

ETICA DELLA RICERCA, BIOETICA,
BIODIRITTO E BIOPOLITICA
II, 2022

**Dopo la pandemia.
Appunti per una nuova sanità**

a cura di
Cinzia Caporale, Carla Collicelli, Ludovica Durst

ETICA DELLA RICERCA, BIOETICA, BIODIRITTO E BIOPOLITICA

Collana del
Centro Interdipartimentale per l'Etica e l'Integrità nella Ricerca del CNR



Diretta da

Cinzia Caporale, Elena Mancini, Ilja Richard Pavone

Comitato scientifico

Il Comitato scientifico della collana è composto dai membri della
Commissione per l'Etica e l'Integrità nella Ricerca del CNR
www.cnr.it/it/ethics

Comitato editoriale

Giorgia Adamo, Marco Annoni, Marco Arizza, Ludovica Durst, Andrea
Grignolio Corsini, Silvia Scalzini, Giulia Sciolli, Roberta Martina Zagarella

Comitato di redazione

Tiziana Ciciotti (*Responsabile*), Paola Grisanti, Emiliano Liberatori

Progetto grafico del volume: Marco Arizza

Per informazioni: info@ethics.cnr.it

In copertina fotografia di Cinzia Caporale: luci e ombre, la chiesa di Mogno,
in Lavizzara, ideata da Mario Botta negli anni Ottanta; per gentile concessio-
ne dell'autrice

© Cnr Edizioni 2022
P.le Aldo Moro, 7 - 00185 Roma
www.edizioni.cnr.it
bookshop@cnr.it

ISBN 978-88-8080-508-3
ISBN 978-88-8080-509-0 (digital version)
DOI <https://doi.org/10.48220/eticabioeticabiodiritto-2022-2>



INDICE

<i>Introduzione</i>	
C. Caporale, C. Collicelli, L. Durst	7

PARTE I

GOVERNANCE, FINANZIAMENTO E SOSTENIBILITÀ PER IL RILANCIO DEL SSN

<i>Sanità post-Covid-19: le piste di lavoro per il necessario cambio di strategia</i>	
C. Collicelli	17
<i>Salute e pandemia. Verso un nuovo Sistema Sanitario Nazionale</i>	
S. Zamagni	23
<i>Le lezioni apprese da Covid-19</i>	
E. Borgonovi	31
<i>La sostenibilità economica del sistema salute ed il PNRR</i>	
F. Spandonaro	35
<i>Finanziamento e governance multi-level</i>	
M. Campedelli	43
<i>Ripartire dal territorio per rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale</i>	
A. Nobili, A. Barbato, L. Garattini, M. Badinella Martini, G. Remuzzi	55
<i>Riforma del SSN e interventi nella filiera industriale: il caso del dispositivo medico</i>	
L. Terranova	67
<i>Salute e sanità dopo la pandemia. Appunti per una resilienza trasformativa</i>	
M. Garavaglia	81

PARTE II
CONDIZIONI PATOLOGICHE, ESPERIENZE E LEZIONI PER IL POST-COVID

<i>PNRR e nuovi modelli organizzativi per le cronicità</i>	
E. Desideri	89
<i>Il prisma cancro. L'oncologia come laboratorio per la sanità del "dopo Covid"</i>	
F. De Lorenzo, M. Campagna	97
<i>La salute mentale dopo la pandemia</i>	
F. Starace	109
<i>La lezione della pandemia nell'approccio alle demenze</i>	
L. Bartorelli	119
<i>L'importanza di fare rete: la collaborazione tra biobanche, associazioni di pazienti, ricercatori e clinici nelle malattie rare</i>	
E. Mancini, F. Fusco, M.V. Ursini	125
<i>Vaccinazione dei Migranti: le sfide e le opportunità della pandemia da Covid-19</i>	
S. Declich, G. Marchetti, M.G. Dente, M.E. Tosti, G. De Ponte, L. Tivoschi, P.L. Lopalco, M.L. Russo, M. Marceca	131

PARTE III
ETICA, COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI
ALLA CURA E PREVENZIONE

<i>Covid: l'etica medica sotto interrogatorio</i>	
S. Spinsanti	141
<i>Fragilità e frammentazione del diritto alla salute in tempo di pandemia</i>	
L. Durst	149
<i>Pandemic preparedness: dati condivisi e alfabetizzazione scientifica</i>	
A. Grignolio	157
<i>Seguire la via indicata dalla crisi. Salute, cura e comunicazione dopo il Covid-19</i>	
M. Morcellini	165

