



SOCIETÀ E DIRITTI - RIVISTA ELETTRONICA 2021 ANNO VI N.11.

Il problema biogiuridico della libertà di cura e la metafisica della pandemia



2021 ANNO VI NUMERO 11

di Francesco Zini DOI <https://doi.org/10.13130/2531-6710/16087>



SOCIETÀ E DIRITTI - RIVISTA ELETTRONICA 2021 ANNO VI N.11.

IL PROBLEMA BIOGIURIDICO DELLA LIBERTÀ DI CURA E LA METAFISICA DELLA PANDEMIA

di Francesco Zini

THE BIOGIURID PROBLEM OF FREEDOM OF CARE AND THE METAPHYSICS OF THE PANDEMIC

Abstract

The article examines the pandemic emergency from a bio-juridical and biopolitical point of view, identifying two levels of problems that have arisen in dealing with the health crisis and which also constitute two lines of research. The first concerns the bioethical and bio-juridical aspect of exercising the right / duty of freedom of care; the other line of research concerns a more philosophical and biopolitical aspect of the deep meaning of the pandemic, highlighting how these two levels of argument are closely reconnected and related to each other.

Key words: Bioethics of the pandemic, Freedom of medical care, Biolaw, Philosophy of medicine, Biopolitics

Riassunto

Nell'articolo si esamina l'emergenza pandemica dal punto di vista biogiuridico e biopolitico, individuando due livelli di problemi che si sono manifestati nell'affrontare la crisi sanitaria e che costituiscono anche due linee di ricerca. La prima concerne l'aspetto bioetico e biogiuridico dell'esercizio del diritto/dovere della libertà di cura; l'altra linea di ricerca concerne un aspetto più filosofico e biopolitico del significato profondo della pandemia, facendo emergere, come questi due livelli argomentativi sono strettamente riconnessi e collegati tra di loro.

Parole chiave: Bioetica della pandemia, Libertà di cure mediche, Biodiritto, Filosofia della medicina, Biopolitica

Autore: Francesco Zini, professore aggregato di Filosofia del Diritto presso l'Università di Siena

Articolo soggetto a revisione tra pari a doppio cieco

Articolo ricevuto il 10.5.21 approvato il 6.06.21

1. La salute della persona nell'emergenza pandemica

Uno degli aspetti più significativi che l'emergenza pandemica ha messo in evidenza si è manifestato con il ritardo della risposta sanitaria e la fragilità con cui la complessa struttura del sistema sanitario si è adattato alla possibilità di aumentare e migliorare le prestazioni di cura e di assistenza per i nuovi pazienti affetti dal Covid-19. La cronica mancanza di posti letto sia in terapia intensiva che in subintensiva avrebbe fatto emergere la difficoltà di determinare la previsione della capienza quantitativa dei posti necessari. Le due cifre della pandemia, fragilità del sistema e *scarsità delle risorse sanitarie* avrebbero fatto emergere il grave rischio di esclusione dalla di essere curati, come sottolineato da Palazzani, Vicepresidente del Comitato Nazionale per la Bioetica:

È evidente che le risorse scarse non possono essere usate male e sprecate, ma devono essere efficaci, ossia usate per salvare vite umane. Ma non bisogna dimenticare che al centro vanno posti i bisogni di ogni singola persona malata. Nel caso della pandemia, va anche ricordato che tale criterio va applicato per tutti i pazienti: la selezione non deve portare a un trattamento differenziato tra malati di infezione e malati di altre patologie, essendo eticamente dovuta la vigilanza sulla continuità della presa in cura degli altri pazienti. Proprio coloro che sono più vulnerabili, come le persone anziane o con disabilità, le persone povere, non devono essere emarginate da logiche selettive ispirate all'individualismo o alla convenienza sociale (Palazzani 2020: 82)¹.

Il dilemma sulla distribuzione delle risorse sanitarie ha inciso direttamente sul numero delle strutture e sul numero di posti necessari secondo una previsione epidemiologica straordinaria, ma indirettamente ha riproposto una delle domande che costituiscono il riferimento ultimo della "strutturale fragilità" del sistema di assistenza sanitaria, in termini di mancanza di previsione e "indeterminatezza" della dimensione del fenomeno emergenziale. Qui sta un primo decisivo punto di "emersione" nell'analisi della crisi sanitaria: una mancanza predittiva della stessa "medicina del futuro" che difficilmente può operare sui diagrammi dell'invecchiamento delle popolazioni e le variabili della "morbilità futura" durante un'emergenza pandemica. L'emergere di tale dicotomia previsionale potrebbe generare una vera frattura anche per un prossimo futuro e in questo senso nessun sistema sanitario a livello internazionale si è mostrato

¹Si vedano anche i contributi completi di Palazzani 2020: 359-370; D'Avack 2020: 371-378.

preparato (*preparedness*) a predisporre un aumento flessibile del numero dei posti letto e degli operatori per sostenere e affrontare l'ondata pandemica, che è stata fin dall'inizio "quantitativa" (nel senso di numero di "spazi" mancanti e necessari per assicurare l'assistenza)². Da questo punto di vista la crisi pandemica avrebbe generato uno "spaesamento" e uno "estraniamento" a tutti i livelli di *governance* sanitaria, verso la comprensione del fenomeno storico delle pandemie, che si sarebbe velocemente trasformato in una sorta di *sindemia*, cioè un insieme dei problemi di salute, problemi ambientali, sociali ed economici prodotti dall'interazione sinergica di due o più malattie trasmissibili e non trasmissibili, caratterizzate da pesanti ripercussioni, in particolare sulle fasce di popolazione svantaggiate e in relazione alla restrizione dell'esercizio dei diritti fondamentali, a cominciare dai diritti di fine vita a ricevere un'assistenza e una cura dignitosa, come la medicina palliativa e la terapia del dolore³.

Sulle problematiche bioetiche e biogiuridiche che sono emerse durante l'emergenza pandemica il Comitato Nazionale per la Bioetica è intervenuto con diversi pareri, *Covid 19: La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "trriage in emergenza pandemica"*, dell'8 aprile 2020; *La sperimentazione biomedica per la ricerca di nuovi trattamenti terapeutici nell'ambito della pandemia Covid 19: aspetti etici*, :22 ottobre 2020 e *I vaccini Covid 19: aspetti etici per la ricerca, il costo, la distribuzione*, del 27 Novembre 2020. In particolare tutti i pareri si allineano ad una concezione personalistica e anti-utilitaristica della cura sanitaria, che ribadisce il valore della

