

queste istituzioni

**Sanità di “prossimità” e principio
di solidarietà nella gestione pandemica**

Francesco Perchinunno

Numero 2/2021

30 luglio 2021

Sanità di “prossimità” e principio di solidarietà nel quadro della gestione pandemica

di Francesco Perchinunno*

Sommario

1. Premessa e delimitazione del tema. – 2. Le spinosità socio-sanitarie nell’era pandemica – 3. Il nuovo modello di assistenza sanitaria nella cornice del *Recovery Plan*. – 4. Stato e comunità alla prova di solidarietà nell’era pandemica.

Sintesi

Il periodo emergenziale che il mondo sta vivendo ha evidenziato la necessità che il Servizio sanitario nazionale e regionale abbia una rete vera che sia in grado di mettere a sistema le interazioni del percorso di cura e di prevenzione del malato cronico, al fine di predisporre un equilibrato rapporto tra medico, strutture sanitarie ed ospedali che abbia come obiettivo la salute del paziente e cittadino. Il futuro del Sistema sanitario nazionale sarà necessariamente contrassegnato da forme di assistenza e integrazione socio-sanitaria più conformi ad una sanità di “prossimità” e in armonia con i diritti che la Carta costituzionale riconosce di effettiva tutela del bene salute e di solidarietà umana all’interno della comunità. La recente pandemia da Covid-19, inoltre, ha messo in luce alcune criticità – anche in relazione ai profili costituzionali connessi al principio di solidarietà – nel quadro di tutela del personale sanitario, rivelatosi componente cruciale, sia per il controllo della diffusione della malattia, sia per garantire le cure necessarie per la salvaguardia del cittadino.

Abstract

The world is experiencing an emergency which is forcing the national and regional health systems to establish proper networks. These networks should be able to plan the treatment and the prevention of chronic diseases. This should aim to balance the relationship between health workers, hospitals, and health facilities while guaranteeing the health of patients and citizens. The future of the Italian national health system will necessarily be characterised by forms of assistance and integration between welfare and health. In fact, the Italian Constitution recognises the rights of an effective protection of human health and enhance solidarity within the community. The Covid-19 pandemic highlighted some critical issues regarding the protection of health workers who played a crucial role in limiting the spread of the disease and in ensuring the necessary citizens’ health.

* Ricercatore di Diritto costituzionale - Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”.

Parole chiave

Gestione della pandemia da Covid-19 – Sanità di prossimità – L’evoluzione del S.S.N. – Principio di solidarietà.

1. Premessa e delimitazione del tema

La pandemia ci ha insegnato che la salute è un elemento indispensabile per il benessere e la crescita economica e sociale del Paese e che investire nel settore sanitario rappresenta una priorità, soprattutto se si volge lo sguardo agli effetti drammatici della recente emergenza sanitaria. Particolarmente complessa e gravosa si è rivelata l’esperienza di risposta socio-sanitaria “di prossimità” portata avanti in Italia nella gestione della pandemia da Covid-19, soprattutto in quei contesti contrassegnati da forti indici di marginalità sociale.

Le numerose criticità emerse per gli operatori sanitari chiamati a fronteggiare l’emergenza sanitaria hanno comportato prolungate ed incessanti richieste di aggiornamenti e studi di strategie di contenimento e terapeutiche, in un quadro normativo particolarmente farraginoso nella sua ininterrotta evoluzione e complessa attuazione. La gestione della pandemia ha posto nuovamente sotto la lente di ingrandimento il sistema sanitario e la c.d. “sanità di prossimità” caratterizzata dal complesso di relazioni tra istituzioni pubbliche, organizzazioni del privato sociale e comunità finalizzate alla promozione dell’accesso alle risorse di prevenzione e di cura, tramite l’offerta attiva di prestazioni sanitarie¹.

Il processo di rafforzamento, sul piano più strettamente operativo, si è delineato anzitutto per mezzo di interventi realizzati al di fuori dei luoghi tradizionalmente deputati alle cure, come nel caso dell’offerta attiva di misure preventive (vaccinazioni) e di prestazioni sanitarie e sociali minime; inoltre, sono state attuati interventi di educazione alla salute secondo modalità flessibili, in ragione delle condizioni di precarietà logistica in cui spesso si è dovuto operare. Il percorso di potenziamento ha investito i punti unici d’accesso socio-sanitari e ha trovato attuazione per il tramite di alcuni progetti volti alla tutela e alla realizzazione del diritto alla

¹ Da tempo si discute dell’esigenza di realizzare una piena, completa integrazione socio-sanitaria, nell’ambito di un progetto tendente alla piena attuazione del principio di universalità del diritto alla salute, di un diritto costituzionalmente protetto, di un bene pubblico; nel progetto, poi confluito nel Piano nazionale di ripresa e resilienza, vi è l’idea di ripensare completamente al sistema della cura. «Sanitario e sociale devono stare insieme, in una vera continuità assistenziale, dove il territorio torna protagonista grazie anche all’impegno del Terzo settore...le case della comunità sono un progetto del tutto nuovo. Molte esperienze regionali già prevedono le “case della salute”, ma la differenza in futuro sarà la compresenza dei due profili, sociale e sanitario, e la sinergia necessaria col distretto. Non più poliambulatori, ma veri e propri servizi di prossimità. Uno spazio in cui tutti si sentano accolti, ascoltati e riconosciuti nella loro dignità. Quante e come saranno le case della comunità, starà agli stessi territori deciderlo. Al ministero della Salute è affidato il compito di coordinamento: significa non tanto aiutare a dividere le risorse stanziate, ma stimolare le realtà territoriali più fragili, mettendo a disposizione capacità e competenze...». Le riflessioni emergono in una recente intervista rilasciata da R. BALDUZZI, *Il futuro della sanità*. Balduzzi: «Le case della comunità forza del territorio», in *Avvenire*, 27 aprile 2021.

salute delle persone che vivono in condizioni di forte esclusione sociale, perseguendo l'obiettivo della piena inclusione delle persone nel servizio socio-sanitario pubblico.