<i>La partecipazione dei cittadini al sistema della salute</i>	
A. Gaudio	183
<i>Per un Servizio Sanitario Nazionale più forte e resiliente</i>	
T. Aceti	191
<i>I giovani nel post Covid-19: l'incerta transizione verso la normalità</i>	
M. Contel	201
GLI AUTORI	213

Fragilità e frammentazione del diritto alla salute in tempo di pandemia

LUDOVICA DURST

Il Rapporto annuale Istat 2021 sulla situazione del Paese¹, prendendo in esame i contraccolpi negativi della crisi economica e sociale che hanno fatto seguito a quella sanitaria, dedica un intero capitolo a quello che viene definito lo “shock organizzativo” causato dall’emergenza Covid-19. Non si tratta solo dell’impatto demografico (su natalità, matrimoni, decessi, mobilità e stili di vita), ma anche delle conseguenze sanitarie determinate dalla pandemia, che hanno visto in particolare l’acuirsi delle condizioni di fragilità (ad esempio della popolazione anziana), accompagnato da un calo significativo delle prestazioni erogate durante la fase emergenziale.

Come da più parti osservato, tale diminuzione trova le sue cause strutturali nei tagli operati negli anni precedenti alle risorse economiche, ai posti letto e al personale sanitario, cui si sono sommate, per far fronte alla gestione dei pazienti affetti da Covid-19, esigenze di ridimensionamento, riorganizzazione o sospensione dei servizi, ritardi e finanche rinunce alle prestazioni da parte degli stessi pazienti.

La conseguenza più palese, durante la fase pandemica, è stata la definitiva messa sotto pressione della sanità territoriale, che oltre a un calo del 7% delle prestazioni indifferibili (pari a 2 milioni di prestazioni), ha visto nell’ultimo anno una riduzione del 24% delle prestazioni totali. In generale, le note problematiche di disuguaglianza che affliggevano il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) – scarsità di risorse, problemi legati alle esigenze di bilancio e al condizionamento finanziario, differenziazione regionale, carenze nell’organizzazione sanitaria – sono state aggravate e amplificate dagli effetti pandemici, che hanno negativamente inciso sul bilancio demografico e sull’intera società.

¹ ISTAT, *Rapporto annuale 2021. La situazione del Paese*, Istituto nazionale di statistica, Roma, 2021.

I dati statistici rilevati testimoniano e confermano dunque come il tratto saliente dell'emergenza sanitaria che stiamo tuttora vivendo sia quello di una "pandemia diseguale", che ha particolarmente penalizzato i soggetti più vulnerabili e fragili, intendendo con fragilità e vulnerabilità la particolare condizione nella quale la persona umana si trova in via permanente o temporanea, sia di tipo naturale (minore età, vecchiaia, disabilità, gravidanza) sia per situazione contingente (povertà, malattia, prigionia, migrazione, sofferenza fisica, psicologica e ambientale) e che, per tale motivo, necessita di particolare protezione. Non a caso alla vulnerabilità è dedicato specificamente il capo III della Carta di Nizza, che vi riconosce i diritti dei bambini (art. 22), degli anziani (art. 23) e dei disabili (art. 24).

Fra i soggetti fragili o vulnerabili che hanno particolarmente patito gli effetti della pandemia rientrano senz'altro le persone in condizione di forte esclusione sociale, quali migranti e fasce di popolazione disagiate: come mostrano alcuni recenti rapporti incentrati sulla rilevazione delle problematiche legate alla sostenibilità sociale, infatti, queste categorie sono risultate più esposte e difficili da raggiungere (*hard to reach*), sia in termini di difficoltà di accesso ai servizi e di tutela della salute, sia con riguardo alle ricadute sociali della pandemia, che ne hanno amplificato disuguaglianze e disagi².

