



Fragilidade e fragmentação do direito à saúde em tempos de pandemia¹

Fragilidad y fragmentación del derecho a la salud en tiempos de pandemia

Fragility and Fragmentation of the Right to Health in Times of Pandemic

■ Ludovica Durst

e-mail: ludovica.durst@uniroma1.it

Palavras-chave: emergência sanitária, pessoas vulneráveis, desigualdade, direito à saúde

Palabras-clave: emergencia sanitaria, personas vulnerables, desigualdad, derecho a la salud

Keywords: health emergency, vulnerable subjects, inequality, right to health, fundamental rights

Resumo

A emergência sanitária da covid-19 levou a uma crise sanitária, econômica e social que atingiu particularmente pessoas vulneráveis. O artigo examina, brevemente, a resposta dada pelo ordenamento jurídico para proteger pessoas vulneráveis, destacando como o próprio direito à saúde, que tem status constitucional, sofreu tensões e fragmentações internas até então inéditas.

Abstract

The covid-19 health emergency has resulted in a health, economic and social crisis which has particularly affected vulnerable people. The contribution briefly examines the response offered by the Italian legal system with special regards to the protection of vulnerable subjects, highlighting how the right to health itself, which enjoys a constitutional status, has undergone unprecedented internal tensions and fragmentations.

¹ O presente ensaio, com algumas modificações, foi extraído de Caporale, Collicelli e Durst (2022).

A emergência da covid-19 na Itália: entre as crises sanitária, econômica e social

O *Relatório Anual 2021* do Instituto Nacional de Estatística (Istat, 2021) sobre a situação da Itália, examinando as repercussões negativas da crise econômica e social que se seguiu à crise sanitária, dedicou um capítulo inteiro ao que se chamou de *choque organizacional* causado pela emergência da covid-19. Não se trata apenas do impacto demográfico (nos nascimentos, casamentos, mortes, mobilidade e estilos de vida), mas também das consequências para a saúde causadas pela pandemia, que assistiu, em particular, ao agravamento das condições de fragilidade (a exemplo da população idosa), acompanhado de uma diminuição significativa dos serviços prestados durante a fase de emergência.

Como muitos têm observado, essa diminuição encontra suas causas estruturais nos cortes feitos em anos anteriores em recursos econômicos, leitos e pessoal de saúde, aos quais se somaram, para fazer frente à gestão de pacientes com covid-19, a necessidade de enxugamento, reorganização ou suspensão de serviços, atrasos e até mesmo renúncias de serviços por parte dos próprios pacientes.

A consequência mais evidente durante a pandemia foi a pressão decisiva sofrida pelo sistema de saúde territorial, que, além de sofrer uma queda de 7% nos serviços intransferíveis (equivalente a 2 milhões de serviços), teve uma redução de 24% no total de serviços no último ano. De modo geral, os conhecidos problemas de desigualdade que atingiam o Serviço Nacional de Saúde (SNS) – escassez de recursos, problemas relacionados às exigências de equilíbrio e à adequação de recursos financeiros, diferenciação regional e deficiências na organização da saúde – foram agravados e ampliados pelos efeitos da pandemia, que afetaram negativamente o equilíbrio demográfico e a sociedade como um todo.

Os dados estatísticos coletados atestam e confirmam, portanto, que a característica marcante da emergência sanitária que ainda vivemos é a de uma *pandemia desigual*, que tem penalizado, particularmente, os sujeitos mais vulneráveis e frágeis – significando, por fragilidade e vulnerabilidade, a condição particular em que a pessoa humana se encontra de forma permanente ou contingente, ambas de tipo natural (menoridade, velhice, deficiência, gravidez), e situação contingente (pobreza, doença, encarceramento, migração, sofrimento físico, psicológico e ambiental) e que, por isso, requer proteção especial. Não por acaso, o capítulo III da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (Carta de Nice)² é especificamente dedicado à vulnerabilidade, reconhecendo os direitos das crianças (art. 22), dos idosos (art. 23) e das pessoas com deficiência (art. 24).

