

MARIA PIA IADICICCO

L'IMPATTO DELL'EMERGENZA DA COVID-19 SUL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

1. *Oggetto, finalità e itinerario dell'indagine*

Già nel corso della c.d. prima ondata di contagi del nuovo coronavirus SARS-CoV-2 sono apparse a tutti chiare le conseguenze stravolgenti di questa pandemia su ogni aspetto della vita individuale e sociale e il carattere eccezionale delle misure adottate per fronteggiarla. A tutt'oggi, nel pieno della seconda ondata, le problematiche sul tappeto restano molteplici, in quanto solo parzialmente risolte e, per altri versi, aggravate dal sopravvenire di altri profili di criticità. Sebbene il tema dell'emergenza sia tutt'altro che estraneo alla tradizionale riflessione giuspubblicistica, il contatto diretto e drammatico con questa esperienza, che ha assunto, nel caso di specie e seppur non esclusivamente, le vesti di un'emergenza sanitaria, ha offerto l'occasione per un'indagine sul campo della tematica nella quale si sono cimentati studiosi di diversa sensibilità¹.

Le brevi riflessioni che seguiranno si focalizzano sull'impatto della pandemia da Covid-19 sulla sanità italiana. Tale scelta di campo trova una prima, palese se non proprio scontata, giustificazione nella peculiare declinazione di questa emergenza, ovvero nel suo collegarsi ad una pandemia influenzale causata da un nuovo coronavirus, che ha senza dubbio inciso soprattutto sui servizi sanitari, chiamati a fronteggiare un numero sempre crescente di soggetti contagiati con gravi sintomatologie e costretti a riprogrammare le proprie attività per garantire la tutela della salute anche di altri pazienti. A suffragare ulteriormente la nostra scelta di campo sta un'altra ricorrente affermazione, e cioè che tra i diritti, riconosciuti e garantiti nella Carta costituzionale italiana, il diritto alla salute sia stato quello maggiormente coinvolto nella pandemia e al quale è stata assicurata prioritaria

1 Per una rassegna della letteratura, soprattutto giuspubblicistica sul tema, si veda *Articoli, paper e post blog apparsi in altre riviste e piattaforme online (Aggiornato al 21 luglio 2020)*, a cura di F. Aperio Bella, M. Malvicini, in "Federalismi.it", Osservatorio emergenza Covid-19 – Rassegna di documentazione.

tutela. Se ciò è certamente vero, la preminenza e la priorità assicurate alla tutela della salute meritano di essere meglio precisate, in quanto foriere di possibili equivoci e incertezze, tanto più ricorrenti, se si trascura la necessità di confrontare di quel diritto con altri interessi ugualmente incisi dalla pandemia e comunque meritevoli di tutela. In effetti, non sono mancate, anche nella dottrina più avvertita, critiche volte a denunciare un sostanziale annullamento di altri diritti ugualmente di rango costituzionale, come pure si sono avanzate, nel dibattito politico e pubblico, fantasiose ricostruzioni su presunti nuovi diritti costituzionali che avrebbero subito una negazione o anche solo una limitazione in ragione di una sorta di “tirannia sanitaria”². Seppur si tratta, specie su quest’ultimo versante, di asserzioni del tutto prive di fondamento e di una valida argomentazione, mosse talvolta soltanto dal preminente intento di strumentalizzare l'emergenza, esse offrono l'occasione per riflettere ancora sulle conseguenze della pandemia sul complesso sistema di tutela (“sistemica e non frazionata”³) dei diritti costituzionali, sulle tecniche per il loro temperamento e sugli effetti derivanti da un incontrollato allargamento della categoria dei diritti; inoltre anche gli elementi di riflessione forniti nel corso di questa emergenza invitano ad approfondire il carattere della fundamentalità espressamente riconosciuto nel testo costituzionale al solo diritto alla salute.

Peraltro, anche altre ragioni spingono a concentrare l'attenzione sull'impatto del Covid-19 sul sistema sanitario: in primo luogo, v'è da considerare lo stretto legame esistente tra diritto alla salute e organizzazione sanitaria; in secondo luogo, e proprio in ragione di questa relazione, è indispensabile fare chiarezza sulla portata del primo, declinato tanto come diritto individuale, quanto come interesse della collettività; in terzo luogo, occorre verificare l'incidenza di altri aspetti e interessi che si ripercuotono sull'organizzazione e sul funzionamento del sistema sanitario e, a quest'ultimo riguardo, la nostra analisi si soffermerà esclusivamente sui profili dell'articolazione territoriale dello stesso e sui limiti e vincoli scaturenti dalla disponibilità di risorse.

Percorrendo questo itinerario si toccheranno tanto questioni di viva attualità, quanto dibattiti più remoti e tutt'altro che sopiti, sui quali si è andata ad innestare l'emergenza pandemica. Sulla scorta delle suggestive

2 In tal senso, la nostra indagine presupporrebbe un approfondimento del tema del bilanciamento, per il quale si rinvia a R. Bin, *Diritti e argomenti. Il bilanciamento degli interessi nella giurisprudenza costituzionale*, Milano, 1992; A. Morrone, *Il bilanciamento nello stato costituzionale. Teoria e prassi delle tecniche di giudizio nei conflitti tra diritti e interessi costituzionali*, Torino 2014.

3 Così Corte cost., sentenze n. 264/2012; n. 10/2015; 254/2020.

sollecitazioni di un'attenta dottrina⁴ si ritiene infatti che non si possa adeguatamente valutare l'impatto della pandemia sulla sanità italiana, prescindendo dal "prima" ovvero dallo *status quo ante* del sistema sanitario, dal quale occorre prendere le mosse per esaminare il "durante" e di lì provare ad immaginare il "dopo". Per quanto scontato possa apparire, non è inutile precisare che quest'ultimo passaggio può essere soltanto abbozzato: alcune "lezioni" possono – e si spera – ritenersi apprese⁵; ma, su molto altro, la profonda indeterminazione, che investe sia aspetti attuali quanto scenari futuri, rende difficile offrire certezze⁶ e del tutto fuori luogo fornire formule magiche per uscire dall'emergenza pandemica.