Dal punto di vista sanitario, invece, ricordiamo tutti come il problema di definire criteri di priorità per l'accesso alle cure e alle terapie intensive sia risultato particolarmente critico e controverso in ragione della scarsità di risorse rispetto ai bisogni di salute, soprattutto durante la fase acuta della pandemia. Basti pensare al documento con cui la SIAARTI proponeva una possibile allocazione ricorrendo – al fine di sgravare, almeno parzialmente, i medici intensivisti dalle responsabilità della scelta etica (e giuridica) – al discusso criterio della "maggiore possibilità di sopravvivenza" e di "aspettativa di vita", ritenuto in larga misura inadeguato a garantire un sufficiente equilibrio con altri profili importanti, quale in particolare quello della tutela dei soggetti più deboli, cui il

² INTERSOS, *La pandemia diseguale. Gli interventi di medicina di prossimità di INTERSOS negli insediamenti informali italiani durante l'emergenza COVID-19*, febbraio 2021. Alle problematiche della sostenibilità sociale (intesa come equo accesso per tutti al benessere) e alle interrelazioni con altri tipi di sostenibilità – ambientale ed economica – è dedicato anche il "2° Rapporto CENSIS-Tendercapital sui buoni investimenti. *La sostenibilità al tempo del primato della salute?*", Roma, 23 novembre 2020. Uno sguardo su scala globale alla crescita delle disuguaglianze legata alla pandemia è fornito dal Briefing Paper a cura di Oxfam International, *Il virus della disuguaglianza*, gennaio 2021.

nostro sistema di valori (anche costituzionali) è improntato³. Bisogna pertanto positivamente rilevare come i soggetti c.d. fragili siano stati riconosciuti quali prioritari nella campagna vaccinale anti Covid-19, con riguardo non solo alle persone con disabilità grave ma anche ai loro *caregiver*, e come la massima priorità vaccinale sia stata assegnata anche grazie all'aggiornamento dell'elenco delle patologie considerate ad alta vulnerabilità, incluse quelle rare, in funzione della specificità di tali condizioni rispetto ai rischi dell'infezione da SARS-CoV-2. Il piano vaccinale ha pertanto individuato quali categorie prioritarie i soggetti di età superiore ai 60 anni e le persone con elevata fragilità clinica verso il contagio da SARS-CoV-2 indipendentemente dall'età.

Ciononostante, l'emergenza sanitaria ha scopercchiato anche la problematica legata agli effetti derivanti dalla priorità di cura dei malati Covid-19 rispetto ad altre patologie, ad esempio in ragione delle esigenze di riorganizzazione delle strutture e dei reparti. Al punto che i problemi di accesso e cura riscontrati da soggetti affetti da patologie non Covid-19 durante l'emergenza, con riguardo all'alterazione dei regolari percorsi di prevenzione, diagnosi e cura e all'allungamento delle liste di attesa, sono stati tali da far parlare di una vera e propria "sanità sospesa" per il 52% degli italiani: cosa che ha urgentemente posto all'attenzione pubblica il problema della indifferibilità delle cure (per malattie croniche, oncologiche, rare) ovvero del diritto alle cure e della loro continuità. Un dato, rilevato nel Rapporto della Fondazione Italia in Salute⁴, che si può meglio comprendere se si tiene conto che solo i malati cronici, secondo l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, costituiscono quasi il 40% della popolazione del nostro Paese, cioè 24 milioni di persone, delle quali 12,5 milioni con multi-cronicità.

Potrebbe, a tal proposito, formularsi un interrogativo: quale diritto alla salute è quindi oggetto di tutela?

Da un lato, infatti, non può negarsi come il contesto pandemico abbia determinato una "riscoperta della fundamentalità" del diritto alla salute che ha portato il dibattito dottrinale a riflettere nuovamente sulla centralità e sulla prevalenza del diritto alla salute nel bilanciamento con altri diritti e libertà costituzionali nel quadro dell'emergenza sanitaria; dall'altro, la diversa grada-

³ Cfr. Collicelli C., Durst L. et al., *I dilemmi etici dei medici oncologi: la micro-allocazione delle risorse in sanità*, in 12° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, F.A.V.O. (2020).

⁴ Fondazione Italia in Salute (Fiis), *Gli Italiani e il Covid-19. Impatto socio-sanitario, comportamenti e atteggiamenti verso i vaccini*, Rapporto 1/2021.

zione che si è riscontrata nell'ambito della tutela della salute e delle garanzie di erogazione delle prestazioni sanitarie dimostra una "frammentazione" dello stesso diritto alla salute che pone problematiche altrettanto delicate nel suo bilanciamento interno.