Entre os sujeitos frágeis ou vulneráveis que sofreram particularmente os efeitos da pandemia, encontram-se, sem dúvida, pessoas em condições de forte exclusão social, como migrantes e grupos populacionais desfavorecidos. Como mostram alguns relatórios recentes dedicados à detecção de problemas relacionados à sustentabilidade social, essas categorias têm sido mais expostas e menos alcançáveis (*hard to reach*), em termos tanto de

² N.T.: A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (Carta de Nice) foi assinada em Nice (França) em 26/02/2001, tendo entrado em vigor em 01/02/2003. Ver: <https://www.europarl.europa.eu/about-parliament/pt/in-the-past/the-parliament-and-the-treaties/treaty-of-nice>

dificuldades de acesso aos serviços de proteção à saúde, quanto das consequências sociais da pandemia, que ampliaram desigualdades e dificuldades (Intersos, 02/2021)³.

Necessidades de saúde e escassez de recursos: as ‘escolhas trágicas’ na ‘pandemia desigual’

Do ponto de vista estritamente sanitário, todos nos lembramos de como o problema da definição de critérios prioritários de acesso aos tratamentos e às terapias intensivas foi particularmente crítico e controverso devido à *escassez de recursos* no que diz respeito às necessidades de saúde, especialmente durante a fase aguda da pandemia. Basta pensar no documento em que a Sociedade Italiana de Anestesia, Analgesia, Ressuscitação e Terapia Intensiva (Siaarti) propôs uma possível alocação, recorrendo – para desobrigar, ao menos parcialmente, os médicos intensivistas das responsabilidades de escolha ética (e legal) – aos discutidos critérios de *maior chance de sobrevivência* e *expectativa de vida*, considerados em larga medida inadequados para garantir um equilíbrio suficiente com outras necessidades importantes, como, em particular, a proteção dos sujeitos mais frágeis – particularmente relevante em nosso sistema de valores (inclusive os constitucionais) (cf. Collicelli *et al.*, 2020).

Destaca-se, portanto, positivamente, que aos chamados sujeitos *frágeis* foi reconhecida a prioridade na campanha de vacinação contra a covid-19, no que diz respeito não apenas às pessoas com deficiências graves, mas também a seus cuidadores, graças à atualização da lista de doenças consideradas de alta vulnerabilidade, inclusive as raras. O plano de vacinação identificou as seguintes categorias prioritárias: pessoas com alta fragilidade; pessoas nas faixas etárias de 60 a 69 anos e de 70 a 79 anos; e pessoas vulneráveis com menos de 60 anos (por apresentarem comorbidades e/ou patologias).

Porém, a emergência sanitária também revelou inúmeros problemas decorrentes da prioridade do atendimento de pacientes com covid-19 em relação a outras patologias, por exemplo, devido à necessidade de reorganizar estruturas e departamentos. Os problemas de acesso e tratamento encontrados por quem sofre de patologias que não a covid-19 durante a emergência, no que diz respeito à alteração das vias regulares de prevenção, diagnóstico e tratamento e ao aumento das listas de espera, foram de tal ordem que levaram a se falar em uma verdadeira *saúde suspensa* para 52% dos italianos. Isso, de forma urgente, chamou a atenção pública para o problema da *não referenciabilidade* dos tratamentos (para doenças crônicas, oncológicas e raras) ou o direito aos tratamentos e sua continuidade. Esse número, assinalado no *Relatório da Fundação Itália na Saúde* (Fis, 1/2021), pode ser mais bem compreendido se levarmos em conta que somente os doentes crônicos, segundo o Observatório Nacional da Saúde nas Regiões Italianas, constituem quase 40% da população do país, ou seja, 24 milhões de pessoas, das quais 12,5 milhões têm multicronicidade.

³ Um olhar sobre a escala global do crescimento das desigualdades relacionada à pandemia é fornecido pelo *briefing paper* da Oxfam International (01/2021).