2. *La sanità italiana nel pre-Covid-19: come si presentava*

Prendendo le mosse dal "prima" dello scoppio della pandemia, occorre valutare come si sia presentato il sistema sanitario di fronte a quest'evento, senz'altro sconvolgente, anche se non del tutto imprevedibile⁷. Molteplici sono i profili che secondo alcuni avrebbero contribuito a rendere più difficile l'assunzione di risposte adeguate a fronteggiare la crisi pandemica. Provando a schematizzare, senza per questo semplificare oltremodo un quadro evidentemente complesso, si può dire che la situazione di partenza è apparsa inficiata da almeno due condizioni critiche – l'impoverimento e

4 A. Pioggia, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in "Diritto pubblico", n. 2020, pp. 395 ss.

5 Così anche Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, 28 maggio 2020, p. 5, in <http://bioetica.governo.it/italiano/>.

6 La valutazione è quanto mai complessa e ancora attraversata da aspetti di incertezza, non solo determinati dalle persistenti scarse conoscenze scientifiche sul nuovo coronavirus, ma anche dalle difficoltà connesse al versante propriamente conoscitivo e informativo. Un disagio, quest'ultimo che si protrae a tutt'oggi e investe la raccolta e valutazione dei dati relativi a contagiati, positivi, sintomatici e guariti, l'indice RT, nonché ulteriori dati sulla base dei quali viene definito, tramite un contestato algoritmo, il regime delle varie parti del territorio (la "colorazione" delle Regioni).

Ai disagi della c.d. catena informativa si somma una obiettiva difficoltà, propria di ogni esperienza emergenziale, di cogliere i fenomeni nella loro oggettività, rendendo per questo oltremodo sfumato il confine delle valutazioni su legalità e legittimità.

7 Cfr. R. de Maria, *Caratteristiche ed errori della gestione sanitaria della pandemia da COVID-19 in Italia: una défaillance di sistema*, in "Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione", n. 2, 2020, pp. 1 ss.

le diseguaglianze presenti nel sistema sanitario –, le quali affondano le loro radici in cause che precedono l'emergenza pandemica. Benché un simile giudizio possa ritenersi sostanzialmente condiviso, tutt'altro che concordi sono le letture sulle ragioni che avrebbero determinato l'emersione di tali aspetti problematici. Tra le tante meritano di essere vagliate criticamente almeno quelle che imputano tali problematiche all'insostenibilità della spesa sanitaria, derivante da un eccessivo allargamento della portata del diritto alla salute, alla cui garanzia è preposto un sistema sanitario pubblico; nonché quelle che le addebitano all'assetto regionalistico dello stesso e all'inefficienza gestoria di alcune Regioni. A monte di quest'ultimo rilievo si staglia una più generale critica rivolta al quadro costituzionale di riparto delle competenze, tracciato dalla legge costituzionale n. 3 del 2001, la quale non avrebbe consentito allo Stato centrale di esercitare, secondo questa lettura, i poteri necessari per fronteggiare l'emergenza sanitaria, e per garantire interessi unitari, rimediando alle inefficienze regionali.

Senza affatto negare la preesistenza e la fondatezza di alcuni aspetti di criticità presenti nella sanità italiana prima della diffusione del Covid-19⁸ e, considerato il profondo legame intercorrente tra diritti, loro effettività e aspetti organizzativi⁹, occorre riflettere meglio sugli argomenti emersi nel

8 Come evidenziato anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, 8 aprile 2020, p. 5, nota n. 2, alcune criticità del sistema precedono lo scoppio della pandemia, tra questi "i finanziamenti inadeguati al Servizio Sanitario Nazionale, [...]; un'erronea programmazione nella formazione e nel reclutamento di medici, soprattutto specialisti, connessa anche al blocco del turn-over del personale sanitario; un insufficiente finanziamento delle borse di studio per la frequenza di scuole di specializzazione medica; una struttura organizzativa con pesanti disomogeneità territoriali [...] la progressiva separazione tra politiche sanitarie e politiche socio-assistenziali, con la conseguente svalutazione di queste ultime".

9 Cfr. Corte cost., sent. n. 383/1998: "Organizzazione e diritti sono aspetti speculari della stessa materia, l'una e gli altri implicandosi e condizionandosi reciprocamente. Non c'è organizzazione che, direttamente o almeno indirettamente, non sia finalizzata a diritti, così come non c'è diritto a prestazione che non condizioni l'organizzazione". In dottrina, v. almeno A. Pioggia, *Questioni di bioetica nell'organizzazione delle strutture sanitarie*, in "Diritto Pubblico", 2008; Ead., *La sanità italiana di fronte alla pandemia*, cit., pp. 385 ss.

È un'interdipendenza quella tra dimensione organizzativa e effettività della tutela dei diritti particolarmente evidente, se non proprio intuitiva, quando riferita alla declinazione del diritto alla tutela della salute come diritto sociale, alludendo quindi prevalentemente alla pretesa di ottenere prestazioni sanitarie (di prevenzione, cura, riabilitazione), la cui effettività richiede la preesistenza di un sistema organizzato in grado di erogarle. Ma si tratta a ben vedere di un legame

corso del dibattito, non solo perché molti potrebbero rivelarsi, ad una più attenta analisi, errati, poco convincenti o quanto meno fuori tiro, ma anche perché alcune letture, ove accolte, sarebbero capaci di condurre all'elaborazione di rimedi altrettanto sbagliati o incapaci di risolvere vecchie e nuove problematiche.

Muovendo dalla prima questione, quella relativa alla portata del diritto alla salute, alla sua espansione e alle ripercussioni di ciò sulla sanità e sui suoi costi, molte sarebbero le considerazioni da svolgere. Su questo terreno, la riflessione è sempre stata molto ampia e tante sono state le puntualizzazioni già compiute in dottrina¹⁰. Ai nostri fini non è superfluo ribadire che il diritto alla salute¹¹, come molti altri diritti costituzionali, è caratterizzato da una spiccata vocazione espansiva, seppur non illimitata¹²; esso inoltre presenta una struttura decisamente complessa, la quale si ripercuote sui relativi strumenti di tutela¹³.

Oggi più che mai, in effetti, si è capaci di comprendere le ragioni per le quali il Costituente abbia inteso riconoscere quel fondamentale diritto a ciascun individuo, non trascurando di configurare la tutela della salute anche come interesse della collettività (art. 32 Cost.): la riconosciuta essen-

altrettanto forte nella declinazione del diritto alla salute come diritto di libertà, essendo le decisioni individuali assunte in ordine al proprio stato di benessere psicofisico influenzate anche dalla disponibilità effettiva di accesso ad adeguati servizi di assistenza sanitaria (e socio-sanitaria). Cfr. da ultimo L. Chieffi, *Il diritto all'autodeterminazione terapeutica. Origine ed evoluzione di un valore costituzionale*, Torino 2019.