² Anche sul piano europeo al di là dei ritardi nella prima fase dell'emergenza pandemica sull'acquisto degli ausili di protezione o sullo stoccaggio di mascherine si è assistito a politiche sanitarie nazionali, in cui il tema salute è stato gestito a livello regionale in modo autonomo non essendo di competenza europea. Ancora una volta la dimensione sociale del welfare e degli stessi diritti sociali di base ha trovato scarso coordinamento nell'unione europea lasciando che ciascun stato governasse autonomamente l'emergenza sanitaria, facendo emergere ancora una volta come l'unione monetaria ed economica non sia sufficiente ad attrarre il tema della giustizia sociale e dell'assistenza sociale nei momenti topici della convivenza dei popoli nei momenti storici di difficoltà e di medicina delle catastrofi. Per il livello europeo si veda Sapelli: "L'Europa sociale è stata così accantonata a vantaggio di una Europa centralistica, basata sul mercato e dominata dai capitali" (Sapelli 2020: 90). Per rispondere a questa esigenza si veda l'istituzione del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (*European Centre for Disease Prevention and Control; Ecdc*) ha messo a punto uno strumento (Hepsa - Health Emergency Preparedness Self-Assessment) che ha lo scopo di supportare i Paesi nel migliorare la propria capacità di preparazione nel campo delle emergenze in sanità pubblica, facilitando i processi di vigilanza sanitaria e contribuendo all'identificazione di potenziali lacune. Allo stesso tempo, questo strumento elaborato dall'Ecdc favorisce l'interazione tra differenti portatori di interesse per discutere temi correlati alla *preparedness* per emergenze di sanità pubblica (https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/HepsaPreparedness).

³ Per la medicina palliativa e la terapia del dolore la legge di riferimento è la legge 38 del 2010, mentre sul piano dell'emergenza sanitaria e la scarsità delle risorse si vedano i contributi di tanti studiosi interdisciplinari (Rosoff, 2006: 1051-3; Matzo *et al*, 2009: 199-210; De Angelis, 2020: 54-63; Bertè *et al*. 2020: 64-69). Tra l'altro i principi di precauzione proporzionalità e adeguatezza sono stati adottati come criteri delle scelte terapeutiche con procedure che dovevano essere standardizzate sul tutto il territorio nazionale e applicate uniformemente.

persona in ogni condizione esercitando il diritto fondamentale di essere curata senza limitazioni o discriminazioni. Il rischio che si determinasse una discriminazione fondata sullo stato di salute o sulla probabilità di aspettative di vita maggiori, mettendo “in competizione” le persone sulla base dello stato di salute o sull’età anagrafica, si sarebbe tragicamente evidenziato nella prima fase emergenziale. Tale situazione avrebbe determinato in alcuni casi una “selezione” dei pazienti con maggiori speranze di guarigione basate anche sull’età (*ageism*) e su altri fattori congeniti, determinando una grave lesione del diritto universale e assoluto alla salute, inteso come diritto a ricevere le cure necessarie per il miglioramento della propria condizione. Il valore della persona non dovrebbe mai subire alternazioni in base al proprio stato di salute o in riferimento alle condizioni esterne, ma dovrebbe essere sempre tutelato e salvaguardato⁴. Questo criterio “selettivo” (dovuto alla “scarsità” delle risorse sanitarie) avrebbe evidenziato una scelta utilitaristica fondata su criteri estrinseci, economici e funzionalistici propri di una “cultura dello scarto” del soggetto più debole e vulnerabile, come sottolineato da D’Agostino:

Tra i diritti che comunemente riteniamo ‘non negoziabili’ poniamo in prima linea il diritto alla salute, come diritto non solo alla ‘cura’, ma anche al potenziamento del benessere fisico. Di conseguenza, ci siamo abituati a rigettare con fermezza quella che è stata efficacemente definita la ‘cultura dello scarto’, la cultura che discrimina i soggetti più ‘deboli’, ponendoli al margine della vita sociale. È una cultura, quella dello scarto, che suscita indignazione diffusa e che perciò merita di essere combattuta, perché proietta su coloro che vengono ‘scartati’ (e a maggior ragione su coloro che vengono ritenuti meritevoli di essere scartati) un arrogante giudizio di negativa e soprattutto intrinseca mediocrità (D’Agostino 2020: 72; D’Agostino 2000)⁵.

⁴Come sottolineato da Palazzani: “L’essere umano è persona in virtù della sua natura razionale, non diventa persona in forza del possesso attuale di certe proprietà, dell’esercizio effettivo di certe funzioni, del compimento accertabile empiricamente di certe azioni” (Palazzani 1996: 239). Mentre le raccomandazioni SIAARTI sembravano introdurre dei criteri selettivi di scelta dei casi (pazienti) ad integrazione dei protocolli emergenziali, con ipotesi di desistenza terapeutica: “Tutti gli accessi a cure intensive devono comunque essere considerati e comunicati come “ICU trial” e sottoposti pertanto quotidiana rivalutazione dell’appropriatezza, degli obiettivi di cura e della proporzionalità delle cure. Nel caso si ritenga che un paziente, ricoverato magari con criteri borderline, non risponda a trattamento iniziale prolungato oppure si complichino in modo severo, una decisione di “desistenza terapeutica” e di rimodulazione delle cure da intensive a palliative - in uno scenario di afflusso eccezionalmente elevato di pazienti - non deve essere posticipata” (SIAARTI 2020: 6).

⁵ Si veda anche (D’Agostino 2000). Oltretutto anche sul piano ad es. dei diritti di fine vita nell’ambito dell’esercizio dei diritti della libertà religiosa (*spiritual care*), in riferimento ai provvedimenti restrittivi, si veda l’ultimo contributo di Dalla Torre: “Circa le modalità di adozione dei provvedimenti in questione – e al di là del più generale problema della legittimità costituzionale degli atti governativi con cui si sono ristretti diritti fondamentali –, certamente è stata

In questo senso dimentichi del “dono” e del valore intrinseco della vita della persona, si sarebbe rischiato di riproporre un “progetto di padronanza” in cui l’altro-paziente (e malato), sarebbe potuto divenire una *res* inutile, un prodotto o un costo conveniente o meno in base a dei risultati delle analisi o a delle produttività esteriori o in base al mero profitto (*disease mongering*), generando probabili e tragici scenari per una possibile selezione eugenetica rispetto alle condizioni di salute. Mentre la relazione interpersonale medico/paziente, nel modello dell’alleanza terapeutica, dovrebbe essere incentrata sempre sul riconoscimento del valore dell’altro come persona, nel senso autentico ricordato da Sandel: “L’altro riguarda il nostro orientamento verso il mondo in cui abitiamo e il genere di libertà a cui aspiriamo” (Sandel 2016: 98). Da questo punto di vista l’inadeguatezza dei piani pandemici anti Covid avrebbe peggiorato lo scenario e le stesse indagini epidemiologiche, impedendo una pianificazione strategica coordinata e soprattutto una standardizzazione dei protocolli e delle linee guida a livello internazionale.