A partir desses dados, pode-se perguntar: qual direito à saúde é, portanto, protegido?

Por um lado, não se pode negar que o contexto da pandemia determinou uma *redescoberta da fundamentalidade* do direito à saúde, o que levou, no âmbito do debate doutrinário, a se refletir novamente sobre a centralidade e prevalência do direito à saúde no equilíbrio com outros direitos e liberdades constitucionais no contexto da emergência sanitária. Por outro lado, as diversas gradações que têm sido encontradas no campo da proteção à saúde e da garantia da prestação de serviços de saúde demonstram uma *fragmentação* do próprio direito à saúde, o que coloca problemas igualmente delicados para seu equilíbrio interno.

A saúde como 'direito fundamental do indivíduo e no interesse da comunidade' na Constituição italiana

A fragmentação aqui destacada aparece como um traço em parte inédito, mesmo diante de um direito que já há algum tempo vem sendo apontado pela doutrina constitucional como *bifacetado*, por se referir tanto ao indivíduo quanto à comunidade, e como *multifacetado*, devido aos diferentes conteúdos atribuíveis ao art. 32 da Constituição, em que a saúde é reconhecida e protegida. Na verdade, o direito à saúde inclui tanto os direitos à vida e à proteção psicofísica, a um meio ambiente saudável e à livre escolha de cuidados (com as características típicas dos direitos de liberdade), quanto o direito a tratamentos e aos serviços de saúde (como expressão dos chamados direitos aos serviços).

Essas múltiplas dimensões – inevitavelmente – vieram à tona ainda durante a emergência da covid-19, estimulando o debate entre juristas em relação ao que apropriadamente foi definido como uma *pandemia constitucional* (cf. Nicotra, 2021), ou seja, o entrelaçamento de questões decorrentes da relação entre fontes de direito, a divisão de competências entre o Estado e as Regiões e a limitação de direitos constitucionais – pense-se, por exemplo, no sistema de *cores* atribuídas aos territórios em relação ao estado de risco e as proibições relacionadas a esses.

As restrições aos – ou mesmo, segundo alguns, as verdadeiras suspensões dos – direitos e liberdades constitucionais, motivadas por razões de proteção à saúde e de redução dos riscos de contágio e propagação da pandemia, afetaram uma ampla gama de direitos constitucionais: liberdade de circulação, de reunião, de iniciativa econômica e liberdade religiosa, direito ao trabalho, à educação e mesmo à saúde individual. Essas limitações, ao afetarem as liberdades fundamentais dos indivíduos, suscitaram, por sua vez, o debate sobre as justificativas para sua adoção: elas foram estabelecidas com base na emergência e na necessidade, em um poder de escolha e em uma avaliação discricionária do gestor político ou *apenas* com base nas cláusulas previstas pela Constituição? É preciso também considerar que o ordenamento jurídico italiano não prevê uma regulamentação específica para o estado de emergência, ao qual também está tradicionalmente associada a suspensão de direitos fundamentais, e que sobre tal regulamentação tem incidido tanto o *fator tempo* quanto as indicações técnico-científicas (baseadas no princípio da prevenção/precaução) para a gradação das restrições em correlação com o nível de risco.

No âmbito desse confronto doutrinal, portanto, a atribuição de prioridade (ou não) ao direito à saúde assumiu particular importância e viu o conteúdo desse direito ser – de tempos em tempos – reconstruído de forma diferente a partir da relação estabelecida com o direito à vida – reconhecido pelo Tribunal Constitucional como um bem fundamental, o primeiro entre os direitos invioláveis (referidos no art. 2º da Constituição), o princípio supremo também expressamente protegido pelo art. 20 da Convenção Europeia dos Direitos do Homem (CEDH)⁴.