- 10 V. almeno B. Pezzini, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in "Diritto e società", n. 1, 1983, pp. 21 ss.; A. D'Aloia, *Oltre la malattia: metamorfosi del diritto alla salute*, in "BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto", 1, 2014, pp. 87 ss.; R. Balduzzi, *La medicina oltre la cura, ivi*, Special Issue, n. 2, 2019, pp. 377 ss.
- 11 Né è da confondere il diritto alla salute con la salute: quest'ultima esprime una condizione della persona, la quale non è oggetto del diritto, ma che questo è tenuto a tutelare, senza che però tale impegno possa convertirsi in una automatica assunzione della piena condizione di salute; la formula "diritto alla salute" esprime una pluralità di situazioni giuridiche soggettive, tra loro differenziate, seppur legate. Cfr. A. Pioggia, *Di cosa stiamo parlando quando parliamo di diritto alla salute?*, in "Istituzioni del Federalismo", n. 2, 2017, p. 293.
- 12 Sia consentito rinviare a M.P. Iadicicco, *Frontiere e confini del diritto alla salute*, in "Diritto e società", n. 1, 2019, pp. 61 ss.
- 13 M. Luciani, *Salute: I) Diritto alla salute (dir. cost.)*, in *Enciclopedia giuridica*, XXXII, Roma 1994, pp. 5 ss.; B. Pezzini, *op. cit.*, pp. 25 ss.; A. Simoncini, E. Longo, *Art. 32*, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di R. Bifulco, A. Celotto, M. Olivetti, Torino 2006, pp. 657.

zialità di quel bene della vita¹⁴, presupposto per il godimento di altri diritti; la circostanza che, di fronte alle minacce alla salute, siamo tutti potenzialmente soggetti deboli¹⁵; la concretezza e socialità nella quale è la calata la tutela costituzionale della persona umana sono tutti fattori che hanno inciso sulla nuova disciplina costituzionale in materia. Cionondimeno, già nel testo costituzionale, all'individuazione indifferenziata dei soggetti attivi, titolari del diritto, si accompagna, giusta la sincerità di quel testo¹⁶ e la concretezza della formulazione normativa, la previsione di forme di tutela qualitativamente e quantitativamente differenziate per alcuni consociati (*in primis* per la categoria degli indigenti a cui sono riservate cure gratuite), come pure sempre in quel testo al riconoscimento di diritti soggettivi si affianca la previsione di doveri inderogabili di solidarietà.

Sempre stando all'art. 32 Cost., la configurazione della salute anche come interesse della collettività non può ritenersi una riaffermazione del concetto di sanità prefigurato nell'ordinamento prerepubblicano¹⁷; dietro quella previsione innovatrice e anticipatrice vi è la consapevolezza che la Repubblica non possa limitarsi alla tutela della salute del singolo individuo, isolatamente inteso, che quest'ultimo non possa essere astratto dal contesto sociale in cui vive, e che comportamenti individuali possano ripercuotersi anche sull'intera collettività. Pertanto, alla dimensione individuale della tutela deve affiancarsi, in un'ottica di completamento e non di contrapposizione, la dimensione collettiva, dovendo il *welfare* sanitario trovare, nella nuova cornice costituzionale, una conformazione plasmata dai principi personalista, di eguaglianza e di solidarietà.

Ancora una volta, oggi più che mai, si può apprezzare pure questo profilo, che è parso senza dubbio recessivo in alcune ricostruzioni volte a rimarcare la dimensione individuale e il profilo libertario del diritto alla

14 A. Giorgis, *La costituzionalizzazione dei diritti all'uguaglianza sostanziale*, Napoli, 1999, p. 28.

15 M. Ainis, *I soggetti deboli nella giurisprudenza costituzionale*, in *Studi in onore di Leopoldo Elia*, Milano, 1999, p. 13.

16 M. Benvenuti, (voce) *Diritti sociali*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, Agg. V, Torino 2012, p. 237.

17 Il concetto di sanità pubblica nell'ordinamento prerepubblicano era slegato completamente dalla dimensione soggettiva del diritto alla salute e tematizzato, piuttosto, in vista del conseguimento di finalità di interesse collettivo, coincidenti col mantenimento dell'ordine pubblico. Non a caso, la disciplina della sanità, in modo non dissimile rispetto agli istituti della pubblica sicurezza, incardinava le relative responsabilità organizzative ed amministrative in capo al Ministero degli interni e, per il suo tramite, a livello territoriale, ai prefetti, ai sottoprefetti ed ai sindaci.

salute¹⁸, fino a trasfigurarla, nelle versioni più ardite, in un diritto assoluto, una libertà priva di limiti e finendo talvolta per ritenerlo una pretesa egoista. Simili letture non possono essere condivise, anche perché esse a volte muovono da una altrettanto non persuasiva interpretazione del carattere della fundamentalità del diritto alla salute. È invece pienamente convincente quanto sostenuto da chi¹⁹ ha rimarcato la riemersione, in occasione di questa emergenza sanitaria²⁰, anche della dimensione collettiva della tutela della salute, una riscoperta, questa, che, lungi dal rivelare aspetti di confliggenza con la dimensione individuale, sta dando nuova linfa al valore costituzionale della solidarietà.

Venendo poi alle conseguenze negative, in termini di sostenibilità finanziaria del SSN, derivanti da un eccessivo allargamento della portata del diritto alla salute, vanno riprese le considerazioni molto critiche avanzate da quanti hanno denunciato lo stravolgimento delle nozioni di salute e cura e lo scadimento dell'arte medica, ritenuta troppo protesa a soddisfare anche desideri futili, con la conseguenza che quando alcune prestazioni sono erogate dal servizio pubblico ciò finisce per pesare sull'intera collettività²¹. Si tratta di affermazioni che spesso si collocano all'interno di una più ampia critica rivolta nei confronti dei diritti sociali a prestazione, ritenuti un lusso che non ci si può permettere in presenza di risorse scarse²². Ma, se alla luce di una più attenta riflessione sul costo dei diritti, di tutti i diritti²³,

18 Da ultimo sul tema si veda l'equilibrata ricostruzione di questa dimensione, senza trascurare le altre, di C. Iannello, *Salute e libertà. Il fondamentale diritto all'auto-determinazione individuale*, Napoli 2020.

