degli ambiti di competenza statali e regionali – viene calibrato in via generale prestando un'attenzione specifica a quella porzione di popolazione particolarmente fragile e vulnerabile che, in ragione dei propri speciali bisogni ed esigenze, risulterebbe maggiormente esposta alle conseguenze di un evento pandemico. Dunque in funzione sostanzialmente antidiscriminatoria il Piano, «certamente non esaustivamente e senza ordine gerarchico», procede ad una prima identificazione di massima dei soggetti vulnerabili, che riconosce nei grandi anziani, negli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), nelle persone affette da patologie rare, psichiatriche, oncologiche, ovvero da comorbidità severe o immunodeficienze, o ancora nelle persone che vivono in condizioni di particolare fragilità sociale o economica, nei migranti e nei detenuti¹⁸.

Trattasi di una identificazione che – questa volta in parziale discontinuità con quanto stabilito in precedenza¹⁹ – conferma alcune delle categorie soggettive tradizionali della vulnerabilità (migranti e detenuti), ed altre categorie in realtà più strettamente connesse con l'ambito sanitario e con la drammaticità dell'esperienza della recente pandemia di Covid-19 (anziani e ospiti in RSA), a riprova della piena adesione ad un concetto di vulnerabilità essenzialmente elastico, non delimitato nel suo perimetro di riferimento e, in quanto tale, strumentale alla garanzia di un trattamento improntato alla maggior tutela.

Sempre in relazione alla impostazione generale del Piano, la considerazione della vulnerabilità influenza l'impianto metodologico della pianificazione. Nella parte in cui ne specifica i presupposti, il Piano pandemico corrente precisa infatti come, a fronte della elevata incertezza in ordine alla gravità clinica di una futura potenziale pandemia da patogeno a trasmissione respiratoria, il livello di suscettibilità della popolazione potrebbe presentarsi

¹⁷ Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023, p. 33.

¹⁸ Piano pandemico 2025-2029, p. 15.

¹⁹ In particolare, l'elenco di categorie menzionate nel Piano pandemico previgente – pur sempre non esaustivo né determinante alcun ordine di priorità – appariva in realtà più ampio là dove specificava anche le donne in gravidanza, le persone con disabilità, le persone senza fissa dimora e i richiedenti asilo.

non omogeneo e, di conseguenza, indurre ad una modulazione delle azioni di risposta, da adottarsi sulla base di valutazioni tempestive e, soprattutto, in funzione della vulnerabilità di specifici gruppi della popolazione, come ad esempio bambini e anziani²⁰.

Per quanto riguarda le previsioni più di dettaglio – al di là del richiamo esemplificativo alle «popolazioni vulnerabili o ad alto rischio» contenuto nell’ambito della sorveglianza delle acque reflue tramite rimando alle linee guida dell’OMS²¹, che nello specifico indicano come particolarmente efficace la segnalazione precoce dell’insorgenza di casi in contesti a bassa prevalenza o localizzati – il Piano pandemico dedica una considerevole attenzione alle istanze della vulnerabilità con riferimento alle misure di prevenzione in senso lato.

In particolare, il Piano si sofferma sugli interventi non farmacologici (*Non pharmacological interventions* – NPI), tra i quali si segnalano, per il rilievo che hanno assunto durante la pandemia di Covid-19 degli anni scorsi, il distanziamento sociale, la chiusura delle scuole e dei luoghi di lavoro, il divieto di eventi pubblici, le limitazioni di accesso ai trasporti pubblici, la quarantena e l’isolamento, le restrizioni ai viaggi internazionali, e, più in generale, alla circolazione. Tali interventi, agendo direttamente sulle modalità di trasmissione dell’infezione, rappresentano in effetti una componente prioritaria per il contrasto alla emergenza pandemica da patogeni respiratori giacché contribuiscono a «ridurre la trasmissione comunitaria, i tassi di ospedalizzazione e i decessi, e di riflesso la pressione sul sistema sanitario», con conseguente mantenimento dei servizi sanitari essenziali. Sul piano della protezione collettiva, la riconosciuta efficacia degli interventi non farmacologici come risposta alla pandemia, pur nella eterogeneità delle misure adottabili ai fini del contenimento e del controllo della diffusione del contagio, richiede tuttavia di essere temperata da una serie di accortezze di carattere organizzativo e soprattutto, sul piano costituzionale, di cautele connesse alla previsione con fonte legislativa delle misure in questione nel caso in cui s’incida sull’esercizio delle libertà degli individui.