Tra le criticità, si è constatato che gli interventi rivolti alla popolazione immigrata e alle persone che vivono in condizioni di marginalità sociale non sono stati sempre contraddistinti da efficienza e celerità; le iniziative finalizzate all'inclusione di quelle fasce di popolazione in condizioni di deprivazione e con minori risorse sono state rese più difficili anche a causa delle oggettive difficoltà di essere raggiunte dal sistema sanitario anche dalle squadre mobili sanitarie che hanno cercato di effettuare visite di valutazione del rischio Covid-19 tra le popolazioni senza fissa dimora. Il compito più disagiata è stato espletato nel percorso di educazione sanitaria e nella promozione della salute nella comunità, tramite una amplificazione della conoscenza del fenomeno pandemico e della percezione del rischio.

L'interazione tra i principi della nostra Costituzione e delle Carte sovranazionali, com'è noto, muove nel senso di una pregnante tutela dei soggetti più vulnerabili, come atto doveroso di salvaguardia della vita e della salute pubblica, prescrivendo che le politiche socio-sanitarie siano improntate all'estensione del diritto fondamentale alle cure e alla salute delle persone più fragili, per evitare fenomeni di esclusione ed emarginazione sociale. Il nostro sistema sanitario ha preservato, nell'era pandemica, il carattere dell'universalità di matrice costituzionale e conforme ai corollari della legge n.833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, garantendo le cure a chiunque sia presente nel nostro territorio, pur in presenza di ingenti restrizioni dei posti letto e dei presidi ospedalieri, con capacità di resilienza, sia pur oscillante.

La trasformazione dei sistemi di cura pone nuovi interrogativi sui possibili cambiamenti, culturali oltre che organizzativi e l'epidemia ha evidenziato come il nostro sistema sanitario non sempre realizza un effettivo e proficuo equilibrio tra l'ospedalizzazione delle cure e la valorizzazione della medicina territoriale e dell'assistenza domiciliare. Il processo evolutivo dei servizi sanitari di prossimità, cui si è accennato in premessa, si colloca in un quadro finalizzato a realizzare un modello di sanità territoriale più vicino alle esigenze delle famiglie e in particolare a coloro che non possono accedere agevolmente alle cure ospedaliere; l'obiettivo è quello di un sistema sanitario di prossimità, che conosce il territorio e interviene più attivamente a favore dei soggetti destinatari, prendendosi effettivamente cura di tutti.

2. Le spinosità socio-sanitarie nell'era pandemica

Tra i profili di criticità emersi nelle scelte operate nel corso della recente emergenza sanitaria vi è senza dubbio quello afferente al criterio adottato dai singoli Paesi nella prevenzione, nella cura e nelle attenzioni nei confronti dei soggetti più fragili, atteso che le direttive di gestione non sempre hanno inteso eludere il rischio di lasciare indietro categorie di soggetti appartenenti alla

comunità. Si pensi alle scelte di “esclusione” operate altrove nei confronti degli immigrati, degli anziani e di tutti coloro che hanno vissuto in solitudine l'esperienza pandemica, la cui tragicità è emersa sia a livello sanitario che sociale.

In Italia la capacità di resilienza di fronte all'emergenza sanitaria si è rivelata deficitaria quanto al numero di medici ed infermieri, pur se particolarmente attiva nelle politiche per incrementarne le assunzioni; altra carenza è emersa nel numero delle terapie intensive presenti all'interno delle strutture ospedaliere, pur se di contro deve evidenziarsi uno stanziamento di risorse molto più elevato rispetto ad altri Paesi, con l'obiettivo di avvicinare il Servizio sanitario nazionale al paziente, puntando, come detto in precedenza, anzitutto sull'innovativa assistenza domiciliare².

In questo quadro di criticità e ricerca di soluzioni, la “sanità di prossimità” rappresenta il futuro, la nuova frontiera del S.S.N., come emerso dal c.d. “decreto rilancio” e dallo stanziamento di cifre senza precedenti per raggiungere un livello di tutela della salute, come bene fondamentale ed ineludibile presupposto degli altri diritti inviolabili³. Le ben note criticità, spesso riconducibili alla eccessiva frammentazione dei sistemi sanitari che ha amplificato i limiti della riforma del Titolo V della Carta costituzionale, hanno assunto particolare evidenza nel corso della gestione pandemica da Covid-19⁴.