19 V. Antonelli, *Salute e pandemia: il ritorno della tutela della salute come interesse della collettività*, in corso di pubblicazione; M. Noccelli, *La lotta contro il coronavirus e il volto solidaristico del diritto alla salute*, in "Federalismi.it", Osservatorio Emergenza Covid-19, 11 maggio 2020, p. 4, secondo il quale: "L'emergenza epidemiologica da Covid-19 ha ridefinito ancora una volta i contorni del diritto alla salute, soprattutto a tutela delle categorie più deboli".

20 Anche se non si può trascurare il rilievo della dimensione collettiva, *oltre* – e non in contrapposizione – alla dimensione individuale della tutela della salute, presente anche nella disciplina delle vaccinazioni obbligatorie, che è tema anche oggi al centro di vivaci discussioni, ma che affonda le sue radici in precedenti e radicate riflessioni.

21 Essendo quel sistema finanziato mediante la fiscalità generale e considerato che i costi dei trattamenti sono posti a carico dell'utente solo in parte (o per nulla nel caso degli indigenti).

22 G. Pino, *Il costituzionalismo dei diritti*, Bologna 2017, pp. 165 ss.

23 Cfr. M. Luciani, *Sui diritti sociali*, in *Studi in onore di Manlio Mazzotti di Celso*, II, Padova, 1995, pp. 121 ss.; R. Bin, *Diritti e fraintendimenti*, in "Ragion pratica", 2000, pp. 15 ss.; S. Holmes, C.R. Sunstein, *Il costo dei diritti*, (1999), trad. it., Bologna 2000.

si possono confutare simili ricostruzioni, per respingere le critiche rivolte all'estensione del diritto alla salute, e fermo restando che essa non può essere priva di confini, si deve invece considerare l'infrangibile legame tra dimensione identitaria e relazionale della tutela della salute e quindi la congenita vocazione espansiva della stessa in un ordinamento informato al principio personalista. Quelle critiche paiono poi particolarmente insidiose ove rivolte ad alcune prestazioni sanitarie c.d. eticamente sensibili, rispetto alle quali la riprovazione etica da parti di alcuni tende a far perdere di vista la funzionalità delle stesse a soddisfare comunque il diritto costituzionale alla salute di chi le rivendica e dunque a fondare la doverosità della loro erogazione.

È pur vero però che dalle critiche più argomentate è possibile risalire ai veri e più intricati nodi di fondo di alcune delle problematiche evidenziate: se si allarga infatti incontrollatamente il novero delle prestazioni da erogare da parte del SSN e se non si fissa un ordine di priorità tra le medesime, se non si interviene per recuperare inefficienze ed evitare veri e propri sprechi, il sistema diventa economicamente insostenibile. Simili considerazioni si vanno a collocare entro un dibattito ampio e complesso che intercetta molte questioni problematiche, a cominciare da quella del "condizionamento finanziario dei diritti", di tutti i diritti seppur in misura diversa, "che è un'altra cosa"²⁴ rispetto alla configurazione dottrinale e giurisprudenziale di alcuni diritti sociali di matrice costituzionale come "diritti finanziariamente condizionati", configurazione che si deve invece respingere alla luce di una lettura costituzionalmente orientata del rapporto tra diritti e risorse²⁵.

24 Così M. Benvenuti, *op. cit.*, p. 273.

25 Cfr. M. Luciani, *op. ult. cit.*, pp. 126 ss.; G. Rivosecchi, *Poteri, diritti e sistema finanziario tra centro e periferia*, in "RivistaAic", n. 3, 2019, pp. 265 ss. Nella più recente giurisprudenza costituzionale, v. sent. n. 275/2016; n. 192/2017; n. 62/2020.

Diversamente, senz'altro da respingere è la connessione tra diritti ed economia che pare trasparire da alcune dichiarazioni di organi di governo regionale, dalle quali, tra l'altro, si potrebbe ricavare una "riesumazione" del concetto della sanità pubblica propria degli Stati liberali. Ci si riferisce all'infelice tweet del Presidente della Regione Liguria, G. Toti, che ne ha poi rinnegato la personale formulazione, sulla scarsa produttività delle principali vittime del Covid-19 ("Per quanto ci addolori ogni singola vittima del Covid, dobbiamo tenere conto di questo dato: solo ieri tra i 25 decessi dalla Liguria, 22 erano pazienti molto anziani, persone per lo più in pensione, non indispensabili allo sforzo produttivo del Paese che vanno però tutelate"). Come pure il riferimento è alla proposta, poi smentita, della Vicepresidente e Assessore al Welfare della Regione Lombardia, L. Moratti, di inserire tra i criteri per la distribuzione dei vaccini anti-Covid anche quello che tenga conto del contributo delle singole Regioni al PIL.

3. *La sanità italiana durante il Covid-19: come ha risposto e sta rispondendo*

La risposta alla pandemia, lungi dal voler riproporre un modello securitario di sanità, come quello prerepubblicano, ma alla luce della rinnovata concezione della salute anche come interesse della collettività, si è concretizzata prevalentemente nell'apposizione di limiti, anche molto rigorosi, all'esercizio di altri diritti costituzionali; si sono perciò imposti divieti e obblighi nell'ottica di coniugare la tutela della salute individuale con quella collettiva. Tale inquadramento, pur fortemente persuasivo, non può costituire una sorta di assoluzione *urbis et orbis* dei peccati commessi, o meglio, e abbandonando la metafora, esso non esclude né un controllo sulla legittimità delle misure adottate – alla luce dei criteri di proporzionalità, temporaneità e tollerabilità delle limitazioni imposte, con le conseguenze che ne derivano in caso di illegittimità –, né tantomeno giustifica l'adozione di identiche restrizioni ieri come oggi.

Piuttosto, merita di essere rimarcato che molte limitazioni imposte a tutti indistintamente sono state poste al fine prioritario di proteggere i più deboli, coloro per i quali l'esposizione al virus si sarebbe e si è, purtroppo, rivelata fatale; esse, inoltre, sono state adottate nell'ottica di non saturare l'accessibilità ai servizi sanitari con conseguenze, ancora una volta, pregiudizievoli per tutti, ma in particolare per i più vulnerabili²⁶.