La frammentazione qui messa in evidenza appare in effetti come un tratto in parte inedito, pur a fronte di un diritto che ormai da tempo è stato indicato dalla dottrina costituzionalistica come "bifronte", in quanto riferito sia al singolo sia alla collettività, e come "multiforme", in ragione dei diversi contenuti riconducibili all'art. 32 della Costituzione, dove la salute trova riconoscimento e tutela: vi sono infatti ricompresi sia il diritto alla vita e alla tutela psico-fisica, sia il diritto all'ambiente salubre, sia quello alla libera scelta delle cure (con caratteri tipici dei diritti di libertà), sia il diritto alle cure e alle prestazioni sanitarie (quale espressione dei c.d. diritti a prestazione).

Tali molteplici dimensioni sono venute inevitabilmente in rilievo anche durante l'emergenza Covid-19, animando il dibattito fra giuristi in relazione a quella che, con efficace formula, è stata definita "pandemia costituzionale"⁵, ovvero l'intreccio di questioni derivanti dal rapporto tra fonti del diritto, riparto di competenze fra Stato e Regioni e limitazione dei diritti costituzionali (si pensi ad esempio al sistema di "colori" attribuiti ai territori in relazione allo stato di rischio e i divieti a questi connessi).

Le restrizioni – se non, secondo alcuni, vere e proprie sospensioni – ai diritti e alle libertà costituzionali, motivate da ragioni di tutela della salute e riduzione dei rischi di contagio e di diffusione della pandemia, hanno infatti riguardato una vasta gamma di diritti costituzionali: la libertà di circolazione, la libertà di riunione, la libertà di iniziativa economica, la libertà religiosa, il diritto al lavoro, il diritto all'istruzione, lo stesso diritto alla salute individuale. Limitazioni che, toccando libertà fondamentali degli individui, hanno a loro volta acceso il dibattito sulle giustificazioni per la loro adozione: fondate sulla base dell'emergenza e della necessità, oppure su un potere di scelta e una valutazione discrezionale del decisore politico, o "meramente" sulla base delle clausole previste dalla Costituzione? Tenuto anche conto del fatto che l'ordinamento italiano non prevede una disciplina specifica dello stato di emergenza, cui si collega tradizionalmente anche la sospensione dei diritti fondamentali, e che su tale disciplina hanno inciso tanto il fattore tempo quanto le indicazioni tec-

⁵ Cfr. il volume di Nicotra I., *Pandemia costituzionale*, Editoriale scientifica, Napoli, 2021.

nico-scientifiche (sulla base del principio di prevenzione/precauzione) per la modulazione delle restrizioni in correlazione al livello di rischio.

Nell'ambito dunque di tale confronto dottrinale, un rilievo particolare ha assunto la questione della priorità da attribuire (o meno) al diritto alla salute, e che ha visto di volta in volta diversamente ricostruito il contenuto di questo diritto a partire da quel diritto alla vita riconosciuto dalla Corte costituzionale come bene fondamentale, primo tra i diritti inviolabili (richiamati dall'art. 2 della Costituzione), principio supremo che trova espressa tutela anche nell'art. 2 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo (Cedu).

Altre letture hanno dato nuovo spazio alla distinzione tra sanità (pubblica) e (diritto alla) salute, ove la prima costituisce l'attività pubblicistica che funge da presupposto per la seconda: alla protezione della sanità pubblica, o meglio della salute collettiva, sono in questa chiave da considerarsi finalizzati gli atti normativi adottati in via d'urgenza per fronteggiare l'emergenza Covid-19, e il sacrificio di quelle libertà costituzionali e diritti sociali che si sono trovati pertanto ad essere posposti rispetto alla prioritaria tutela della salute.

Soprattutto, il dibattito ha condotto a riprendere la nota *querelle* sulla “fondamentalità” del diritto alla salute, ovverosia sulla necessità o meno di riconoscere autonomo significato normativo all'attributo “fondamentale” con cui – *unicum* nella carta costituzionale – è definita la salute individuale. La questione è meno formalistica di quanto possa sembrare, con riflessi sostanziali e sistematici sull'intero impianto di tutele prefigurato dalla costituzione. È stata questa l'occasione di recuperare, per alcuni, quel “carattere fondamentale tante volte dimenticato o ‘annacquato’ dal legislatore in improvvidi bilanciamenti – e scarsamente valorizzato anche dalla giurisprudenza costituzionale”⁶. Una specificità di significato che troverebbe ulteriore conferma se raffrontato con il diverso carattere della “inviolabilità” che connota più diffusamente altri diritti costituzionali.