È il caso di accennare alla complessa gestione dei pazienti cronici a domicilio, agli angosciosi problemi di approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuale e delle apparecchiature necessarie a contrastare l'emergenza, alle problematiche in ambito di prevenzione vaccinale, informatizzazione dei servizi e accesso all'innovazione farmaceutica,

² La implementazione del progetto di sanità di prossimità consente di evidenziare come il coinvolgimento delle comunità locali nei processi di governo consenta di rifondare il patto fiduciario tra il sistema di *welfare* e la comunità locale; tra gli obiettivi, la ricerca di una garanzia dei livelli essenziali di assistenza sanitaria anche con l'attivazione degli stessi cittadini e delle loro reti per costruire forme di cura e assistenza più appropriate ed efficaci. Sul punto, cfr. A. GOLINO, F. COLAVITA, *La sanità di prossimità: un progetto di welfare per le Aree Interne*, in *Mondo sanitario*, n. 1-2/2019, p. 1 ss.

³ Si tratta del d.l. 19 maggio 2020, n. 34 (Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19), in G.U. Serie Generale n.128 del 19-05-2020 (suppl. ord. n.21). Per una disamina di tutti gli provvedimenti emanati dall'inizio dell'emergenza sanitaria, cfr.: www.governo.it/it/coronavirus-normativa.

⁴ L'emergenza sanitaria ha amplificato una serie di problemi in ordine alla determinazione degli ambiti di competenza attribuiti allo Stato ed alle regioni, già latenti in precedenza ed ulteriormente sviluppati in questa fase. «...Questo periodo di emergenza sanitaria in cui la tutela della salute o, meglio, la tutela della vita stessa delle persone, rappresentava l'obiettivo primario da garantire. Ogni norma e ogni principio regolante le rispettive competenze dovevano cedere dinanzi al bene supremo della sopravvivenza e che ha quindi legittimato l'emanazione di una serie di decreti-legge da parte del governo al fine di centralizzare ogni tipo di decisione e di provvedimento conseguente. Ma questo non esclude che, in ogni situazione anche di emergenza, il rispetto del principio di leale collaborazione debba sempre rappresentare il punto di riferimento primario nei rapporti reciproci fra centro e periferia, non perché espressione di un vincolo formale, ma proprio al fine di garantire il rispetto dei principi fondamentali dell'organizzazione statale, nonché la tutela dei diritti primari dei cittadini...». In tal senso, E. CATELANI, *Il rapporto fra Stato e Regioni al tempo del coronavirus: una premessa*, in *Il forum. L'emergenza e i rapporti tra lo Stato e le Regioni. Forum sull'emergenza*, n. 2, in gruppodipisa.it.

tutte criticità che hanno determinato pressanti richieste di maggior efficienza de Servizio sanitario tramite il potenziamento della rete territoriale.

Nel recente Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (P.N.R.R.), e nello specifico alla Missione 6 relativa alla “Salute”, è stata prevista la riforma dei servizi sanitari di prossimità, da definire entro il 2022, che rivoluzionerà il sistema sanitario italiano, a seguito della constatazione – si è evidenziato – della inadeguatezza da parte dei sistemi sanitari di alcune delle nostre Regioni, incapaci di reggere l'ondata pandemica a causa della scarsa connessione fra territorio e ospedale. L'esperienza pandemica ha messo a nudo le fragilità di un S.S.N. rendendo evidente la necessità di una organizzazione sanitaria diffusa sul territorio, tramite una rete di prossimità che faccia da filtro e permetta di riservare agli ospedali la cura dei più gravi. Come accennato, l'organizzazione ospedalocentrica dovrà lasciare spazio ad una impostazione in cui il paziente è al centro e la casa diventa il primo luogo di cura, con una improvvisa inversione di tendenza rispetto al passato, operando una rivoluzione che dovrà però confrontarsi con le resistenze dei governi regionali e una riforma i cui contorni restano ancora molto vaghi sulle competenze.

La pandemia da Covid-19 non ha fatto altro che enfatizzare le criticità emerse nel campo della sanità già negli ultimi decenni, accelerando le linee di azione per aumentarne la resilienza e la capacità di risposta ai bisogni emergenti di salute e cercare di elidere le disuguaglianze sociali di salute, per un rilancio complessivo del S.S.N.⁵. Quest'ultimo profilo di criticità afferente alle disuguaglianze sociali era affiorato frequentemente nel corso della vigenza della legge del '78, risultando spesso vani i tentativi atti a garantire modalità di trattamento sanitario e livelli di salute tendenzialmente simili per tutta la popolazione. Parimenti problematico era già apparso, dilatandosi nell'era dell'emergenza sanitaria, l'accesso ai servizi sanitari e l'indice di rilevanza della prevenzione nel complesso dei servizi sanitari, anche a causa delle insufficienti risorse umane a disposizione e della limitata capacità dei dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie di far fronte ad emergenze (come è accaduto appunto nel corso della pandemia da Covid-19).

Il percorso che si è intrapreso per la ripresa e per garantire una sanità d'avanguardia, responsiva ai bisogni dei pazienti e reattiva rispetto ai cambiamenti tecnologici, scientifici, sociali ed economici in atto è indubbiamente gravoso, complesso e decisamente indefinito nei tempi.

⁵ Tra gli obiettivi: la focalizzazione sulla salute collettiva, l'ambiente e la promozione della salute; la centralità del territorio e della comunità in una logica di prossimità delle cure; l'integrazione dell'ospedale in una rete modulare di cure; l'innovazione digitale quale strumento di miglioramento della qualità delle cure e di *governance* sanitaria; un ampliamento della formazione dei professionisti sanitari nella direzione di una costellazione pluralistica di saperi in una prospettiva interdisciplinare e interprofessionale.