Si spiega allora il rigore di alcune misure come la chiusura delle scuole di ogni ordine e grado e dei luoghi di istruzione, deputati alla garanzia di un altro fondamentale diritto, seppur non esplicitamente qualificato in tal senso nel testo costituzionale. Si comprendono e si giustificano, alla luce di parametri e obiettivi che non sono solo scientifici, ma frutto di una valutazione anche politica²⁷, la previsione di un lockdown generalizzato e le limitazioni imposte alla libertà di circolazione e riunione, pure di sicuro pregio costituzionale.

Come già precisato, tali considerazioni permettono di spiegare il rigore di alcune misure, ma non assolvono del tutto coloro che le hanno adottate, anche e soprattutto perché alcune misure così restrittive si sono potute giustificare solo e fintanto che non era immaginabile assumere altre scelte or-

26 Sui diversi modelli di politiche pubbliche di contenimento dell'epidemia, si v. CNB, *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, cit., pp. 10.

27 Sul controverso rapporto tra valutazioni scientifiche e valutazioni politiche in questa emergenza pandemica v. A. Iannuzzi, *Leggi "science driven" e CoViD-19. Il rapporto fra politica e scienza nello stato di emergenza sanitaria*, in "BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto", n. 1, 2020, pp. 119 ss.

ganizzative che consentissero di controllare l'esposizione al contagio²⁸; nel caso delle scuole e delle università, quindi, la chiusura generale e il divieto delle attività in presenza si sono potute giustificare ma solo finché non è stato possibile riaprire *in sicurezza* (non semplicemente riaprire), non potendosi immaginare che la Didattica A Distanza, alla quale pochi erano pronti e preparati, potesse soddisfare il diritto allo studio e perpetrarsi *sine die* e sempre nella sostanziale impreparazione di docenti e discenti, con ripercussioni, ancora una volta, più pesanti per chi già versa in condizioni di disagio.

In termini ancora più generali, allora, invece di lamentare una presunta "tirannia sanitaria" resta indispensabile tenere "alta la guardia" sulla protezione di tutti i diritti costituzionali²⁹, evitando di assuefarsi a rigorose limitazioni, per far sì che si possano prevenire e respingere misure, di vecchio o nuovo conio, volte al disciplinamento dei corpi e al controllo biopolitico della vita.

In un ordinamento democratico, fondato sul principio personalista, alla necessaria salvaguardia dell'autonomia individuale, in ogni sua possibile concreta declinazione, non può non accompagnarsi la previsione di doveri inderogabili di solidarietà e la fissazione di limiti funzionali a salvaguardare altri interessi costituzionali, e ciò affinché non si smarrisca "la consapevolezza delle connessioni tra diritti e doveri che la Costituzione allestisce quali condizioni per un esercizio responsabile della libertà e per evitare che questa si riduca a rivendicazionismi individualistici"³⁰, evitando altresì che le misure restrittive adottate dai pubblici poteri non siano controllabili.

Fermo restando, poi, quanto dapprima osservato sul condizionamento finanziario dei diritti e sulla lettura costituzionalmente orientata del rapporto tra diritti e risorse, non si può negare comunque che, al cospetto della pandemia, la sanità italiana si sia presentata fortemente impoverita e perciò incapace di garantire effettivamente il diritto alla salute, dando luogo per questo ad ulteriori e più vistose iniquità.

Da ricerche condotte in diverse sedi è possibile ricavare dati particolarmente significativi ed utili ad avvalorare quanto appena sostenuto sul generale e pregresso impoverimento della sanità italiana; ma, ancora una volta, è indispensabile evidenziare che si tratta di dati che avrebbero dovuto allarmare le istituzioni pubbliche deputate alla salvaguardia della salute umana

28 R. Calvano, *L'istruzione, il Covid-19 e le diseguaglianze*, in "Costituzionalismo. it," n. 2, 2020, pp. 57 ss.

29 M. Luciani, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, in "RivistaAic", n. 2, 2020, p. 141.

30 Così G. Bascherini, *La doverosa solidarietà costituzionale e la relazione tra libertà e responsabilità*, in "Diritto pubblico", 2018, p. 272, richiamato, in senso adesivo, da M. Nocelli, *op. cit.*, p. 5.

anche prima della crisi pandemica. Per citarne soltanto alcuni³¹, ci si può limitare a menzionare la riduzione della spesa sanitaria pubblica pro capite³²; le carenze nella dotazione di personale; l'anzianità di questo; la pesantezza degli orari di lavoro (con notevole rischio quindi di *burnout*); la riduzione dei posti-letto senza efficace rafforzamento dei servizi territoriali; la presenza di lunghe liste d'attesa; l'obsolescenza di alcune strutture; le forti differenziazioni territoriali (quantitative e qualitative, anche nella dotazione di infrastrutture); l'incapacità di resistere alle pressioni della criminalità organizzata (e non soltanto in alcune aree geografiche dell'Italia).

Come rilevato in un convegno di studi svoltosi nel 2019 presso l'Istituto Superiore di Sanità³³, specie nel corso degli ultimi anni e in particolare dopo la crisi economico-finanziaria del 2008³⁴, si è incrementato il fenomeno della rinuncia alle cure per impossibilità di farvi fronte in termini economici o anche per altre difficoltà di accesso alle stesse. Ma quanto conta rimarcare è che le misure adottate in questi anni hanno puntato prevalentemente al contenimento della spesa sanitaria e al recupero dei deficit e questi interventi di riduzione quantitativa non sono stati effettivamente in grado di eliminare sprechi, di avviare riorganizzazioni capaci di correggere le disfunzionalità del sistema sanitario pubblico³⁵. Si è realizzata insomma una semplicistica riduzione della spesa, condotta soprattutto attraverso tagli lineari.

Inoltre, come si è fatto opportunamente notare³⁶, questo impoverimento non è stato solo quantitativo, ma anche qualitativo e culturale, investendo il

31 Ricavabili dal *Focus tematico: Lo stato della sanità in Italia*, Ufficio parlamentare di Bilancio, Roma, 2 dicembre 2019.