Prospettiva cui si contrappone, viceversa, l'argomentazione di quanti negano l'esistenza di una gerarchia dei diritti, onde evitare che possa di qui scaturire una “tirannia” di alcuni sugli altri. Come ribadito anche in alcune recenti pronunce dalla Corte costituzionale, relative al c.d. “caso Ilva”⁷, si tratterebbe piuttosto di riconoscere la “pari fundamentalità” dei diritti e dei valori costi-

⁶ Così Morana D., *Sulla fundamentalità perduta (e forse ritrovata) del diritto e dell'interesse della collettività alla salute: metamorfosi di una garanzia costituzionale, dal caso ILVA ai tempi della pandemia*, in *Liber Amicorum* per Pasquale Costanzo, Consulta OnLine, 30 aprile 2020.

⁷ Corte Cost., sent. n. 85 del 2013 e n. 58 del 2018.

tuzionali in gioco, da bilanciare vicendevolmente tra loro tramite una “tutela sistemica e non frazionata”.

Il problema posto dalla tesi della “fondamentalità”, intesa quale prevalenza rispetto ad altri diritti costituzionali, interroga dunque la possibilità stessa di definire delle priorità nel bilanciamento, come nel caso, ad esempio, dell'emergenza sanitaria, a favore del diritto alla salute. E se tale “fondamentalità” possa valere nel solo caso di emergenza, o meno. Il rischio, è stato sottolineato, è proprio quello di una trasformazione del diritto alla salute (alla vita) in un valore meta-positivo, assoluto e non soggetto a bilanciamento, o per dirlo con le parole della Corte, tiranno.

Ma il problema del bilanciamento si pone anche, in maniera altrettanto critica, in un'ottica interna al diritto alla salute. In questo caso risulta ancor più evidente come il criterio di prevalenza non sia applicabile nel rapporto tra salute individuale e collettiva: a quest'ultima, per costante interpretazione del dettato costituzionale di cui all'art. 32 della Costituzione, non può infatti funzionalizzarsi la prima. In questo caso, riconosciuta la “fondamentalità” di entrambe le dimensioni, a sciogliere il dilemma è stata avanzata ad esempio la tesi che se, in condizioni normali, è destinato a prevalere il diritto individuale alla salute, viceversa, in condizioni eccezionali, dovrebbe prevalere l'interesse della collettività⁸.

La giustificazione di tale priorità troverebbe il sostegno più solido nel riferimento a quel principio di solidarietà ampiamente esplorato dalla giurisprudenza costituzionale in tema di vaccinazioni obbligatorie. Il presupposto infatti di liceità dell'obbligo vaccinale è proprio il fine solidaristico della tutela della salute altrui, che impone però, altrettanto, la non funzionalizzazione della salute individuale a quella collettiva, e trova un limite nel non ledere e non recare pregiudizio alla salute individuale (se non per quelle conseguenze ritenute normali e comunque tollerabili, e salva la previsione di un indennizzo per il danno eventualmente patito, come affermato da costante giurisprudenza costituzionale, già con la sentenza n. 307 del 1990).

Tanto il principio personalista quanto il principio di solidarietà si diramano infatti dall'art. 2 della Costituzione, che parimenti riconosce i diritti

⁸ Cfr. Tamburrini V., *La limitazione dei diritti costituzionali in tempo di pandemia: alcune osservazioni sul carattere fondamentale dell'interesse della collettività alla salute*, in Marini F.S. e Scaccia G. (a cura di), *Emergenza Covid-19 e ordinamento costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2020.

inviolabili e i doveri innegabili di solidarietà, aprendo in tal modo a spunti ed esiti diversi, articolati sul principio libertà-solidarietà, o a riflessioni orientate a ricomprendere le limitazioni in una logica di doveri anziché di diritti.

È dunque questo stesso principio di solidarietà che, durante l'emergenza sanitaria, è stato correttamente espresso anche a tutela dei soggetti considerati più vulnerabili dal virus: gli anziani, gli immunodepressi, le persone già affette da patologie serie. Alla tutela delle persone fragili sono state inoltre destinate particolari misure di sostegno per ovviare alle difficoltà socio-economiche prodotte dall'emergenza sanitaria, con interventi normativi in ambito lavorativo quali, ad esempio, l'estensione dei permessi lavorativi, previsti dal c.d. decreto "cura Italia", o le misure a sostegno delle persone con disabilità nell'ambito del c.d. "decreto rilancio".