3. Il nuovo modello di assistenza sanitaria nella cornice del *Recovery Plan*

Le criticità emerse durante la pandemia hanno indotto il nostro Paese (in un quadro più esteso che ha interessato il contesto europeo) ad accelerare gli interventi finalizzati al potenziamento della prevenzione e dell'assistenza sul territorio e l'integrazione fra servizi sanitari e sociali⁶. Il programma è sicuramente rivoluzionario e gli investimenti dovranno essere decisamente cospicui al fine di garantire equità di accesso alle cure e nell'erogazione delle prestazioni, creare un ammodernamento della dotazione delle strutture del S.S.N. in termini di qualità del capitale umano e formazione, risorse digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche e promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.

Gli interventi si inseriscono nel quadro del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dell'Italia (*Recovery Plan*) sviluppato in 6 missioni e sono stati dapprima definiti nello scorso gennaio dalla precedente compagine di governo, per poi passare al vaglio del Parlamento con approdo in Consiglio dei Ministri del nuovo governo il 24 aprile scorso, per l'approvazione definitiva⁷. Il testo ha già ottenuto il parere positivo della Commissione Europea con una previsione di investimenti pari a complessivi 221,5 miliardi e si inserisce nel più ampio contesto del *Next generation EU*, noto in Italia come *Recovery Fund* o “Fondo per la ripresa”, approvato dall'UE, quale fondo speciale volto a finanziare la ripresa economica europea nel triennio 2021-2023, per mezzo dei titoli di Stato europei (*Recovery bond*) che serviranno a sostenere progetti di riforma strutturali previsti dai Piani nazionali di riforme di ogni Paese: i c.d. *Recovery Plan*.

Il testo del *Recovery Plan* è ripartito in 6 distinte “missioni” e 16 componenti che dovranno attuarsi tramite un cospicuo pacchetto di riforme che mirano al rafforzamento della pubblica amministrazione e del sistema produttivo, intensificando l'impegno contro le piaghe della povertà, dell'esclusione sociale e delle disuguaglianze, rese ancor più evidenti nel corso della recente pandemia.

L'articolazione delle 6 missioni, divise per aree tematiche strutturali di intervento, prevede proprio all'ultima missione la “Salute”, con previsione di specifici interventi in tema di:

- assistenza di “prossimità” diffusa sul territorio e cure primarie e intermedie;
- individuazione della “casa” come primo luogo di cura, telemedicina e assistenza remota;

⁶ Per una ricostruzione aggiornata delle misure sanitarie adottate in Italia per fronteggiare l'emergenza coronavirus, cfr. *Misure sanitarie per fronteggiare l'emergenza coronavirus*, 21 giugno 2021, www.camera.it.

⁷ La Commissione europea ha approvato il *Recovery Plan* italiano, rivolgendosi encomi al Piano nazionale di ripresa e resilienza e assicurando all'Italia 25 miliardi di euro entro luglio 2021. Su undici capitoli esaminati, la valutazione del P.N.R.R. italiano ha riscosso dieci A, in quanto per la Commissione «rappresenta una risposta bilanciata e completa alla situazione economica e sociale», e «contribuisce in maniera efficace ad affrontare le sfide identificate dalle raccomandazioni» specifiche della Ue. In particolare, vengono valutati positivamente il piano per crescita e creazione di posti di lavoro, e la resilienza economica, sociale ed istituzionale.

- aggiornamento del parco tecnologico e delle attrezzature per diagnosi e cura e delle infrastrutture;
- rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati;
- programmi di formazione per il personale medico e amministrativo;
- ricerca biomedica.

Sia consentito porre l'accento sul primo dei suindicati segmenti che attiene proprio al tema in esame, rinviando ad altra sede l'approfondimento del quadro generale di intervento riconducibile alla missione n.6. La previsione di un sistema di "reti di prossimità" si inserisce in un quadro più ampio di rafforzamento delle strutture per l'assistenza sanitaria territoriale che sarà caratterizzato da interventi di riforma finalizzati alla individuazione di ulteriori servizi sanitari di prossimità, tramite strategie sanitarie innovative, sostenute dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei. Tra le finalità, quella di costruire un nuovo sistema sanitario che sia parte di un più ampio sistema di *welfare* comunitario, contrassegnato da una ridefinizione degli standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture (entro il 2021) con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale. Successivamente (entro la metà del 2022), dovrà essere approvato un disegno di legge alle Camere per la previsione di un nuovo assetto istituzionale finalizzato alla prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in conformità con l'approccio "*One-Health*", in armonia con la sempre più diffusa consapevolezza che la salute degli esseri umani sia legata alla salute degli animali e dell'ambiente. Si tratta di una presa di coscienza che sta rapidamente diventando essenziale e strategica e che ha innescato un movimento internazionale, basato su collaborazioni intersettoriali, diffusamente riconosciuto da organismi europei e mondiali, che identifica un concetto olistico di salute delle persone, degli animali, degli ambienti di vita e lavoro e degli ecosistemi⁸.

⁸ L'obiettivo è di promuovere l'applicazione di un approccio multidisciplinare collaborativo per affrontare i rischi potenziali o attivi che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente di vita e lavoro, popolazioni animali ed ecosistemi. Indipendentemente da quale definizione di "One Health" venga utilizzata nei diversi continenti, il fattore comune è la interazione di tutte le professionalità e i saperi che hanno un impatto diretto o indiretto sulla salute. Per migliorare l'efficacia dell'approccio «One Health» occorre stabilire un migliore equilibrio e una sistematica interazione tra i gruppi professionali con una maggiore efficienza delle reti esistenti, in particolare tra medici e veterinari di sanità pubblica, medici di famiglia, farmacisti, epidemiologi, operatori ambientali e del settore faunistico, sociologi, economisti, giuristi, legislatori, decisori istituzionali ed esperti dello sviluppo sostenibile.