32 Anche se a partire dal DEF 2019 già si segnava una inversione di tendenza con riferimento al finanziamento del SSN rispetto alle precedenti annualità.

33 *Disuguaglianze di salute: politiche sanitarie e non sanitarie*, 30 maggio 2019, organizzato da Istituto Superiore di Sanità Centro Nazionale per la Salute Globale e ASviS – Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile.

34 I. Ciolli, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale*, oggi, in "BioLaw Journal – Rivista di Bio-Diritto", n. 2, 2019, pp. 13 ss.; C. Ciardo, *Il Servizio Sanitario Nazionale alla prova dell'emergenza CoViD-19: il rischio di una sanità diseguale*, *ivi*, Special Issue n. 1, 2020.

35 Cfr. A. Cauduro, P. Liberati, *Sull'emergenza (annunciata) del Servizio sanitario nazionale*, in www.giustiziasieme.it, per i quali il meccanismo dei piani di rientro "ha certamente sortito benefici effetti contabili, migliorando il bilancio delle strutture sanitarie, ma ha anche ampliato i divari regionali in termini di personale sanitario attraverso il blocco del turn-over e ridotto al minimo gli investimenti di lungo termine, con conseguenze niente affatto trascurabili sulla qualità percepita, sulla mobilità sanitaria interregionale, e sul grado di adempimento nella fornitura dei livelli essenziali di assistenza"

36 A. Pioggia, *op. ult. cit.*, pp. 389 ss.

modo di concepire il servizio sanitario pubblico. Questo mutamento di concezione, figlio a sua volta di un impoverimento culturale, può farsi risalire a tendenze già in atto da molto tempo, tendenze divenute preponderanti negli anni '90, quando, impostosi un nuovo paradigma di tipo economico, si è proceduto a riorganizzare il settore sanitario sulla base di modelli aziendalistici, a privatizzare ed esternalizzare, a ridurre il ruolo dell'autorità pubblica, con ciò veicolando un messaggio piuttosto chiaro: il servizio pubblico, invece di essere al servizio della persona, è fonte di sprechi e malaffare; di converso il privato, per il suo modo di funzionare e la *filosofia* che lo ispira brilla per efficienza, sicché il cittadino-consumatore non potrà che trarre vantaggio dalla concorrenza tra pubblico e privato e dall'assunzione di scelte organizzative in tal senso ispirate³⁷. In queste ultime, però e ben prima della crisi economica del primo decennio del XXI secolo, si è conferito rilievo assorbente e trabordante alla dimensione economica, o meglio alla logica *produttivistica*³⁸ di servizi e di prestazioni, mettendo in secondo piano il diritto e, quindi, il bisogno di salute del paziente.

37 A. Cauduro, P. Liberati, *op. ult. cit.*; A. Pioggia, *op. ult. loc. cit.*

38 Cfr. 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" n. 2, 2020, p. il quale, con richiami pure a Sue precedenti riflessioni, fornisce precisazioni sulla scelta di aziendalizzazione contenuta nel d.lgs. n.502/1992, confermata sia dal d.lgs. n. 517/1993, sia dal d.lgs. n. 229/1999 e non smentita dal d.l. n. 158/2012. Lo stesso A. evidenzia la "inopportunità di un impiego di termini propri dell'attività di produzione di beni e servizi in forma imprenditoriale per qualificare le attività di prevenzione, cura e riabilitazione svolte dalle aziende del Servizio sanitario nazionale, le quali hanno per finalità quella di "produrre" salute attraverso tali attività, assicurando in capo alla popolazione di riferimento i livelli essenziali, cioè necessari e appropriati, delle prestazioni stesse: una finalità, dunque, che per sua intima natura male sopporta qualificazioni riferite ad organizzazioni nelle quali la produzione di beni e servizi in condizioni di efficacia, efficienza ed economicità costituisce l'unico e indefettibile, obiettivo aziendale, anche in relazione alla circostanza, mai sufficientemente sottolineata, che al maggiore raggiungimento degli obiettivi di salute corrisponde, almeno tendenzialmente, una minore necessità di interventi di cura e di riabilitazione".

V. anche A. Pioggia, *op. ult. cit.*, p. 390, la quale osserva che frutto "avvelenato" di una concezione prevalentemente produttivistica della sanità è la "dittatura" dei DRG (*diagnosis related group*), "che con la loro dimensione economica, sono passati da strumento di pesatura del costo dei servizi, a strumento di orientamento delle scelte organizzative. Questo è avvenuto soprattutto in alcune aziende ospedaliere pubbliche, dove, in termini di personale, strutture, macchinari, si è investito sui DRG più remunerativi, indipendentemente dalla valutazione dei bisogni di salute e dalla strumentalità delle prestazioni al complessivo benessere individuale e sociale della collettività servita".

Anche questo può spiegare quanto si è verificato durante l'emergenza sanitaria, ancora in corso. Quando l'epidemia è arrivata in Italia³⁹ – come noto, prima che in altri Paesi europei – si sono da subito verificate vistose asimmetrie. Anzitutto, nella c.d. fase 1, il virus ha aggredito soprattutto se non esclusivamente alcune parti del Paese e paradossalmente Comuni situati in Regioni con servizi sanitari diffusamente riconosciuti come virtuosi. Questa asimmetria si è poi attenuata nella seconda ondata di contagi, dopo le vacanze estive, aggravando però veri e propri divari nell'effettività dell'accesso alle prestazioni sanitarie. Si tratta di squilibri di gran lunga preesistenti alla pandemia, la quale ha dato solo ad essi una rinnovata visibilità, specie riguardo alla disponibilità di posti-letto in reparti di terapia intensiva⁴⁰. Ora, se molto si è fatto in risposta alla crisi pandemica per provare ad appianare almeno una parte di questi dislivelli, molto resta ancora da fare proprio perché si tratta di divari radicati⁴¹, non adeguatamente colmati e, anzi, a rischio di accentuazione in ragione di inerzie statali e pulsioni regionali, di cui si dirà oltre.