2. La libertà di cura e l’obbligo vaccinale

Nell’emergenza pandemica ha assunto un rilievo crescente il problema biogiuridico della manifestazione del consenso informato alle cure, che costituisce un principio cardine dell’intero sistema dell’assistenza sanitaria e che “innerva” il rapporto paziente-cittadino con il medico, che “impersonifica” il diritto/dovere di cura da parte della struttura pubblica statale. Il rispetto delle procedure volte alla manifestazione del consenso informato ha secondo la Corte Costituzionale una: “funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all’autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico [...] informazioni che devono essere le più

improvvida la loro adozione senza un convenire con la parte ecclesiastica (ma direi più in generale con le autorità delle varie confessioni religiose). Il fatto si può forse capire per il clima di disorientamento e la concitazione nascente dalla inaudita progressione aggressiva del virus e dall’urgenza di intervenire immediatamente per la salvaguardia di un bene primario qual è quello della salute pubblica. Ma certamente secondo le norme e prima ancora i principi che ispirano il nostro ordinamento si sarebbe dovuto procedere in maniera diversa, coinvolgendo l’altra parte. E ciò non per mania clericale di potenza o secondo le pretese della sovranità – come qualcuno ha pure insinuato –, ma per rispondere alla logica sottesa al testo costituzionale, che è poi quella esplicitata nell’art. 1 del Concordato, per il quale lo Stato e la Chiesa sono impegnati “alla reciproca collaborazione per la promozione dell’uomo e il bene del Paese” (Dalla Torre 2020: 47).

esaurienti possibili” e che quindi richiedono una procedura di manifestazione del consenso libero, scritto, consapevole, attuale e manifesto”. (Sent. n. 438/2008).⁶ Per quanto concerne la vaccinazione come principale strumento di lotta alla pandemia attraverso l’immunizzazione di massa il CNB è intervenuto con un importante parere dal titolo: *I vaccini e covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione* del 27 Novembre 2020, indicando anche il criterio di somministrazione:

Il CNB esclude dunque fin da ora il ricorso a lotterie o al criterio *first come, first served*: le prime perché basandosi sulla casualità, hanno come effetto la non considerazione delle differenze esistenti e delle particolari vulnerabilità; il secondo perché finirebbe con l’agevolare, in modo discriminatorio, chi ha più facilità di accesso ai vaccini, per ragioni logistiche o di possibilità di acquisire informazioni (CNB 2020c: 10).⁷ Il CNB tende così ad escludere l’utilizzo del criterio *first served* perché non considererebbe le reali situazioni di vulnerabilità, favorendo nel contempo chi si trova avvantaggiato nell’accesso ai vaccini. In questa fase è assolutamente cruciale conciliare l’etica clinica soggettiva con l’etica della salute collettiva nel bilanciamento dei rischi e benefici. Per il CNB sarebbe sempre preferibile non imporre alcun trattamento sanitario, ma indurre le persone attraverso l’informazione e la comunicazione ad accettare la misura con senso di responsabilità, se però l’obbligatorietà fosse l’unica strada per raggiungere la copertura vaccinale ottimale sarebbe doveroso percorrerla fino in fondo, in particolare per quelle categorie professionali a rischio di infezione e trasmissione del virus. Il rifiuto dell’interpretazione utilitaristica porterebbe quindi il CNB a riconoscere come unico criterio eticamente accettabile quello della valutazione medica oggettiva, caso per

⁶In un’altra decisiva Sentenza la n.5/2018, la Corte Costituzionale affermava un principio di ragionevolezza bioeticamente “prudenziale” che in considerazione della necessità di bilanciare i molteplici valori costituzionali coinvolti nella problematica delle vaccinazioni, dalla salute pubblica alla libertà personale alla solidarietà sociale: “Il legislatore può valutare discrezionalmente le modalità attraverso le quali assicurare una prevenzione efficace dalle malattie infettive, selezionando talora la tecnica della raccomandazione, talaltra quella dell’obbligo, nonché, nel secondo caso, calibrare variamente le misure, anche sanzionatorie, volte a garantire l’effettività dell’obbligo”, come avviene per le vaccinazioni dei bambini. La valutazione della tecnica da adottare si deve basare sulla scienza, tenendo conto delle diverse condizioni sanitarie ed epidemiologiche, accertate dalle autorità preposte, nonché delle acquisizioni, sempre in evoluzione, della ricerca medica. La scelta tra obbligo e raccomandazione va effettuata sulla base di precisi presupposti scientifici, in vista della copertura immunitaria della popolazione, ma tenendo conto anche dei potenziali fattori di rischio, sulla base dei dati scientifici ed esperienziali a disposizione.

⁷ Sul tema della vaccinazione come questione di salute pubblica rileva la mancanza e l’assenza di una legge (con tutte le incertezze sopra rilevate, data ancora la scarsità di conoscenze e evidenze disponibili) anche per definire l’assenza di vaccinazione come titolo legittimo per rifiutare l’erogazione e l’accesso a servizi ai non vaccinati, nonché per definire chi sono i soggetti obbligati al trattamento vaccinale e chi, non potendo esserlo, avrebbe comunque accesso.

caso, individuo per individuo, della condizione del paziente, della gravità e dell'urgenza, assieme ad un'attenta valutazione della possibilità di guarigione, senza ammettere deviazioni da questo criterio che introdurrebbero elementi arbitrari o aprioristici di discriminazione (Garasic 2018; Biss 2021). Uno degli aspetti presi in esame dal CNB rimanda proprio alla valutazione del rischio del danno riconnesso al bilanciamento dei costi-benefici di ogni intervento biomedico sul corpo umano compresi i vaccini, perciò:

Premessa indispensabile affinché alla pianificazione della distribuzione consegua un'auspicabile accettazione della vaccinazione da parte dei cittadini, è un'adeguata informazione e comunicazione. La comunicazione ai cittadini deve essere trasparente, chiara, comprensibile, consistente e coerente, basata su evidenze e dati scientifici. Una comunicazione non propagandistica, non paternalistica, che non lasci margini di incertezza, indicando i benefici attesi e i rischi. I benefici attesi si riferiscono all'immunità ottenibile, al grado di immunità e durata della stessa, ai tempi prevedibili per la protezione dal virus, alla prevenzione o alla riduzione della trasmissione e protezione da possibili re-infezioni. I rischi potenziali si riferiscono a effetti collaterali e a reazioni avverse (CNB 2020c: 12)⁸.

Inoltre il CNB sottolinea ancora una volta il principio del consenso informato come corretta informazione: “Va promossa una discussione pubblica sul tema per un confronto tra esperti e cittadini (nella linea del c.d. ‘public engagement’), con specifica attenzione alle preoccupazioni della popolazione. Una particolare attenzione dovrebbe essere rivolta all'identificazione delle fonti di disinformazione e di falsa informazione (evitando la diffusione delle fake news), con un attento monitoraggio” (CNB 2020c: 13). Per tale motivo dovrebbero essere fatti tutti gli sforzi per raggiungere e mantenere una copertura vaccinale ottimale. Il CNB riafferma che obbligo vaccinale sia revocato qualora non sussista più un pericolo importante per la società e sia privilegiata e incoraggiata l'adesione spontanea da parte della popolazione⁹.