4. Stato e comunità alla prova di solidarietà nell'era pandemica

La prossimità sia nella prospettiva evolutiva del sistema sanitario, sia nella dimensione sociale che regola l'azione personale e privata (aiuto dato a una persona vicina) sfugge ad un preciso ed univoco inquadramento giuridico, muovendo dalla consapevolezza di un bisogno qualificato avvertito tra più persone, accomunate generalmente dalla vicinanza e identità territoriale. La prossimità si colloca tra i bisogni che qualificano il livello di civiltà e di progresso di un gruppo sociale, esigenza relazionale che si estrinseca nella propensione a sentire anche come propri i problemi del prossimo.

Nell'ampia cornice della prossimità di solito si registra la convergenza di una pluralità di attori: enti locali, soggetti di terzo settore (cooperazione sociale, associazionismo, organizzazioni di volontariato), soggetti informali quali gruppi di cittadini, spesso aggregati senza particolari qualifiche giuridiche e altri soggetti economici del territorio. Il profilo multiforme che contraddistingue il concetto di prossimità individua quale comune denominatore la dimensione del contatto personale, imprescindibile elemento costitutivo che trova frequenti piani di intersecazione con il concetto di solidarietà. Tra gli interventi di prossimità si celano svariati fattori positivi, ma non mancano interrogativi e criticità; possono conseguire obiettivi e generare benessere sociale disvelando le risorse incredibili di solidarietà insite nella comunità. La prossimità, tuttavia, non è associata ad elementi di certezza e supportata da veri e propri automatismi, poiché basandosi sulla persistenza di sentimenti comunitari in parte della popolazione, deve essere concepita, realizzata ed alimentata costantemente come una risorsa fondamentale da coltivare con cura.

La tendenza sociale e relazionale che caratterizza l'individuo, per natura, costituisce uno dei profili più caratterizzanti lo spirito innovativo che ha alimentato la stesura definitiva dell'apparato valoriale costituzionale, sviluppando le proprie radici nell'affermazione del principio della centralità della persona, nel passaggio dalla concezione stato-centrica a quella personalista, perfezionatosi con l'obbligo di reciproca solidarietà economica e spirituale (art. 2 Cost.) e in quel principio solidarista che, a sua volta, con la sua ampia e connaturata portata polisemica, si è irradiato nei principi fondamentali, conformando il tessuto connettivo dell'intero ordinamento⁹. Negli ultimi anni, tuttavia, numerosi sono stati i lavori di carattere

⁹ Il principio solidaristico ha trovato una prima forma di elaborazione nel corso della Rivoluzione francese mediante la "Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino" del 1789 e nel motto ufficiale rappresentato dal trinomio Liberté, Égalité, Fraternité. Il principio giuridico solidarista rappresenta il frutto di un percorso elaborato e complesso che muovendo dal piano religioso e filosofico è passato a quello politico e giuridico, come valore presente in tutti gli ambiti della convivenza umana che ha profondamente ispirato i lavori dell'Assemblea costituente. Il tema è stato ripreso, nell'accurata disamina di A. APOSTOLI, *Il principio di solidarietà*, in AA.VV., *Studi in onore di Claudio Rossano*, vol. I, Napoli, 2013, pp. 3-20. Un'ampia ricostruzione in L. CARLASSARRE, *Solidarietà: un progetto politico*, in *Costituzionalismo.it*, fasc. n. 1/2016, I, pp. 43-67. L'A. riflettendo sul significato di solidarietà e sulla necessità di riaffermare il principio prescrittivo su cui si fonda l'intero sistema repubblicano, perviene alla tesi di fondo che la solidarietà non debba essere neutralizzata, per evitare che la

scientifico, dedicati al tema, nell'obiettivo di ricostruire i fondamenti teorici del principio solidaristico e le sue specificazioni nel testo costituzionale, in quella logica di stretta connessione tra personalismo e solidarietà e nel tentativo di realizzare un'integrazione più profonda tra il cittadino persona e lo Stato-comunità¹⁰.

L'emergenza epidemiologica costituisce un'occasione per svariate riflessioni e approfondite analisi delle criticità apparse nelle pur delicate scelte di tutta la comunità. La grave emergenza sanitaria ha evidenziato come sia vitale il concorso di tutti per essere fronteggiata, ponendo in evidenza quanto il ruolo dei poteri pubblici sia fondamentale e quale sia il peso del livello di collaborazione dei privati, in uno spirito di solidarietà e cura per il prossimo.