A tal riguardo, sulla base dell’esperienza pregressa, il Piano predispone diversi scenari ipotetici sul possibile impatto, in termini di ospedalizzazione e di necessità di cure intensive, di una pandemia da virus influenzali o da coronavirus caratterizzati da diversi gradi di patogenicità, rispetto ai quali declina gli interventi di mitigazione comunitaria. Ebbene, proprio la discrezionalità della scelta di questi interventi viene ridimensionata non soltanto dalla considerazione dell’efficacia delle relative misure di attuazione – prese singolarmente e nel loro insieme – rispetto alla limitazione della trasmissione del patogeno a potenziale pandemico, ma anche da una più ampia valutazione delle ripercussioni di carattere economico e sociale che tali misure possono determinare sulla popolazione. Ed è proprio sotto questo profilo che entra in gioco la protezione delle persone vulnerabili, che ai sensi del

²⁰ Piano pandemico 2025-2029, pp. 18-19.

²¹ *Environmental surveillance for SARS-CoV-2 to complement other public health surveillance*, 12 settembre 2023, reperibile in www.who.int/publications/i/item/9789240080638.

Piano dovrebbe rivestire «un ruolo centrale nella decisione di attuare, mantenere o revocare una misura» di questo genere²².

Analoga attenzione alla protezione della vulnerabilità è dedicata in materia di misure di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale (*Infection Prevention and Control* – IPC), le quali parimenti svolgono una funzione fondamentale nel contenimento della diffusione del contagio salvaguardando la sicurezza dei pazienti e degli stessi operatori sanitari proprio negli ambiti in cui, a causa dell'inevitabile interazione tra i soggetti, più si concentra il pericolo di contrarre e trasmettere l'infezione. Tali misure, infatti, agiscono sulla gestione del rischio infettivo attraverso l'adozione di pratiche di stampo precauzionale e di misure organizzative di supporto, ed in questo senso appaiono particolarmente significative nel contesto pandemico in quanto – in un certo senso – complementari alle richiamate misure di prevenzione non farmacologiche che, soprattutto nelle fasi iniziali, potrebbero essere ancora non disponibili. E ciò, al pari delle conoscenze relative al patogeno pandemico, che peraltro nel corso del tempo potrebbe sviluppare varianti, comportando così un aggiornamento costante dell'insieme delle misure di prevenzione in questione²³.

Ed è proprio in linea con questa prospettiva di sanità pubblica che il nuovo Piano pandemico integra le esigenze di tutela delle vulnerabilità sul terreno dell'assistenza sanitaria. Esso infatti, con riferimento all'organizzazione della reazione all'allerta pandemica, indica diversi fattori ad ampio spettro su cui le strategie e gli adattamenti dei piani di prevenzione e controllo delle infezioni dovrebbero essere prioritariamente indirizzati, tra i quali non a caso contempla l'«individuazione di fasce di popolazione vulnerabili e a maggior rischio»²⁴.

5. (segue) Il versante della somministrazione vaccinale, della protezione del personale sanitario e delle fasi operative

L'effettiva garanzia del diritto alla salute delle persone che versano a vario titolo in una condizione di vulnerabilità si realizza, poi, in relazione a un aspetto essenziale – e particolarmente sensibile – delle contromisure mediche per fronteggiare l'emergenza pandemica, ovvero l'accesso alla vaccinazione. A tal proposito, il nuovo Piano pandemico si muove lungo due versanti d'azione fondamentali. Il primo riguarda la fase di approvvigionamento, che s'inserisce ormai da tempo in larga parte nel contesto dell'Unione europea²⁵,

²² Piano pandemico 2025-2029, p. 84.