Outras leituras imprimiram uma nova perspectiva à distinção entre saúde pública (*sanità*, no original)⁵ e direito à saúde (*diritto alla salute*, no original), em que a primeira constitui a atividade pública que serve de pré-requisito para a segunda: a proteção da saúde pública, ou melhor, da saúde coletiva, deve ser considerada desse ponto de vista, sendo a chave para a compreensão dos atos normativos adotados em regime de urgência para lidar com a emergência da covid-19, assim como o sacrifício das liberdades constitucionais e dos direitos concernentes à toda a sociedade, que foram postergados em nome da proteção prioritária da saúde da própria sociedade.

Sobretudo, o debate levou à retomada da conhecida polêmica sobre a fundamentalidade do direito à saúde, ou seja, se é necessário ou não reconhecer o significado normativo autônomo do atributo *fundamental* – único na carta constitucional italiana – pelo qual se define a saúde individual. A questão é menos formalista do que parece, com repercussões substanciais e sistemáticas em todo o sistema de proteções prefigurado pela Constituição. A ocasião foi considerada por alguns como oportuna para recuperar aquele “caráter fundamental tantas vezes esquecido ou *diluído* pelo legislador em equilíbrio imprevidente – e pouco valorizado até mesmo pela jurisprudência constitucional” (Morana, 2020). Uma especificidade de significado que encontraria confirmação subsequente se comparada ao caráter diferenciado do princípio de *invulnerabilidade* que mais amplamente conota outros direitos constitucionais.

Essa perspectiva se contrapõe ao argumento daqueles que negam a existência de uma hierarquia de direitos, com o intuito de evitar que se derive uma *tiranía* de direitos sobre outros. Como também reiterado em alguns acórdãos recentes do Tribunal Constitucional, relativos ao chamado *caso Ilva*⁶, trata-se antes de reconhecer a *igual fundamentalidade* dos direitos e valores constitucionais em jogo, do equilíbrio recíproco entre eles por meio de uma *proteção sistêmica e não fragmentada*.

O problema levantado pela tese da fundamentalidade, entendida como prevalência de determinado direito sobre outros direitos constitucionais, questiona, portanto, a própria possibilidade de definição de prioridades no equilíbrio, como no caso da emergência

⁴ N.T.: No original, *Convenzione europea dei diritti dell'uomo* (Cedu).

⁵ N.T.: Em italiano há a distinção entre *sanità* e *salute*. *Sanità*, isto é, sanidade, é entendida como o conjunto de atividades e serviços que o poder público deve oferecer aos cidadãos para garantir o estado de boa saúde do indivíduo e da coletividade. *Salute*, isto é, saúde, é entendida como a saúde individual e coletiva, resultado, mas não só, da primeira, a *sanità*. Até 2001, o ministério da área em questão era denominado *Ministero della Sanità*. Ver: https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_6.jsp?lingua=italiano&label=cenniStorici&menu=cenniStorici

⁶ Corte Constitucional, sentenças nº 85/2013 e nº 58/2018.

Artigo Article

sanitária, em favor do direito à saúde – e se essa fundamentalidade pode ou não ser válida em caso de emergência. O risco, sublinhou-se, é precisamente o de uma transformação do direito à saúde (à vida) em um valor meta-positivo, absoluto e não sujeito a equilíbrio, ou, nas palavras da Corte Constitucional, *tirano*.

Direito à saúde e o princípio da solidariedade no pós-pandemia

Mas o problema do *equilíbrio* também surge, de forma igualmente crítica, a partir de uma perspectiva interna ao direito à saúde. Nesse caso, fica ainda mais evidente que o critério de prevalência não é aplicável à relação entre saúde individual e coletiva: para esta última, em razão da constante interpretação do preceito constitucional a que se refere o art. 32 da Constituição, o primeiro não pode, na verdade, ser aplicado. Nesse caso, uma vez reconhecida a natureza fundamental de ambas as dimensões, em caso de haver dilema foi apresentado, por exemplo, o seguinte argumento: se, em condições normais, o direito individual à saúde está destinado a prevalecer, em condições excepcionais o interesse da coletividade deveria prevalecer (cf. Tamburrini, 2020).