Si è detto in precedenza delle particolari criticità emerse in ordine a mezzi e strutture sanitarie, ma andrebbe allo stesso modo evidenziato quale siano state le condizioni in cui hanno operato medici e tutto il personale sanitario, definiti "eroi del nuovo millennio", per il loro costante impegno in prima linea, per aver messo in gioco le loro stesse vite, in molti casi con esito letale, a fronte di risorse a disposizione spesso esigue, vivendo infiniti e atroci momenti di abbandono sociale. Tutto il sistema sanitario rifugge dalla logica e dalla retorica degli "eroi", anche se il dato oggettivo parla di una intera comunità di sanitari e infermieri che hanno svolto il loro mestiere, con grande professionalità, con uno spirito di sacrificio enorme, ben oltre le logiche strettamente contrattuali o retributive; lo stesso sacrificio che spesso è costato loro la vita, per la tutela e la cura del prossimo, in condizioni drammatiche, rinunciando a stare con la

dignità e l'uguaglianza, principi attraverso i quali la solidarietà deve essere letta, siano privati del proprio fondamento. Occorre riaffermare tenacemente il valore normativo vincolante del principio in esame, perché è su di esso, e sui principi strettamente connessi, che si regge il sistema costituzionale repubblicano che senza il quale si sgretolerebbe, perderebbe senso, coerenza e vigore. Sulla solidarietà di fondano anche «doveri ulteriori rispetto a quelli espressi in Costituzione» come evidenziato da B. PEZZINI, in *Dimensioni e qualificazioni nel sistema costituzionale di solidarietà (a proposito di eguaglianza ed effettività dei diritti e tematizzazione della differenza*, in B. PEZZINI, C. SACCHETTO (a cura di), *Il dovere di solidarietà*, Milano, 2003, p. 102 ss. *Ibidem*, A. MORRONE, *Solidarietà e autonomie territoriali nello stato regionale*, pp. 27-35. Sul tema e sulle criticità attuative, si rinvia sempre all'analisi di A. APOSTOLI, *La svalutazione del principio di solidarietà. Crisi di un valore fondamentale per la democrazia*, Milano, 2012; *Id.*, *Il consolidamento della democrazia attraverso la promozione della solidarietà sociale all'interno della comunità*, in *Costituzionalismo.it*, 2016.

¹⁰ *Ex multis*, F. GIUFFRÈ, *La solidarietà nell'ordinamento costituzionale*, Milano 2002; *Id.*, voce "Solidarietà", in *Dizionario di Diritto Pubblico*, a cura di S. Cassese, Milano 2006; S. GALEOTTI, *Il valore della solidarietà*, in *Diritto e società*, 1996, vol. I, pp. 1-24, il cui pensiero è stato oggetto di un recente incontro di studi dal titolo *Il valore della solidarietà...rileggendo un saggio di Serio Galeotti*, iniziativa promossa dalle Cattedre di Diritto costituzionale e di Istituzioni di Diritto pubblico dei Dipartimenti di Giurisprudenza e Scienze politiche e giuridiche dell'Università degli Studi di Messina. Nel corso del webinar, (8 aprile 2021), gli interventi di B. Pezzini, A. Morelli, L. D'Andrea hanno riportato alla luce gli studi dell'A. sul principio di solidarietà, quale valore del nostro ordinamento democratico, implicazione del principio personalistico e fondamento della nostra democrazia. Di particolare attualità, le considerazioni sulle tipizzazioni del principio di solidarietà, tra la solidarietà doverosa o fraterna (art. 2 Cost.) e l'accezione pubblica o paterna (art. 3 Cost.). Su piani di indagine diversificati, una approfondita disamina di alcuni profili correlati al principio in esame è svolta da: A. LORENZETTI, *Giustizia riparativa ed enti locali: quale possibile ruolo?*, in *queste istituzioni*, 1/2021, spec. p. 115 ss.; nel quadro dell'emergenza sanitaria, anche da M. CARRER, *Comunicazione e propaganda nel governo Conte II allo scoppio dell'emergenza sanitaria da Covid-19*, *ivi*, spec. 125 ss.

propria famiglia, a riposare, a poter gestire in tranquillità le proprie paure. Oggi, però, la dimensione emozionale con cui il popolo italiano ha ringraziato e ha riconosciuto il ruolo fondamentale di questi professionisti sta già fortemente scemando e il profilo solidale, forse, non è stato pienamente ricambiato.

Da un bilancio circa il comportamento assunto dalla comunità sociale nel corso dell'attuale emergenza sanitaria emerge quanto sia apparso troppo enfatizzato il sia pur legittimo clima di insofferenza per le limitazioni delle libertà e troppo spesso trascurate e limitate le azioni di solidarietà nei confronti del personale sanitario, trovatosi improvvisamente coinvolto in alcune scelte molto delicate¹¹. Si pensi alla necessità di trasferire interi pazienti o interi reparti, di rimodulare l'assetto interno del personale, di affrontare le scelte più tragiche, come curare i pazienti "no-covid" e di operare frequenti scelte tra situazioni spesso non sempre compatibili e di difficile risoluzione. Si tratta di decisioni e scelte che il medico ha dovuto assumere da solo, senza avvertire intorno un forte senso civico, senza quella percezione di solidarietà che è a fondamento della natura umana; ma il medico ha fatte e continua incessantemente a fare scelte tragiche, senza soluzione di continuità, assumendosene la piena responsabilità¹². Sono saliti di recente a 359 i medici morti in Italia durante la pandemia di Covid-19, come costantemente ricordato in un elenco aggiornato dalla Federazione nazionale Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (F.N.O.M.C.E.O.).