⁸ Per avere un ulteriore approccio nel contesto internazionale si vedano le linee Guida in Gran Bretagna sull'obbligo vaccinale in ambito sanitario: General Medical Council (2020), *Coronavirus: your frequently asked questions*. www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-hub/covid-19-questions-and-answers; General Medical Council, (2019), *Good medical practice*, www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-medical-practice.

⁹ La normativa di riferimento in materia è la legge n. 119 del 2017 che prevede dieci vaccinazioni obbligatorie e quattro non obbligatorie, ma raccomandate. Salvo che non si dimostri l'impossibilità di sostenere il vaccino, ad esempio a causa di comprovate ragioni di salute, per chi non vaccina i figli è prevista l'irrogazione di una sanzione (da 100 a 500 euro) attraverso un iter particolare in cui la ASL territorialmente competente, una volta accertato l'inadempimento dell'obbligo vaccinale, avvia una procedura che prevede la convocazione degli esercenti la responsabilità genitoriale mediante invito scritto alla vaccinazione, eventualmente corredato di materiale informativo. Se non rispondono all'invito, l'ASL provvede a una nuova convocazione. Nel caso in cui gli esercenti la responsabilità genitoriale non si presentino al colloquio o, dopo di esso, non facciano somministrare il vaccino al minore, la ASL contesterà loro

Per tale motivo secondo il CNB la premessa indispensabile per la pianificazione della distribuzione vaccinale, conseguente ad una accettazione della stessa vaccinazione da parte dei cittadini, sarebbe necessaria una informazione e una comunicazione trasparente, chiara, comprensibile, consistente e coerente, basata su dati scientifici sempre aggiornati (con una specifica attenzione rivolta alla identificazione delle fonti di disinformazione e alla falsa informazione). Il parere del CNB si conformerebbe quindi al dettato costituzionale in cui la salute “è un bene giuridico” non solo individuale, ma sociale: la salute non si configurerebbe soltanto in un diritto fondamentale della persona, ma implica anche il dovere di ciascuno: “di non ledere né mettere in pericolo con il proprio comportamento la salute altrui, secondo il principio per cui il proprio diritto trova limite nel reciproco riconoscimento e nell’eguale protezione del diritto degli altri” (Corte costituzionale, Sent. n. 218 del 1994). La situazione epidemiologica in atto e la minaccia del virus per la salute sia individuale che collettiva, mostrerebbe con chiarezza l’interdipendenza tra le due dimensioni personale e generale del “bene salute”. La legittimità di un obbligo vaccinale è stata ribadita anche dal Consiglio di Stato nel parere n. 2065/2017: “La Costituzione non riconosce un’incondizionata e assoluta libertà di non curarsi o di non essere sottoposti trattamenti sanitari obbligatori (anche in relazione a terapie preventive quali sono i vaccini), per la semplice ragione che, soprattutto nelle patologie ad alta diffusività, una cura sbagliata o la decisione individuale di non curarsi può danneggiare la salute di molti altri esseri umani e, in particolare, la salute dei più deboli”. Perciò la Costituzione prevede che, con certe garanzie e limiti precisi, possa essere prescritto un determinato trattamento sanitario ma l’esegesi teleologica dell’articolo 32 della Costituzione richiede un ulteriore approfondimento¹⁰. Una prima analisi interpretativa del dettato costituzionale rimanderebbe al modello universalistico dell’assistenza sanitaria, gratuita e accessibile a tutti. Questo modello si riferiva all’idea originaria dei padri costituenti che nel rapporto Stato-cittadini, fosse l’istituzione pubblica ad erogare l’eccellenza delle prestazioni sanitarie, in modo da tutelare il diritto alla salute per tutti i cittadini senza discriminazioni o esclusioni. Ma all’interno dell’analisi di tale

formalmente l’inadempimento dell’obbligo vaccinale, con l’ultimo avvertimento che, se non dovessero far somministrare al minore il vaccino o iniziare/completare il ciclo entro il termine fissato dall’ASL stessa, sarà loro comminata la sanzione amministrativa pecuniaria. Essere in regola con le vaccinazioni è un requisito per poter accedere agli asili nido, alle scuole materne e ai connessi servizi integrativi, compresi quelli privati. Per le professioni sanitarie il riferimento normativo è l’art. 4 del D.L. n. 44/2021 che ha introdotto l’obbligo vaccinale per il personale sanitario.

¹⁰L’art. 32 Cost. che afferma: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. Per un’analisi completa ed esaustiva dell’art.32 si veda (Simoncini 2006).

principio costituzionale si dovrebbe inserire il secondo comma dell'art. 1 della legge 219 del 2017 contenente “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, sul divieto di operare ed effettuare interventi sanitari sul corpo dei pazienti cittadini, senza un esplicito consenso informato, superando il paternalismo medico e andando a costituire il paradigma dell'alleanza terapeutica. In questo dettato normativo fin dal primo articolo si affermano le tutela primarie: “il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata”. Tali tutele si fonderebbero proprio sul corollario del secondo comma dell'art. 32 Cost. richiamando un principio fondamentale del diritto assoluto della persona all'integrità fisica. Nessuno e in nessun caso può violare questa integrità che costituisce il “corpus” fondamentale della persona. Così non solo verrebbero vietate le sperimentazioni umane, ma ogni atto medico deve avere come presupposto una esplicita manifestazione e dichiarazione di consenso, proprio per garantire l'autodeterminazione relativa “sul corpo della persona”. Evidentemente nel rapporto di cura e nel rispetto del paradigma dell'alleanza terapeutica sussiste un'asimmetria “di e per” competenza tra persona-medico e persona-paziente. Il medico dovrebbe essere sempre *competent* e quindi conoscere e proporre una prognosi e una diagnosi corrette con un'opzione terapeutica conforme e appropriata “per il bene” della salute del paziente. In questo senso il ruolo del medico si manifesterebbe anche nella capacità di spiegare i vantaggi e di descrivere in modo comprensibile per il paziente cosa e come andrà ad operare “sul corpo del paziente”, quali sono le conseguenze, le avvertenze positive e negative, quali sono le controindicazioni e i margini di rischio insiti in ogni attività medica. Per tale motivo il rapporto fiduciario sarebbe garantito dal dettato della stessa legge 219 del 2017: “È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico”¹¹. Nell'ambito della libertà di cura si giungerebbe quindi oltre al diritto di

¹¹ Legge 219/17 art.1 comma 2. Inoltre sempre la Corte Costituzionale nella Sentenza n.438/2008, ha sancito: “il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che “la libertà personale è inviolabile”, e che “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”. In questo ambito l'interpretazione letterale del dispositivo normativo in oggetto non solo riafferma il principio decisionale sulla libertà personale dell'art. 13 Cost., ma nega la possibilità che si possa inficiare tale principio dall'esterno con una imposizione coatta o coercitiva. Il limite della libertà personale come libertà di cura si trova solo nella perdita della capacità di agire intesa come capacità di intendere e di volere ex art.3 c.c. Solo perdendo la capacità di autocontrollo e la predeterminazione degli effetti e della causazione

rifiuto delle cure, coinvolgendo il “diritto al silenzio, a non sapere” delle proprie condizioni di salute, della prognosi anche ad esito infausto e delle possibili terapie¹². In questo ambito il *favor vitae* ordinamentale, che coinvolge in ambito collettivo e pubblico la *salus populi* come elemento fondante per la tutela della salute pubblica (del popolo), sembrerebbe che si trovi a confrontarsi con il diritto “privatissimo” di non sapere e di non curarsi. L’art.1 comma 5 della legge 219 del 2017 tenderebbe a rimarcare implicitamente questo principio dell’autodeterminazione relativa:

Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l’interruzione del trattamento.