Non si può invece trascurare di considerare quanto abbiano influito negativamente sulla capacità di soddisfare i crescenti bisogni di salute e abbiano favorito invece la diffusione del virus pure differenti approcci organizzativi (anche nel contesto delle Regioni virtuose, o meglio con bilanci “sani”), nonché altri squilibri sempre tra Nord e Sud. Ci si riferisce in particolare a sistemi incentrati sulla medicina ospedaliera, a discapito di quella territoriale⁴²; alla scarsa valorizzazione della integrazione socio-sanitaria;

39 E oggi sappiamo che ciò è avvenuto prima dell'inizio ufficiale dell'epidemia (gennaio 2020).

40 Avverte tuttavia R. Balduzzi, *op. ult. cit.*, p. 342, che sarebbe errato pensare che il problema principale sia stato il *numero* dei posti letto. “Il problema, per contro, di ieri, di oggi e (speriamo) di domani, sta nella necessità di rispettare, valorizzare e tenere periodicamente aggiornati gli standard relativi all'assistenza ospedaliera e di pervenire il più rapidamente possibile alla definizione dei relativi standard dell'assistenza sanitaria territoriale, nonché di superare il mito del postoletto, a favore di una considerazione reticolare dei servizi che non significa semplicemente, secondo un mantra ripetuto all'inverosimile in questi mesi, più servizi territoriali, ma proprio più rete tra servizi territoriali ed ospedalieri, così da considerare in modo unitario la complessiva rete dei servizi sanitari e di tutela della salute”.

41 Che come precisa L. Chieffi, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in “Nomos. Le attualità del diritto”, n. 1, 2020, pp. 20 ss., derivano da cause endogene, determinate dalle deficienze del governo locale, e cause esogene, conseguenti all'azione o inazione dello Stato.

42 A. Pioggia, *op. ult. cit.*, pp. 396 ss.; C. Ciardo, *Il Servizio Sanitario Nazionale alla prova dell'emergenza CoViD-19*, cit., p. 233; S. Lotti, *Il Servizio Sanitario*

agli errori compiuti, pur dove questa integrazione esisteva, nel non preservare soprattutto i più vulnerabili (gli anziani nella RSA); all'ancora troppo scarso investimento nella prevenzione delle malattie⁴³.

V'è comunque da considerare che, pur a fronte di aspetti di evidente impreparazione (si pensi in particolare alla carenza di presidi di protezione e, più in generale, a mancato aggiornamento del *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*⁴⁴), dopo un iniziale e forse inevitabile sconcerto e alcuni contraddittori messaggi, almeno nella fase 1, la risposta del sistema sanitario, nel suo complesso e al netto dei conflitti politici (che pur non sono mancati tra maggioranza politica e minoranze e tra centro e periferie), è stata adeguata e ha rilevato pure dei punti di forza: a cominciare dalla scelta di "aggregare" la pandemia puntando sulla prevenzione e sul contenimento del contagio attraverso misure riduttive dei contatti sociali (di distanziamento fisico), in luogo della scelta di attendere l'evoluzione "naturale" della malattia con interventi solo sui malati; una scelta che, come si è detto, è stata ispirata dal preciso e condivisibile obiettivo di salvaguardare i più deboli e che è stata assunta con estrema rigidità nella fase 1 dimostrandosi comunque efficace, sebbene gravosa, laddove, invece, quando queste misure sono state, in un secondo momento, assunte in altri Paesi non sembra che abbiano conseguito (e stiano conseguendo ad oggi) gli stessi risultati. Ed ancora, un altro punto di forza è stato ed è la natura pubblica del sistema sanitario italiano; il suo carattere nazionale, il quale hanno fatto sì che si sia potuto contare sull'insieme delle strutture sanitarie del Paese e che si sia potuta realizzare una solidarietà tra territori, aiutando quelli più colpiti⁴⁵, al contempo procedendo al rafforzamento dell'intero sistema.

Considerazioni di gran lunga diverse e molto più critiche devono invece avanzarsi riguardo all'approccio e alle risposte fornite nella seconda ondata di contagi. Molto è stato trascurato o sottovalutato; di più si poteva prevedere e prevenire, ma non è stato fatto per svariate ragioni, tra le quali hanno pesato certamente l'acuirsi del conflitto tra le parti politiche (in par-

Nazionale: una struttura pandemica, in www.centroriformastato.it.

43 R. Balduzzi, *op. cit.*, pp. 349-50.

44 V. R. de Maria, *Caratteristiche ed errori della gestione sanitaria della pandemia da COVID-19 in Italia*, cit., pp. 2 ss.

Già nel 2005 l'OMS aveva stilato delle raccomandazioni per gli Stati membri delle Nazioni Unite in previsione della possibilità di una pandemia influenzale dovuta a un virus persistente, come quello dell'influenza aviaria comparso nel 2003, invitandoli a preparare dei piani nazionali per mitigarne l'impatto.

45 Così R. Balduzzi, *op. cit.*, p. 342.

ticolare tra la regia governativa o, secondo alcuni, tecnico-governativa e le minoranze), tra lo Stato e le Regioni, e, all'interno della società civile, la sempre più marcata contrapposizione tra negazionisti e rigoristi.

Nel corso dell'estate si sono compiuti diversi errori (e da parte di molti), che hanno influito significativamente sulla nuova impennata dei contagi. La seconda ondata ha travolto, seppur sempre con una maggiore incidenza in alcune delle zone già stravolte dalla prima ondata, anche il Centro e il Sud dell'Italia, che si sono trovati nuovamente impreparati, sebbene sul fronte della diffusione dei sistemi diagnostici e del tracciamento dei contagi molto di più si poteva e doveva fare rispetto alla fase 1.

4. La sanità italiana nel post-Covid-19: le lezioni apprese per evitare riforme sbagliate

Ancora una volta e a tutt'oggi, il fronte dei rapporti tra centro e periferia ha rappresentato e continua a costituire uno dei nodi critici di questa pandemia. Tuttavia, anche su questo aspetto, è bene fare chiarezza, in quanto il dibattito è stato in parte confuso da affermazioni nient'affatto condivisibili, che hanno inciso sulla prefigurazione di scenari futuri e, in particolare, sulla previsione di revisioni costituzionali. Si allude soprattutto a quanti hanno evidenziato conflitti, inerzie ed errori compiuti nei rapporti tra Stato e Regioni e nel riparto delle funzioni, imputando la responsabilità di tutto ciò alla riforma costituzionale del Titolo V del 2001, la quale avrebbe rimesso alla competenza legislativa concorrente delle Regioni la materia della tutela della salute, privando lo Stato di competenze in materia e di poteri a garanzia di interessi unitari. Muovendo da questa convinzione, insieme ad altre proposte di riforma costituzionale⁴⁶, è stato ipotizzato il "riaccentramento" e la "statualizzazione" della sanità, nonché la previsione di una più ampia clausola di supremazia statale⁴⁷. Tuttavia, come è stato prontamente evidenziato⁴⁸, nell'esperienza repubblicana il servizio sanitario non è mai

46 Come l'introduzione di una disciplina dello stato di emergenza.

47 Il 26 maggio 2020 la Commissione Affari costituzionali del Senato ha avviato l'esame della proposta di legge costituzionale di iniziativa parlamentare recante "Costituzionalizzazione del sistema delle Conferenze e introduzione della clausola di supremazia statale nel titolo V della parte seconda della Costituzione" (A.S. 1825).