Nel drammatico quadro epidemiologico in cui la priorità è stata assegnata all'esigenza di delimitare la diffusione del contagio, il quadro dei diritti posti a tutela della vita e della salute di tutto il personale medico e degli operatori sanitari che sono stati proiettati, in prima linea, sul

¹¹ Sul punto, la dottrina ha versato una produzione particolarmente ampia, *ex multis*, M. LUCIANI, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, in AA.VV., *Liber amicorum per Pasquale Costanzo*, 2020, in *Consulta on line*; R. ROMBOLI, *L'incidenza della pandemia da Coronavirus nel sistema costituzionale italiano*, in *Consulta online*, 2020, fasc. III, (Estratto-5 ottobre 2020), p. 513 ss., G. SILVESTRI, *Covid-19 e Costituzione*, in *Unicost*, 16 giugno 2020. Interessanti spunti di riflessione sono emersi nell'intervento di A. MORRONE, *Emergenza Covid-19 e fonti del diritto*, nel corso di un webinar organizzato dalle Università di Bologna, Firenze e Perugia (8 aprile 2020), dal titolo "*Il diritto dell'emergenza nella crisi da Coronavirus*", in *www.radioradicale.it*. La scelta di non assumere, soprattutto nelle situazioni di crisi di emergenza, una gerarchia di valori, rende impossibile la giustificazione, sotto il profilo costituzionale, di limitazioni ad altre libertà. In un processo di graduazione delle emergenze, la garanzia della salute e della vita dei cittadini prevale su qualsiasi altro diritto. Non può non esserci un sistema costituzionale dove al centro c'è la persona umana e nell'esperienza dell'emergenza epidemiologica occorre porre in evidenza non tanto o soltanto il tema della salute, ma il problema della vita. Diritto alla vita e alla tutela della salute che non devono essere interpretati come diritti individuali, come libertà individuali, ma come interessi della collettività, come esigenze della collettività. In gioco è il diritto a continuare ad esistere e appare difficile ritenere, in questa fase di emergenza, che la vita e la salute della collettività del popolo italiano messe a serio repentaglio, non debbano essere graduati con gli altri valori e diritti fondamentali. E ciò al di là del dato afferente alla gerarchia delle fonti, all'accennato principio di legalità e ai limiti posti dall'ordinamento agli strumenti adottati dal Governo, posto che i decreti-legge hanno comunque determinato il presupposto di "garanzia" che ha poi consentito l'adozione dei provvedimenti amministrativi restrittivi delle singole sindacate libertà. In ordine alle considerazioni qui riportate, sia consentito rinviare a F. PERCHINUNNO, *La libertà personale in trasformazione. Genesi, itinerari e mutazioni*, Bari, Cacucci, 2020.

¹² Cfr., volendo, F. PERCHINUNNO, *Rilievi giuridici sulla tutela dei operatori sanitari nell'emergenza da pandemia Covid-19*, in *Il lavoro nella Giurisprudenza*, Ipsos, Milano, n.10/2020, p. 942 ss.

fronte dell'emergenza Covid-19, ha visto una paradossale contraddizione, essendosi generata una lesione di un diritto fondamentale alla tutela della salute, proprio in danno di coloro che sono destinati alla cura della salute altrui. L'aspetto paradossale è nel fatto che la violazione di questo diritto fondamentale si è perpetrata nel medesimo perimetro delineato dall'invocata previsione dell'art. 32 Cost. sicché, contrariamente alle altre sfere di libertà intaccate, non può parlarsi di vero e proprio bilanciamento, né di contemperamento di distinti valori costituzionali, ma di una aberrante contraddizione interna, verificatasi nel percorso attuativo della medesima sfera di tutela¹³. Se esiste un inviolabile diritto alla cura e alla tutela della salute del paziente, parimenti esiste e deve essere garantito un diritto alla tutela della salute di tutti gli operatori sanitari che non può subire lesioni o compressioni, anche solo per una ragione di uniformità interpretativa ed attuativa delle suindicate garanzie¹⁴.

L'assenza di pregnante tutela per i medici e per il personale sanitario nella gestione dell'emergenza può leggersi come una grave e contraddittoria lesione degli artt. 2, 3 e 32 Cost. e ha determinato, tra l'altro, una situazione di incoerenza nel quadro sistematico di valori costituzionali e di doveri inderogabili di eguaglianza e solidarietà sociale¹⁵. Non a caso, ha colpito profondamente l'opinione pubblica l'eco del disperato appello di un numero elevatissimo di medici che sono intervenuti a tutela della salute di tutti i cittadini, sollecitando l'adozione di congrue ed omogenee misure in tutte le Regioni a supporto della medicina territoriale. La disperata sollecitazione è stata spinta dallo spirito di solidarietà e dal rigoroso rispetto del proprio ruolo socio-lavorativo, solo al fine di consentire un adeguato livello operativo per

¹³ Sul punto, sia consentito rinviare a: F. PERCHINUNNO, *Covid-19 e tutela degli operatori sanitari*, in D. GAROFALO, M. TIRABOSCHI, V. FILÌ, F. SEGHEZZI (a cura di), *Welfare e lavoro nella emergenza epidemiologica, Contributo sulla nuova questione sociale*, ADAPT University press, Bergamo, 2020.

¹⁴ Per una disamina approfondita dei commenti all'art. 32 Cost., si v. M. LUCIANI, *Salute*, I, (diritto alla salute-diritto costituzionale), in *Enc. giur.*, XXVII, Roma 1991, p.1 ss.; D. VINCENZI AMATO, *Art. 32*, in *Comm. Cost.*, G. Branca (a cura di), *Rapporti etico-sociali*, Zanichelli, Roma, Bari 1976 p. 167 ss.; A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Comm. Cost.*, Utet, Torino, 2006, p. 655-674. Il diritto alla salute, come diritto sociale fondamentale, viene tutelato anche dall'art. 2 Cost. («La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale»); essendo, inoltre, intimamente connesso al valore della dignità umana (diritto ad un'esistenza degna) rientra nella previsione dell'art 3 Cost. («Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese»).