Naturalmente il rapporto asimmetrico medico paziente, in riferimento alla competenza e all’abilitazione professionale, si fonderebbe proprio sul presupposto che il medico abbia non solo “a cuore” la vita e la salute del paziente (*best interest*); ma persegua con un continuo aggiornamento professionale il *wellness* totale del paziente. Il fine dell’attività medica dovrebbe essere proprio la valutazione accurata delle condizioni del benessere del paziente, finalizzate al raggiungimento della sua presa in carico e della sua cura. Qualora si manifestasse una “frattura” e si “incrinasse” questo legame fiduciario (e il paziente perdesse la fiducia nel medico che sta incarnando la scienza medica ufficiale), si lederebbe irrimediabilmente anche il legame fiduciario cittadino-sanità pubblica statale. Su un tale presupposto si manifesterebbe, paradossalmente e al contrario, l’esercizio legittimo della propria insindacabile libertà di cura, esplicitamente prevista nella legge 219/17 nella disciplina di tale rapporto.

dell’atto volontario doloso o colposo, si può cessare di essere autori di quell’atto. Così la *suitas* come relazione di imputazione dell’autore/atto perde tale connessione solo nell’accertamento della *diminutio* capacitativa. Un ambito molto ristretto ed “eccezionale” rispetto alla normale capacità decisionale di manifestazione del proprio consenso consapevole. Per cui l’ordinamento protegge e riafferma la primazia di questa libertà originaria e fondativa che può giungere anche a disporre “del e sul” proprio corpo della propria salute: il diritto alla salute si trasformerebbe quindi in diritto sulla salute.

¹²Cfr. la Legge n.219/2017 in cui al comma 3 dell’art.1 si riafferma il principio del c.d. “diritto di non sapere”: “Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l’eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella”.

Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali¹³.

Quindi nessuna imposizione sarebbe possibile all'interno del paradigma del consenso informato se non nell'accertamento della perdita parziale e/o totale della capacità di agire (Razzano and Balduzzi 2019; Carminati 2018; Fontana 2019; Oppes 2019). Da questo punto di vista il diritto di libertà di cura di rango costituzionale avrebbe la possibilità di manifestare il limite dell'ingerenza pubblica statale nella libertà individuale sulla salute, non solo nel diritto di non contattare o allertare il medico delle proprie condizione di salute (all'interno del diritto personale alla riservatezza), ma anche in caso di ricovero o di emergenza ospedaliera, potrebbe continuare ad esercitare *continuamente la propria libertà di accettare o rifiutare la cura proposta*, al di là della sua efficacia o delle probabilità di riuscita. In questo senso il principio della libertà di cura, vige anche nell'emergenza pandemica, con la conseguenza che la richiesta dell'obbligo vaccinale si configurerebbe nell'ambito di una nuova legislazione ordinaria sull'obbligo vaccinale per l'emergenza sanitaria e non potrebbe prevedere in nessun caso alcuna costrizione fisica, ma solo strumenti di incentivazione o disincentivazione (anche sanzionatori) tali da promuovere e favorire la decisione sul consenso alla vaccinazione obbligatoria, soprattutto per l'accesso ad alcuni uffici o servizi pubblici¹⁴.

3. La metafisica della pandemia

L'emergenza pandemica ha fatto emergere non solo questioni biogiuridiche e di filosofia della medicina, attivando un serio dibattito biopolitico sulle restrizioni e le limitazioni delle libertà fondamentali conseguenti all'emergenza sanitaria, strettamente connesse alle questioni biogiuridiche sulla libertà di cura.

¹³ Legge 219/17 art.1, comma 6.

¹⁴ La previsione di obblighi vaccinali anti-covid e le ricadute sul rapporto di lavoro hanno aperto un importante dibattito tra gli esperti che tocca i temi dell'autodeterminazione e della utilità collettiva, nel bilanciamento tra l'art. 32 della Costituzione con i principi generali del diritto del lavoro. Infatti, se è innegabile il diritto del datore di lavoro di non esporsi ai rischi gravi di un possibile inadempimento, nascente dal mancato rispetto dei suoi obblighi di tenere sicuro l'ambiente di lavoro, d'altro canto è del tutto legittimo il principio per cui un lavoratore possa rifiutarsi di sottoporsi a vaccinazione, in quanto mancando uno specifico obbligo giuridico, rifiutare il vaccino costituisce una prerogativa individuale garantita costituzionalmente. Esercitando il diritto a non essere sottoposto obbligatoriamente ad un trattamento sanitario, se non per disposizione di legge, che impedisca la legittimità di rifiutare la inoculazione del vaccino. (Gragnoli, 2021: 1-12; Pigliararmi and Benincasa, 2021: 1-22).

Per affrontare sul piano filosofico la crisi pandemica da Covid-19 appare necessaria non solo una riflessione inerente alla bioetica della medicina, quanto una riflessione filosofica sulla stessa “verità scientifica” applicata alla biomedicina, per verificare i presupposti e le cause profonde che avrebbero originato le applicazioni di tali misure biopolitiche nell'emergenza sanitaria “eccezionale”. Questo stato di eccezione secondo Agamben avrebbe fatto riemergere, attraverso la “questione sanitaria”, la “questione della tecnica” nella società contemporanea, in cui la contraddizione tra la presunzione delle verità scientifiche supportate dalle biotecnologie (nel loro sviluppo tecno-ottimista) e il problema di una scienza (medica) come “tecnica” appunto, (come mera presunzione di “saper fare, saper compiere operazioni per risolvere i problemi”), si trasformerebbe inevitabilmente in una nuova “biopolitica del controllo sociale”, per la gestione delle singole vite: “I would remind a young person taking his first steps in science to never sacrifice an ethical principle to his own will to know”(Pensotti 2020: 108). Il rischio non solo potenziale di una “biotecnicizzazione” del sapere scientifico, sarebbe costituito da una riduzione biopolitica, che fa involvere e regredire la sapienza in-sapienza. Tale processo regressivo sarebbe rinvenibile secondo Agamben, già nella stessa condizione umana¹⁵. Questo processo involutivo risulterebbe aggravato dalla stessa comunicazione pubblica della verità scientifica (come premessa dello stato di eccezione), in cui il processo mistificatorio sarebbe continuo e alimentato da un sistema sociale di *biogovernance*, che secondo Agamben non avrebbe interesse a riconoscere una verità non mediata dalle notizie.