L'osservatorio "privilegiato" rappresentato dalle persone fragili, come evidenzia il Rapporto MonitoRare 2020⁹, ha consentito di individuare alcuni benefici riconducibili, nonostante tutto, al modo in cui il Servizio Sanitario ha reagito all'emergenza, accelerando molti processi attesi, quali le terapie domiciliari, la teleassistenza e la telemedicina, la dematerializzazione delle ricette, la consegna dei farmaci a casa, percorsi definiti e separati per le cure ospedaliere in sicurezza. Allo stesso tempo ha messo però in evidenza carenze strutturali, quali la mancanza di collegamento fra medicina territoriale e centri di riferimento, le profonde differenze regionali, l'inadeguatezza dei supporti domiciliari e sociali, l'abbandono quasi completo delle categorie più fragili da parte della scuola, del sistema sociale, le "dimenticanze" nella distribuzione dei supporti economici, la mancanza di una vera rete di supporto, al punto da supporre che, se la rete fosse stata pienamente sviluppata, anche l'emergenza Covid-19 sarebbe stata fronteggiata con minor impreparazione.

Varie di queste mancanze aspettano di trovare risposta nell'attuazione del PNRR, che prevede di destinare 15,63 miliardi di euro (l'8,16% di 191,5 miliardi previsti dal Piano) alla Missione 6 relativa alla Salute, proprio con l'obiettivo di superare quelle criticità riscontrate a causa delle tendenze demografiche in atto (invecchiamento della popolazione), epidemiologiche (crisi sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19) e sociali (significative disparità territoriali e di assistenza sul territorio). A tal fine si prevedono linee di intervento volte a rafforzare la prevenzione e l'assistenza territoriale, promuovendo l'integrazione

⁹ UNIAMO, *MonitoRare. VI Rapporto sulla condizione delle persone con Malattia Rara in Italia*, 2020.

tra i servizi sanitari e sociali; assicurare l'equità di accesso alle cure e nell'erogazione delle prestazioni; puntare su un ammodernamento delle strutture del Sistema sanitario nazionale, anche in termini di formazione, risorse digitali e tecnologiche; promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico.

Il quadro da delineare oltre la pandemia mira dunque a superare antiche questioni e inefficienze relative alla "attuazione e sostenibilità" del diritto alla salute e al tempo stesso a sviluppare la *preparedness* per nuove emergenze sanitarie, orientate non solo ai nuovi approcci di *one health* e di *one digital health*, ma anche al maggior coordinamento a livello europeo delle politiche di salute (fino alla proposta di una "Unione europea per la salute").

Alla luce della pandemia, in particolare, il noto problema della effettività del diritto alla salute, declinato in termini di allocazione di risorse scarse, di organizzazione e di programmazione (nonché delle 'scelte tragiche' che vi sono connesse) finisce per connotarsi non tanto (o non solo) per il carattere finanziariamente condizionato, quanto "organizzativamente" condizionato. I problemi di logistica e di risorse umane che hanno interessato il periodo di emergenza con effetti soprattutto sulle altre patologie non Covid-19 e su quella che è stata inquadrata come "sanità sospesa", impongono con rinnovata urgenza di affrontare il tema della "appropriatezza" delle prestazioni (riduzione degli sprechi), della riorganizzazione del sistema (con riguardo all'assistenza territoriale per cronicità e fragilità; al ruolo dei MMG; all'attuazione del fascicolo sanitario elettronico e della telemedicina) e dell'integrazione socio-sanitaria.

Si teme infatti, sin d'ora, e ancor più una volta passata l'emergenza, che "l'ombra delle disuguaglianze" si allunghi sul post-Covid-19, con un impatto soprattutto sulle malattie trascurate. Per questo, un adeguato ripensamento del piano pandemico per le future pandemie non potrà non dedicare cruciale attenzione anche alla garanzia della continuità delle cure in casi di emergenza sanitaria: giacché dalle "lezioni apprese" è chiaro che le malattie non curate sono un "costo nascosto" per il SSN, che incide sia sul benessere dei pazienti che sulla sostenibilità del sistema.