¹⁵ Il suo significato essenziale sta nella pretesa del singolo all'astensione da parte di tutti da qualsiasi comportamento che possa mettere a repentaglio l'integrità della salute e fisica e psichica dell'individuo, coerentemente a una concezione integrale della persona umana (art. 2 Cost.). Sul punto, si v. M. LUCIANI, *Brevi note sul diritto alla salute nella più recente giurisprudenza costituzionale*, in L. CHIEFFI (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Giappichelli, Torino 2003, p. 64 ss.; M. CARTABIA, *La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in *Quad. cost.*, 2012, p. 455 ss.; A. MORRONE, F. MINNI, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, cit., p. 2 ss.

esercitare con diligenza le competenze cliniche, attivare immediatamente e senza ostacoli burocratici le prescrizioni caso per caso ritenute opportune (tamponi, Rx e/o TC, ecografia polmonare anche domiciliare), al fine di una rapida diagnosi e trattamento.

Quello stesso spirito di solidarietà che ha radici profonde nella nostra Costituzione e di cui si è detto in premessa non sempre è stato “contraccambiato” nei confronti degli operatori sanitari, causando gravi disagi personali e familiari¹⁶. Alla luce di quanto emerso in questo periodo così complesso per tutto il Paese, occorre una riflessione sul quadro di tali violazioni di diritti inviolabili della persona, tra cui il precitato principio di solidarietà, affinché in futuro non si verificino ulteriori fenomeni di sia pur parziale isolamento e abbandono di categorie professionali¹⁷ e ciò considerando che la proiezione solidaristica del diritto alla cura e alla salute non può spingersi ad esser interpretato nella sua declinazione individualistica¹⁸.

Occorre rinsaldare lo spirito di solidarietà nel complesso percorso di ricerca dei livelli imprescindibili di tutela della dignità dell’uomo e del principio solidaristico, così intensamente invocati dai Padri e della Madri costituenti, affinché la comunità possa ritrovarsi in un forte afflato solidale; l’emergenza dovrà risvegliare le coscienze riportando il concetto sacro di “salute” entro un perimetro meno limitato ed egoistico, imperniato uniformemente sulla tutela dei diritti assoluti e dei doveri inderogabili di cooperazione e reciproco sostegno. La sfida è

¹⁶ Particolarmente complessa, nel corso dell’emergenza, è apparsa la ricerca degli strumenti più idonei a fronteggiare la diffusione del virus; parimenti intrisa di la ricerca della sinergia tra la scienza medica e gli interventi normativi/amministrativi. Riemerge, tra gli altri, il tema delle diversità dei modelli regionali di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, i cui profili necessitano di autonoma trattazione; una ricostruzione puntuale e sistematica si apprezza in M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M. C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Giappichelli, Torino, 2011, pp. 9-33; M. BELLETTI, *“Livelli essenziali delle prestazioni” e “contenuto essenziale dei diritti” nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in L. CALIFANO(a cura di), *Corte costituzionale e diritti fondamentali*, Giappichelli, Torino 2004; L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria: la giurisprudenza costituzionale accende il faro della Corte*, in *federalismi.it*, 22, 2017, pp. 1-11; R. BIN, *Il nuovo riparto di competenze legislative: un primo importante chiarimento*, in *Le Regioni*, n. 6, 2002, p. 1447; A. D’ALOIA, *Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, *ivi*, 2003, pp. 1063-1140. Volendo, anche F. PERCHINUNNO, *Principio di solidarietà e tutela della salute nell’era covid-19*, in R. PAGANO-A. SCHIEDI (a cura di), *Identità, pluralità, diversità. Il riconoscimento, ovvero l’essere per l’altro*, Quaderni del Dipartimento jonico in sistemi giuridici ed economici del Mediterraneo, Ed. Djsge, n.13/2020, p. 278 ss.

¹⁷ Il ruolo dello Stato è anch’esso variegato come riflesso della complessità del contenuto del bene oggetto di protezione: per realizzare la protezione dell’integrità psico-fisica o la salubrità dell’ambiente esso si impegna “negativamente” ossia si astiene da azioni che comporterebbero la lesione dei relativi diritti; per garantire, invece, il diritto ai trattamenti sanitari l’impegno delle Istituzioni è attivo, perché affinché i titolari ne possano godere effettivamente esse debbono predisporre le strutture e ogni altra condizione necessaria per offrire l’assistenza sanitaria. La libertà correttamente concepita non esige affatto alcuna forma di totale indipendenza dallo stato; al contrario, un governo che interviene assicura i presupposti necessari per la libertà individuale. Un paese in cui le libertà sono garantite non può cancellare le dipendenze dei singoli e dei gruppi dallo Stato.

¹⁸ Cfr. sul punto, sia pur in una prospettiva parallela, la lotta contro il coronavirus e il volto solidaristico del diritto alla salute di M. NOCELLI, *La lotta contro il coronavirus e il volto solidaristico del diritto alla salute*, in *federalismi.it*, Osservatorio emergenza Covid, 11 marzo 2020.

ardua, «...la posta in gioco è alta: una vita diversa per tutti nella società solidale sognata dai Costituenti»¹⁹.

¹⁹ Così, L. CARLASSARRE, *Solidarietà: un progetto politico*, op. cit., p. 67.