In a society that is no longer able to distinguish true from false, news necessarily tends to replace reality. The media operate on this omnipervasive substitution of news for reality. Today's media are a key tool of politics precisely because they guarantee this replacement that is so essential to the functioning of the system. In a world where only news exists, only the dominant news is true and, at the limit, no news is more true than another (Pensotti 2020:107).

L'assoggettamento passivo a questa *hybris* prometeica (eterodiretta dal biopotere) sospenderebbe i diritti fondamentali dei cittadini per imporre un criterio esteriore di mera sopravvivenza vegetativa (Agamben :106) In questo senso per Agamben la “metafora” del virus invisibile, esprimerebbe una

¹⁵ While the animal adapts its bodily functions to natural conditions, man deactivates them, entrusting them to artificial instruments. Thus, every exosomatic technical progress corresponds to a regression of the endosomatic functions. But if this regression goes beyond a certain limit, then the very survival of the species is called into question” (Pensotti 2020, 108).

possibilità sempre costante di autolimitazione della nuda vita: “The enemy, the virus, is invisible and always present and must be fought with no truce in every moment of one’s existence” (Pensotti 2020: 108). Su questo piano e a questo livello di argomentazione la conseguenza di questa impostazione strumentale della non verità potrebbe operare una continua “imposizione” biopolitica, una sorta di impostura tecnocratica per il governo delle vite: “What is most impressive in what we are experiencing is that - at any price— a naked life is kept separate in an abstract way from an intellectual and spiritual life. Then, it is imposed not as a criterion of life, but of mere survival” (Pensotti 2020: 106). Ma ciò che rileva in tale impostazione filosofico politica, non sta tanto nell’*irrealtà denudata* dell’emergenza pandemica, quanto nella dialettica del biopotere tecnologico e nella pretesa di *governance* globale della vita personale (D’Agostino 2001; Esposito 2008, 2004). In questo ambito già Jonas aveva individuato come: “Il potere tecnologico è collettivo, non individuale. Quindi, solo il potere collettivo, e ciò significa alla fine quello politico, può frenarlo. Questo però nelle democrazie parlamentari parte dal popolo, il quale sceglie i suoi governi e la cui volontà essi devono eseguire. Per questo attraverso la libertà politica anche ogni singolo è soggetto del nuovo dovere” (Jonas 1985: 246). Questa importante affermazione di Jonas sancisce un principio di libertà fondamentale assoluto, il dovere di prendersi cura, (innanzitutto di se stessi). La crisi innescata dalla emergenza pandemica avrebbe fatto riemergere il senso profondo del paradigma della libertà di cura, che non va inteso solo come diritto di accesso alle cure o di rifiuto delle cure. La crisi pandemica costituirebbe un evento epocale, anche se storicamente ciclico, che avrebbe messo in evidenza la caduta del paradigma tecno-ottimista e scienziato, che a sua volta si sarebbe improvvisamente trovato totalmente impreparato sul piano della ricerca e della comunicazione scientifica, sul piano della prevenzione dei piani pandemici, sul piano dell’allocazione delle risorse sanitarie e sulle risposte terapeutiche (Spagnolo and Sgreccia, 1996). Anche il settore privato *profit* delle aziende farmaceutiche (*big pharma*) non avrebbe offerto una risposta immediata e adeguata, perché nessuno aveva investito (o scommesso) su una imminente pandemia, nonostante i ripetuti e isolati allarmi sui rischi pandemici. Quindi la “questione pandemica” si sposterebbe immediatamente da problema di gestione e *governance* sanitaria, ad un livello di biopolitica sanitaria. Ma emergerebbe un altro livello più metafisico che concerne la pandemia storicamente configurata e narrata “come peste”, quello della stessa condizione ontologica umana. Infatti l’emergenza pandemica farebbe emergere molteplici problemi biogiuridici, bioetici e biopolitici sull’eziologia stessa della pandemia, sulla natura e sulle conseguenze sociali

innescate dalle diverse “fratture” in diversi ambiti sociali, giuridici e biopolitici. La stessa *governance* dell’allocazione delle distribuzioni delle risorse sanitarie sarebbe oggetto di numerose interpretazioni e criticità. Inoltre emergerebbero nel dibattito sull’etica pubblica, le stesse questioni inerenti la libertà di cura, la salute pubblica e l’obbligo vaccinale. Tutti ambiti che ricordano come l’emergenza pandemica si potrebbe collocare in un ambito storico-biopolitico della medicina delle “catastrofi”. Il termine catastrofe deriva dal latino “catastrōpha, catastrophē”, col significato proprio di “rivolgimento, rovesciamento”, esprimerebbe esattamente questo capovolgimento generato dalla pandemia mondiale. In questo senso la pandemia “universale” avrebbe evidenziato un’altra “semantica decisiva”, riportando all’attenzione il termine desueto di pestilenza o peste dal latino *pestis*, che significa propriamente “distruzione, devastazione, “grande malattia”, affine alla voce *pestus*, nel senso di “cattivo, crudele”. In particolare la pandemia rimanderebbe sempre ad un significato “nefasto e globale” in cui la vicenda del “male essere” sociale scatenato dalla “grande malattia”, diventerebbe “pessimo, peggiore”, ancora più grave, perché distruggerebbe ed eliminerebbe la stessa vita, così da “far perdere” il bene comune più prezioso e indispensabile. Una sorta di *vulnus* inflitto come una violazione abnorme, che genera un peggioramento delle condizioni di salute di tutti e che mette a rischio la stessa sopravvivenza sociale, generando l’aumento in termini assoluti dei decessi e un terrore diffuso¹⁶.

Proprio in questo ambito si colloca la riflessione su quella che il filosofo Givone ha definito “la metafisica della peste” e che possiamo definire la metafisica della pandemia. Givone riflette proprio sulla fatalità della catastrofe, cercando di individuare fin dall’inizio il senso profondo della causa pandemica, il “perché” della pandemia e soprattutto se sussiste un nesso di casualità nascosto, una *suitas* da imputare a