²³ Ivi, pp. 98 ss.

²⁴ Ivi, p. 100.

²⁵ Cfr. regolamento (UE) 2022/2372 del Consiglio del 24 ottobre 2022 relativo a un quadro di misure volte a garantire la fornitura di contromisure mediche di rilevanza per le crisi in caso di un'emergenza di sanità pubblica a livello dell'U-

mentre il secondo versante, che dal primo è direttamente dipendente, concerne la fase di distribuzione.

Rispetto alla prima fase, merita in termini generali sottolineare come il Piano avverta in realtà una “vulnerabilità” del sistema italiano, dovuta alla sua forte dipendenza dalle importazioni di materiali sanitari e in relazione alla quale prospetta un’azione di ampio respiro sulle scorte, con l’intento di contenere il rischio, significativo proprio in situazioni di emergenza, di interruzioni della catena di approvvigionamento e del potenziale aumento dei prezzi²⁶.

Riguardo alla seconda fase – sulla scia, ancora una volta, dell’esperienza pregressa – il Piano prescrive l’allestimento di un sistema nazionale di distribuzione attivabile in caso di emergenza, di cui stabilisce altresì i requisiti essenziali. In particolare, tale sistema, oltre a garantire sempre un’adeguata catena di refrigerazione e continui controlli di qualità ed avere una portata nazionale, deve assicurare una distribuzione efficace attraverso campagne di vaccinazione di massa o mirate, «con possibilità di accesso per gruppi prioritari, incluse le categorie di soggetti più vulnerabili»²⁷.

Si ripropone in termini assolutamente manifesti la centralità della questione legata alla discrezionalità della scelta in ordine alla identificazione dei gruppi maggiormente vulnerabili, la cui portata incide profondamente, in contesti di crisi pandemica e di scarsità di vaccini disponibili, anche sul grado di protezione del diritto alla salute dei soggetti invece esclusi dalle categorie prioritarie. La definizione di un argine adeguato entro cui giustificare, sul piano costituzionale e della ragionevolezza, la portata di un trattamento ineguale su un aspetto decisivo quale è quello della determinazione, in emergenza pandemica, dell’ordine di accesso alla somministrazione del vaccino, chiama dunque in causa la responsabilità del decisore politico. Al quale spetta il delicato compito di operare un equo bilanciamento tra le legittime istanze di protezione delle persone che versano in condizioni di vulnerabilità o che comunque risultano più di altre esposte al contagio – basti pensare al caso dei militari, del personale sanitario o degli insegnanti – e l’interesse generale della restante popolazione ad un accesso quanto più rapido alla vaccinazione. Un interesse che – a ben vedere – risponde non soltanto a finalità di tutela del diritto alla salute, ma anche alle istanze di ripristino del pieno godimento di libertà costituzionali eventualmente sospese da misure specifiche di contenimento.

La considerazione della vulnerabilità interviene poi in materia di personale sanitario, un capitolo decisivo del Piano pandemico che viene impostato sulla base di diversi elementi di valutazione²⁸. Posta infatti la centralità dell’affidamento in una forza lavoro adeguata

nione; regolamento (UE) 2022/2371 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 novembre 2022 relativo alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero e che abroga la decisione n. 1082/2013/UE.

²⁶ Piano pandemico 2025-2029, p. 110.

²⁷ Ivi, p. 106.