48 Cfr. R. Bin, *Caro Orlando, il vero problema della sanità è al centro, non in periferia*, in *www.lacostituzione.info*, 3 aprile 2020; A. Morelli, *Vaccinazioni e Regioni: quale lezione trarre riguardo al sistema delle autonomie?*, in "Diritti regionali", n. 1/2021; G. Falcon, *Dall'emergenza COVID, pensando al futuro del sistema*

stato accentrato, neanche nel previgente sistema mutualistico; così come il riconoscimento di più ampi poteri regionali precede la riforma costituzionale del 2001 e, di fatti, di “federalismo sanitario” si parla, seppur impropriamente, già prima della modifica del Titolo V della Costituzione. La stessa l. cost. n. 3 del 2001, pur con le sue carenze (alcune esplicitamente palesate), prevede e affida allo Stato la fissazione, la garanzia e il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza (art. 117, co. 2, lett. m, Cost.); la competenza legislativa esclusiva in materia di profilassi internazionale (art. 117, co. 2, lett. q, Cost.); la determinazione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute (art. 117, co. 3, Cost.); affida al Governo il potere di intervenire in via sostitutiva a fronte di inadempimenti delle Regioni (art. 120, co. 2, Cost.). Quindi i poteri già ci sono, bisogna solo avere la volontà e la capacità di esercitarli⁴⁹. È pur vero, però, che specie (ma non solo) in questa emergenza si è riscontrata la carenza di sedi e di moduli realmente collaborativi, i quali potessero garantire anche la visibilità del confronto che si svolge in quelle sedi, visibilità che rileva pure ai fini dell’assunzione delle responsabilità per le posizioni assunte.

Insomma, è alquanto sterile barricarsi anche in questa circostanza dietro slogan a favore o contro il decentramento; è evidente invece che l’organizzazione e la gestione dei servizi sanitari non possano essere – domani, come non lo sono mai stati ieri – centralizzati, attesa la natura complessa del sistema e le peculiarità delle realtà ove di volta in volta va ad innestarsi l’organizzazione sanitaria.

Piuttosto, occorre ripuntare l’attenzione su altri fenomeni, come alcune prefigurate applicazioni del regionalismo differenziato, ex art. 116, co. 3 Cost., che potrebbero, queste sì, mettere a rischio ancora di più la tenuta dell’unità del sistema e accentuare il pericolo di destrutturare il SSN⁵⁰. Simili rischi sono ancora all’orizzonte e molto resta da fare per fornire,

sanitario, in “Le Regioni” n. 3, 2020, p. 453-4; S. Lotti, *Il Servizio Sanitario Nazionale: una struttura pandemica*, in www.centroriformastato.it.

49 R. Balduzzi, *op. cit.*, pp. 340-341 e 346; G. Falcon, *op. cit.*, pp. 453-4: “Coloro che – combattendo una battaglia cominciata ben prima della pandemia – sognano di ‘statalizzare’ la sanità, alla ricerca di una mitica uniformità, che non solo non è mai esistita, ma non è realizzabile neppure con la più accentrata delle gestioni, probabilmente non hanno compreso che semmai proprio la vicenda COVID sembra aver rafforzato, nella buona e persino nella cattiva sorte, il legame tra ciascuna Regione e il «suo» servizio sanitario. Ciò, peraltro, non attenua per nulla la parallela responsabilità dello Stato per l’efficacia e l’efficienza complessiva del sistema”.

50 R. Balduzzi, D. Servetti, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in “RivistaAic”, n. 2, 2019; L. Chieffi, *op. ult. cit.*, pp. 2 ss.; F. Angelini, *Autonomia diffe-*

invece, risposte appropriate e rimediare a preesistenti e inique differenziazioni territoriali nel godimento del diritto alla salute; per colmare divari; per rafforzare il coordinamento statale in situazioni emergenziali senza per questo mortificare le competenze regionali; per riequilibrare il sistema complessivamente, eliminando pure inefficienze e sprechi.

E comunque, non solo sul versante dei rapporti tra Stato e Regioni occorre intervenire: in generale bisogna sicuramente puntare di più sulla prevenzione e su modelli organizzativi più congeniali ai bisogni di salute. Occorrerebbe, poi, ripensare e correggere l'approccio degli ultimi anni, troppo incentrato sulla dimensione economico-finanziaria. Non basta, infatti, accrescere i fondi e aumentare la spesa sanitaria, bisogna recuperare i principi ispiratori del SSN e correggere gli errori compiuti in questi anni nella concretizzazione degli stessi (anche sul piano della programmazione, della previsione e allocazione delle risorse e, nel complesso, sul sistema di finanziamento della sanità), rimediando agli squilibri e alle disfunzionalità che si sono prodotte. Per affrontare la crisi sanitaria ancora in corso, come quelle future, è opportuno poi migliorare la comunicazione, garantendo la completezza e la trasparenza delle informazioni sulle malattie e sugli stili di vita, rafforzando così la fiducia dei cittadini, prevenendo "negazionismi" e ipotesi complottiste, puntando altresì sulla consapevolezza dei consociati sul rilievo anche delle responsabilità individuali, oltre che di quelle delle istituzioni di governo, le quali per questo presuppongono chiarezza.

Si auspica tutto ciò affinché molte delle lezioni drammaticamente impartite dal Covid-19 possano ritenersi effettivamente tali, rifuggendo dalla possibilità di ripetere in futuro errori già commessi ed evitando di muoversi, nel progettare riforme e modifiche del quadro normativo vigente, in perfetto stile gattopardesco: tutto cambi, affinché nulla cambi.