¹⁶Anche in questo caso è rilevante l’etimologia del termine “terrore”, che è da ricondursi al verbo latino *terreo* o *terseo*, che significa letteralmente “fare tremare, impaurire”, da cui deriva anche il verbo “atterrire”: esattamente l’esperienza sociale diffusa e vissuta con la pandemia. Inoltre l’aumento dei decessi collegati all’emergenza sanitaria ha fatto riemergere i dati sul saldo naturale nell’anno del Covid in cui si è verificata la c.d. ‘tempesta perfetta’ per la demografia, che si sarebbe manifestata nel dato del 2020 in cui il saldo tra nati e deceduti è stato simile al 1918 alla fine della Prima Guerra Mondiale. Questo grave aspetto frutto delle conseguenze inevitabile dell’emergenza pandemica si sarebbe evidenziato durante la pandemia. L’impatto demografico avrebbe manifestato un effetto “devastante” soprattutto sul piano del saldo naturale tra i decessi e i nuovi nati e per i “numeri assoluti” che hanno definito uno status simile a quello di guerra, come affermato da , Presidente dell’ Istat (G. C. Blangiardo, *Primi riscontri e riflessioni sul bilancio demografico del 2020*, Istat, 1 febbraio 2021, <https://www.istat.it/it/archivio/241844>). L’aspetto demografico del Covid avrebbe quindi aggravato il già debole saldo naturale, aumentando il numero assoluto dei decessi e facendo diminuire le nuove nascite: “La demografia è uno dei principali ambiti colpiti dalla pandemia, sia per l’effetto diretto sull’aumento della mortalità, sia per le conseguenze indirette sui progetti di vita delle persone. Inoltre, come ben noto, la situazione del nostro paese risultava su questo fronte già da molto tempo particolarmente fragile e problematica” (Rosina 2020: 6).

qualcuno o qualcosa per espiare una colpa originaria commessa: “Da questo punto di vista non c’è nulla da espiare, se non il fatto di vivere. Come dire che ogni uomo deve espiare una colpa che non ha commesso” (Givone 2012: 359). La peste “denuda” la condizione umana rendendola fragile e miserevole (nel senso etimologico di *suscitare pietà e compassione*). La tragedia della peste costringerebbe alla riflessione sul limite sull’indisponibile, sulla malattia non voluta, sulla sofferenza inattesa, su una forza distruttiva che sconfigge e vince sulle singole volontà che non hanno colpa: “La metafisica della peste fa segno ad una soluzione in cui la colpa e il destino stanno (o cadono) insieme. C’è come un destino nel fatto di dover riconoscere la propria colpa. Ma colpa perché, se non per ciò che incombe per un destino?” (Givone 2012: 201). Il destino richiamerebbe la dimensione ontologica dell’essere umano, la sua fragilità esistenziale e la sua vulnerabilità di fronte alle avversità della natura:

La peste chiama. Mette di fronte ad un’alternativa: se restare o se fuggire.[...] Secondo Jasper scoprire nella peste un destino, cioè sollevare la questione della colpa, è già mettere in questione il senso dell’essere – precisamente quel senso dell’essere che secondo Heidegger la metafisica dimentica non avendo occhi per esso. Anche Heidegger vide arrivare le peste per tempo e trovò la parola esatta per nominarla: destino (Givone 2012: 200).

Givone esamina questo destino anche nell’accezione di una peste non estranea all’uomo, che lo identifica e sarebbe autogenerata, una peste “umana, troppo umana”, direttamente causata dall’uomo, con le sue attività distruttive e mortifere, che connotano tutto l’arco della storia umana. Ma la ciclicità storica delle pandemie e soprattutto la previsione che potesse arrivare anche l’attuale ondata pandemica e che fosse prevedibile e “naturale” aspettarsi il rischio del contagio e della variante che hanno generato la crisi da Covid-19, farebbe sorgere le stesse domande che Givone si poneva nella sua riflessione pre-pandemica e che riguardano tutte le “pesti” della storia, come se ci fosse un “destino da compiere”, in cui sia possibile scrutare un significato ulteriore:

È la stessa imperscrutabilità o se vogliamo gratuità della ricaduta nello stato di natura a convertire in destino un fatto: perché un fatto è la peste, un fatto che diventa destino. Scatenandosi, infuriando, la peste – sia in senso proprio, sia in senso metaforico, nel caso ad esempio di guerra come la peste, dell’ideologia come peste, del linguaggio che può farsi appestato, e così di seguito – porta alla luce la possibilità impossibile

che noi siamo. Possibilità di essere esposti alle forze ostili che ci minacciano non solo fino all'annientamento ma anche oltre, e cioè fino alla nostra riduzione a esseri viventi che continuano a vivere benché annientati, benché ridotti a cose. Ed è ben questa una possibilità impossibile. Non solo tutto in noi si oppone ad essa. Ma tutto ciò che noi siamo – vale a dire persone, soggetti di diritti, ma prima ancora individui che chiedono pietà, essendo capaci di amare – si costituisce e si fonda sulla negazione di quella ricaduta nello stato di natura che pure è sempre di nuovo possibile, anzi reale. La nuda vita, ossia la vita nello stato di natura, è la forma di esistenza di fronte a cui si leva sommessamente la voce che dice: se questo è un uomo (Givone 2012: 396).

La nuda vita sarebbe presente quindi nel “nudo fatto di essere” esposti alla peste, di essere vittima di qualcosa che sfugge alla comprensione e alla giustizia umana. In questo senso la peste sarebbe sempre immeritata, ingiusta, eppure “arriva”. Su questo punto emerge il collegamento profondo con la riflessione della perdita e della sconfitta dell'ultimo uomo di Agamben: “Nella casa che brucia continui a fare quello che facevi prima – ma non puoi vedere quello che ora le fiamme ti mostrano a nudo. Qualcosa è cambiato, non in quello che fai, ma nel modo in cui lo lasci andare nel mondo” (Agamben 2020: 18). Persiste in Agamben questa esegesi della dissoluzione dell'uomo, in cui rimane solo una nuda vita, apparentemente priva di significato e di senso, a cui rimane solo una parola, ancora una sete di verità¹⁷. Nella perdita del senso Agamben vede un oltre uomo che avrebbe la forza di rinascere per testimoniare la verità. In questo dialogo a distanza tra Givone e Agamben, emerge il valore della mera testimonianza di sé, della prova della *presenza* di sé, innanzitutto attraverso il dovere di accertamento della non verità, della denuncia della menzogna. Il testimone, che non può enunciare la verità, può denunciare la menzogna. La denuncia della non verità non è, però una testimonianza. È una profezia che, come tale, non può essere ascoltata da chi ha smarrito la verità. E tuttavia, alla domanda se questo è un uomo dobbiamo rispondere: sì, chi mente è ancora un uomo, che in quanto erra per la non-verità, ha ancora a che fare con la non verità (Agamben 2020: 85-6). In questo senso il testamento del testimone di Agamben non è meramente scettico o un trionfo della menzogna finale, ma in realtà accetterebbe di permanere, di rimanere in un'*erranza* della parola con la sua testimonianza nella sua solitudine, nell'essere nella nuda vita, forse non più in conflitto con se stesso,

¹⁷ Insiste Agamben su questa visione annichilente dell'umanità: “L'uomo oggi scompare, come un viso di sabbia cancellato nel bagnoasciuga. Ma ciò che ne prende il posto non ha più un mondo, è solo nuda vita muta e senza storia, in balia dei calcoli del potere e della scienza” (Agamben 2020: 19).

rinunciando alla verificabilità delle sue parole, assolutamente “solo”. I suoi gesti, le sue parole sono simili a quelli che facciamo e mormoriamo quando nessuno ci vede: per questo il testimone non può mentire, non ha più nessuno da ingannare – nemmeno se stesso. La testimonianza è costitutivamente in abbandono, nessuno può testimoniare per il testimone, nemmeno il testimone (Agamben 2020: 73). In questo senso in Agamben rimane solo il “gesto” della “presenza”, che potrebbe superare l’assenza di significato.