²⁸ Ivi, pp. 118 ss.

a fronteggiare l'insorgenza di un evento pandemico, il Piano evidenzia l'esigenza di un investimento sul personale sanitario sia di tipo qualitativo, che miri nello specifico alla valorizzazione di un approccio multiprofessionale e multidisciplinare, sia quantitativo, in grado cioè di assolvere all'aumento di domanda di professionisti sanitari richiesta dalla evoluzione e dall'incremento dei bisogni assistenziali della popolazione nel corso dell'evento pandemico. Tale circostanza impone non soltanto un'attenta programmazione – a livello nazionale e locale, e con soggetti anche esterni al SSN – che consenta di coniugare i tempi di formazione del professionista sanitario con la garanzia di una forza lavoro sanitaria modulabile e disponibile, ma anche la previsione di specifici strumenti organizzativi da attuare nelle diverse fasi della pandemia. Il tutto, al duplice scopo di proseguire nell'erogazione dei servizi sanitari essenziali anche in situazioni di emergenza e, al contempo, di rispondere alle ulteriori istanze di tutela della salute emergenti dall'evento pandemico. In questo complicato contesto di azioni ed obiettivi, il nuovo Piano pandemico declina il riferimento alla vulnerabilità secondo un orizzonte di significato particolarmente esteso. Esso, infatti, riconosce espressamente i professionisti sanitari come «soggetti particolarmente vulnerabili durante un evento pandemico» in virtù di una valutazione della situazione di fatto dalle forti ripercussioni sulla loro condizione psicologica. Emerge in altri termini, in contesti di emergenza pandemica, la piena consapevolezza della portata reale della vulnerabilità degli operatori sanitari, la quale non si limita ad una accezione soltanto fisica legata alla loro maggiore esposizione al rischio d'infezione e contagio, e dunque di contrarre la malattia e – addirittura – di perdere la vita, ma si traduce altresì in una sottile forma di vulnerabilità di natura psicologica, per questo forse ancor più subdola e penetrante. Secondo il Piano in esame difatti, nel corso della pandemia, i professionisti sanitari costituiscono una categoria di persone particolarmente fragili anche – e soprattutto – «per via della pressione psicologica a cui sono sottoposti, sia in seguito ad aspetti direttamente connessi con il fenomeno pandemico in corso, quali l'isolamento dai propri cari, il senso di impotenza davanti alla malattia e alla morte, sia per via di aspetti organizzativi quali aumentati carichi di lavoro e/o condizioni lavorative deteriorate»²⁹.

L'insieme di queste ragioni rende la condizione di particolare vulnerabilità dei professionisti sanitari durante l'evento pandemico meritevole di una considerazione prioritaria, da realizzarsi mediante l'adozione di misure specifiche ed azioni ad ampio spettro. Ed è proprio in questo senso che il Piano pandemico sintetizza il peso che la vulnerabilità assume nel contesto della pandemia con la tutela predisposta dall'articolo 32 Cost., la quale di certo opera nell'ottica della piena salvaguardia del diritto fondamentale alla salute, sia fisica che mentale, dei professionisti sanitari, ma anche nell'interesse della collettività, la cui salute in emergenza pandemica – a ben vedere – dipende proprio dalla garanzia di quei

²⁹ Ivi, p. 119.

requisiti di adeguatezza quantitativa e qualitativa della forza lavoro sanitaria puntualmente identificati dal Piano.

Alle medesime finalità sanitarie guarda la parte del Piano pandemico dedicata alle fasi operative, in corrispondenza delle quali vengono declinate azioni specifiche. Più in dettaglio, per quanto concerne la risposta alla pandemia, il Piano individua due fasi destinate, rispettivamente, al contenimento e al controllo. Posto l'obiettivo di mantenere il c.d. numero di riproduzione netto – ovvero sia il numero medio di infezioni generate da un caso – al di sotto di uno, la prima fase prende le mosse dal «rilevamento sul territorio nazionale di un caso umano da patogeno respiratorio a potenziale pandemico con alto sospetto o dimostrata capacità di trasmissione interumana» ed è riconducibile a un intervento sulla interruzione delle catene iniziali di trasmissione, dunque tempestivo e localizzato. Mentre la seconda fase si articola – a sua volta – in una fondamentale fase di soppressione della trasmissione, nella quale dal contenimento localizzato, non più praticabile, si passa a un contenimento su base nazionale in considerazione delle caratteristiche di trasmissibilità e patogenicità del patogeno, ed in una ulteriore eventuale fase di mitigazione della diffusione della pandemia e del suo impatto sul sistema sanitario, che si attiva allorché la soppressione della trasmissione non è più possibile né oltremodo sostenibile.