A justificativa de tal prioridade encontraria sustentação mais sólida na referência ao princípio de solidariedade amplamente explorado pela jurisprudência constitucional, relativo ao tema da vacinação obrigatória. De fato, o pressuposto para a legalidade da obrigação de vacinação é justamente a finalidade solidária de proteção à saúde alheia, que também impõe, além disso, a não funcionalização da saúde individual sobre a saúde coletiva e tem como limite não danificar e não causar prejuízo à saúde individual (ressalvadas aquelas consequências consideradas normais e, em qualquer caso, toleráveis e sem prejuízo da previsão de indenização por eventuais danos sofridos, como já firmado por jurisprudência constitucional com a sentença nº 307/1990).

De fato, tanto o princípio personalista quanto o princípio da solidariedade, derivam do art. 20 da Constituição, que reconhece igualmente os direitos invioláveis e os inegáveis deveres de solidariedade, abrindo-se assim a diferentes ideias e resultados articulados ao princípio da liberdade-solidariedade, ou a reflexões que visem distinguir as limitações de uma visão orientada por uma lógica de deveres, em vez de direitos.

É, portanto, esse mesmo princípio de solidariedade que, durante a emergência sanitária, foi corretamente expresso para proteger aqueles considerados mais vulneráveis ao vírus: os idosos, os imunossuprimidos, as pessoas que já sofriam de doenças graves. Foram também adotadas medidas especiais de apoio à proteção das pessoas vulneráveis para atenuar as dificuldades socioeconômicas produzidas pela emergência sanitária, com intervenções regulamentares no âmbito das relações de trabalho – como, por exemplo, a prorrogação das autorizações de trabalho, prevista no chamado decreto *Cura Italia*⁷, ou as medidas de apoio às pessoas com deficiência ao abrigo do chamado *decreto de concessão*.

⁷ N.T.: “As medidas de contenção e gestão da emergência covid-19 introduzidas pelo decreto legislativo nº 18/2020 foram convertidas na lei nº 27/2020 publicada em 01/05/2020. A disposição, conhecida como ‘Cura Italia’, contém um conjunto de medidas destinadas a fazer face aos efeitos da emergência epidemiológica da covid-19, que vão desde o reforço do sistema de saúde à justiça, do apoio ao mundo do trabalho ao financiamento das empresas”. Ver: <https://www.altalex.com/documents/news/2020/05/01/decreto-cura-italia>

O relatório *MonitoRare* (Uniamo, 2020), dedicado às pessoas vulneráveis, permitiu identificar alguns benefícios atribuíveis, apesar de tudo, à forma como o SNS reagiu à emergência, acelerando muitos processos em espera, como as terapias domiciliárias, a tele-assistência e a telemedicina, a desmaterialização das receitas, a entrega de medicamentos em domicílio e caminhos definidos e separados para um atendimento hospitalar seguro. Ao mesmo tempo, porém, evidenciou deficiências estruturais, como a falta de articulação entre a medicina local⁸ e os centros de referência, as profundas diferenças regionais, a inadequação dos suportes domiciliários e sociais, o abandono quase total das categorias mais frágeis por parte da escola e do sistema social, os *esquecimentos* na distribuição dos apoios econômicos e a falta de uma verdadeira rede de apoio, a ponto de se supor que, se a rede tivesse sido totalmente desenvolvida, a emergência da covid-19 teria sido enfrentada com menos despreparo.

Várias dessas lacunas estão à espera de serem respondidas na implementação do Plano Nacional de Retomada e Resiliência (PNRR)⁹, que destinou 15,63 mil milhões de euros (8,16% dos 191,5 mil milhões de euros previstos pelo Plano) à Missão 6¹⁰ relativa à saúde, precisamente com o objetivo de superar as questões críticas encontradas devido às tendências demográficas em curso (envelhecimento populacional), epidemiológicas (crise sanitária gerada pela pandemia de covid-19) e sociais (disparidades territoriais e assistenciais significativas na área). Para tal, estão previstas linhas de intervenção que visam reforçar a prevenção e a assistência territorial, promovendo a integração entre os serviços de saúde e sociais; garantir a equidade no acesso aos cuidados e na prestação de serviços; modernizar as estruturas do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente em termos de formação, recursos digitais e tecnológicos; e promover a pesquisa científica na área biomédica.