4. Bibliografia

- Agamben, G. (2020), *Quando la casa brucia* (Macerata: Giometti Antonello);
- Bertè, D. *et al.* ‘Creare e gestire un reparto “end stage” per malati COVID-19 positivi’, 22/2020, *RICP*: 64-69;
- Biss, E. (2021), *Immunità. Vaccini, virus e altre paure*, (Roma: Luiss University Press);
- Carminati, A. (2018), *Libertà di cura e autonomia del medico. Profili costituzionali*, (Bari: Cacucci);
- D’Agostino, F. (2000), *Bioetica e Biopolitica. Ventuno voci fondamentali*, (Torino: Giappichelli Editore);
- D’Agostino, F. (2001), ‘Zoé, bios, psyché: fondazione concettuale e conseguenze pratiche del discorso sulla vita’, in Barcellona P., *Nuove frontiere del diritto. Dialoghi su giustizia e verità* (Bari: Dedalo);
- D’Agostino, F. (2020), “La pandemia da nuovo coronavirus e la quarta età: problemi di giustizia” in C. Caporale and A. Pirni (eds.), *Pandemia e resilienza, Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la Covid-19*, Consulta Scientifica del Cortile dei Gentili Pref. G. Amato, (Roma: CNR Edizioni) 71-78;
- D’Avack, L., (2020), ‘Covid-19: criteri etici’, in *1S BioLaw Journal-Rivista di Biodiritto*, ;
- Dalla Torre, G. (2020), ‘Una Chiesa all’altezza dei tempi’ in Alici L., De Simone G., Grassi P., *La fede e il contagio nel tempo della pandemia*, Quaderni di Dialoghi, (Roma: Ave) 46-49;
- Dawson, A. *et al.* (2020), ‘Key ethical concepts and their application to COVID-19 research’, 13.2 *Public Health Ethics* 127-132;
- De Angelis, M. *et al.* ‘Le cure palliative nella pandemia da SARS-CoV-2: esperienze italiane e internazionali a confronto’ 22/2020, *RICP* :54-63;
- Esposito, R. (2004), *Bios*, (Torino: Einaudi);
- Esposito, R. (2008), *Abbandonare la politica. Bios, zoé, vita* in L. Bazzicalupo, (a cura di), *Impersonale. In dialogo con Roberto Esposito*, (Milano: Mimesis);
- Fontana, G. (2019), *Ricerca scientifica e libertà di cura. Scientismo ed antiscientismo nella prospettiva costituzionale*, (Roma: Editoriale Scientifica);
- Garasic, M. D., *La coscienza di Ippocrate. Vaccini, fine vita, obiezione di coscienza e altri problemi di etica e medicina*, (Roma: LUISS University Press);
- Givone, S. (2012), *Metafisica della peste. Colpa e destino*, (Torino: Einaudi);

Gragnoli E., 'L'epidemia, la vaccinazione, il rifiuto e l'ultimo provvedimento normativo', 2/2021, *Rivista nuova di diritto del lavoro, Lavoro Diritti Europa* 1-12;

Jonas, H., (1985), *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, (Torino: Einaudi);

Matzo, M. and Wilkinson, A. 'Palliative care considerations in mass casualty events with scarce resources' 7/2009, *Biosecur & Bioterr.* 199-210;

Mcneill, H. (2020) *La peste nella storia. L'impatto delle pestilenze e delle epidemie nella storia dell'umanità*, (Milano: Res Gestae);

Oppes, M. (2019), *La cura tra individualismo e personalismo. Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento dopo la Legge 219/2017*, (Firenze: Pontecorvoli Editore).

Palazzani L.(1996), *Il concetto di persona tra bioetica e diritto*, Giappichelli: Torino;

Palazzani, L. (2020), 'La pandemia Covid-19 e il dilemma per l'etica. Quando le risorse sono limitate: chi curare?', in N.1S *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto*, 359-370;

Palazzani, L. (2020), 'La pandemia da Covid-19 e il dilemma etico: chi curare?', In C. Caporale e A. Pirni (a cura di), *Pandemia e resilienza, Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la Covid-19*, Consulta Scientifica del Cortile dei Gentili Pref. di G. Amato, (Roma: CNR Edizioni) 1-9;

Pensotti A. (2020), 'Where is Science Going? An Interview with Professor Giorgio Agamben', Vol. 4, No. 2, *Organisms - Journal of Biological Sciences, Special Section: COVID-19 Pandemic* 105-109;

Pigliarmini G. and Benincasa G., 'Covid-19 e obbligo giuridico di vaccinazione per il dipendente', n. 1/2021 *WP Salus* 1-22.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, 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;

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica, *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, 28 Maggio 2020;

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica(2020a), *La sperimentazione biomedica per la ricerca di nuovi trattamenti terapeutici nell'ambito della pandemia covid-19: aspetti etici*, 22 Ottobre 2020;

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica, (2020b), *Covid-19 e bambini: dalla nascita all'età scolare*, 23 Ottobre 2020;

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica (2020c), *I vaccini e Covid-19: aspetti etici per la ricerca, il costo e la distribuzione*, 27 Novembre 2020;

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica (2021), *Passaporto, patentino, green pass nell'ambito della pandemia Covid-19: aspetti bioetici*, 30 Aprile 2021;

Razzano, G. and Balduzzi, R. (2019), *La legge n. 219/2017 su consenso informato e DAT fra libertà di cura e rischio di innesti eutanasi*, (Torino: Giappichelli);

Rosina, A. (2020) "Introduzione", in Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento delle politiche della famiglia, *L'impatto della pandemia di covid-19 su natalità e condizione delle nuove generazioni, Primo rapporto del Gruppo di esperti "Demografia e Covid-19"*, (Firenze: Istituto degli Innocenti) 6-15;

Rosoff, PM., 'A central role for palliative care in an influenza pandemica', 9/2006, *J Pall Med.* 1051-3;

Sandel, M. (2016), *Contro la perfezione. L'etica nell'età dell'ingegneria genetica*, (Milano: Vita e Pensiero);

Sapelli, G.(2020), *Pandemia e resurrezione* (Milano-Firenze: Guerini e Associati-GoWare);

SIAARTI (2020), *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*, versione 01, Pubblicato il 06.03.2020;

Simoncini, A. and Longo, E. (2006), 'Art. 32', in Bifulco R., Celotto A., Olivetti M. (eds), *Commentario alla Costituzione* (Milano: Utet);

Spagnolo G., Sgreccia E. (ets.) (1996), *Etica e allocazione delle risorse nella sanità*, (Milano: Vita e Pensiero).