Con coerenza, il quadro operativo richiamato ribadisce in termini espressi l'impostazione seguita in tema di tutela delle vulnerabilità nella parte in cui, nella fase di risposta alla pandemia, fa convergere gli obiettivi del contenimento e della soppressione non soltanto nell'intento generale di mantenere attivi i servizi essenziali nel corso di un evento pandemico, ma ancor prima in quello – specifico – di garantire alle persone vulnerabili, perché maggiormente esposte al rischio di esiti gravi, «di accedere alle cure cliniche tramite la riduzione della pressione sul sistema sanitario»³⁰.

6. Considerazioni conclusive

L'analisi sin qui svolta induce ad alcune riflessioni conclusive.

Per un verso, appare senz'altro apprezzabile l'attenzione dedicata dal Piano pandemico 2025-2029 alla condizione delle persone vulnerabili. Essa infatti rappresenta un profilo problematico decisivo nella organizzazione dell'intervento sanitario nel contesto dell'emergenza pandemica, che sotto questo profilo colloca il Piano attuale in continuità con il precedente. Considerata la portata principalmente metodologica del Piano rispetto alla valutazione e alla gestione dei rischi derivanti da patogeni respiratori a potenziale pandemico³¹, senz'altro opportuni appaiono i richiami alla protezione delle vulnerabilità nella

³⁰ Ivi, p. 125.

³¹ Ivi, pp. 12 e 19.

predisposizione delle misure di prevenzione, nelle regole di accesso alla somministrazione vaccinale, nella tutela ad ampio spettro del personale sanitario e nella organizzazione delle azioni operative di contrasto alla pandemia.

La scelta di porre la tutela delle vulnerabilità tra i principi cardine della pianificazione in questione, del resto, appare coerente con la Costituzione repubblicana, la quale già contempla la previsione di più ampie tutele per far fronte a situazioni di svantaggio e fragilità riconducibili alla vulnerabilità³².

Per altro verso, tuttavia, rimane il problema legato all'uso di una nozione intenzionalmente aperta e dai contorni indefiniti, che rimette alla responsabilità del decisore politico l'onere di una scelta in ordine alla identificazione delle categorie di soggetti vulnerabili ed alla determinazione del grado d'intensità di siffatte vulnerabilità. Trattasi, in definitiva, di una nozione che impone di essere maneggiata con cautela in quanto rinvia ad una valutazione che non può sottrarsi al contemperamento ragionevole tra le legittime istanze di protezione delle persone maggiormente esposte alle conseguenze dell'evento pandemico e quelle della collettività nel suo complesso. Esemplificativo al riguardo è il caso della somministrazione vaccinale, la cui distribuzione prevede l'accesso per gruppi prioritari, a cominciare (giustamente) dai soggetti più vulnerabili. Ebbene la determinazione in proposito contempla di certo la protezione della salute di questi ultimi, ma la sua estensione incide altresì – come accennato – sia sul diritto alla salute dei soggetti esclusi dalle categorie prioritarie, che vedranno necessariamente allontanarsi nel tempo l'accesso alla vaccinazione, sia sulle istanze di ripristino del pieno godimento di libertà costituzionali eventualmente sospese da misure di carattere restrittivo adottate in funzione di contrasto alla pandemia.

³² F. PIZZOLATO, *Gli argini costituzionali alla delimitazione della vulnerabilità*, in *Ars interpretandi*, n. 2/2019, pp. 26 ss.