O quadro a se traçar para além da pandemia visa, portanto, ultrapassar velhas questões e ineficiências relacionadas à *implementação e sustentabilidade* do direito à saúde. Ao mesmo tempo, visa desenvolver condições para o enfrentamento de novas emergências sanitárias, orientadas não apenas para novas abordagens de uma *saúde única* (*one health*, no original) e uma *saúde digital única* (*one digital health*, no original), mas também para uma maior coordenação a nível europeu das políticas de saúde (incluindo a proposta de uma União Europeia para a Saúde).

⁸ N.T.: Medicina dos serviços locais (*medicina territoriale*) refere-se a todos os serviços de saúde de primeiro nível e aos serviços de emergência que visam prevenir o agravamento do quadro da pessoa, sendo, ao mesmo tempo, uma alternativa à hospitalização.

⁹ N.T.: O Plano Nacional de Retomada e Resiliência (PNRR) é um plano de recuperação da União Europeia para reparar os danos econômicos e sociais causados pela emergência sanitária do novo coronavírus e ajudar a lançar as bases para tornar as economias e sociedades dos países europeus mais sustentáveis, resilientes e preparadas para os desafios e oportunidades da transição ecológica e digital. Trata-se de um investimento no futuro da Europa e dos seus Estados-membros para retomar o desenvolvimento após a emergência da Covid-19. Ver: https://www.agenzia-coesione.gov.it/dossier_tematici/nextgenerationeu-e-pnrr/

¹⁰ N.T.: O PNRR está dividido em seis Missões, que representam as áreas estruturais *temáticas* de intervenção: 1. Digitalização, inovação, competitividade, cultura e turismo; 2. Revolução verde e transição ecológica; 3. Infraestrutura para mobilidade sustentável; 4. Educação e Pesquisa; 5. Inclusão e Coesão; e 6. Saúde. Ver: https://www.agenzia-coesione.gov.it/dossier_tematici/nextgenerationeu-e-pnrr/

Artigo Article

À luz da pandemia, em particular, o conhecido problema da efetividade do direito à saúde, expresso em termos de alocação de recursos escassos, de organização e de planejamento (bem como das *escolhas trágicas* que lhe são conexas) acaba se caracterizando tanto (ou não só) por seu condicionamento financeiro, quanto (mas também) por ser *organizacionalmente* condicionado. Os problemas de logística e de recursos humanos que afetaram o período de emergência sanitária, com efeitos, sobretudo, em outras patologias não-covid, gerando o fenômeno então denominado *saúde suspensa*, impuseram com renovada urgência a necessidade de enfrentar a questão da *adequação* dos serviços (redução dos desperdícios), da reorganização do sistema (no que diz respeito à assistência territorial para cronicidade e fragilidade, ao papel dos médicos de medicina ou clínica geral, também chamados de *médicos de família*¹¹, e à implementação do prontuário eletrônico e telemedicina) e da integração social e de saúde.

O fim da emergência sanitária da covid-19 deixou, contudo, um temor: o de que a *sombra das desigualdades* continue a se expandir no pós-covid, impactando especialmente as pessoas com doenças que foram colocadas em segundo plano em termos de cuidado, pela natureza da emergência sanitária causada pela pandemia. Por isso, será também necessário repensar adequadamente um plano de enfrentamento para futuras pandemias, que deverá dedicar uma atenção crucial à garantia da continuidade dos cuidados em casos de emergência sanitária, uma vez que, das *lições aprendidas*, fica claro que as doenças não tratadas são um *custo oculto* para o SSN, afetando tanto o bem-estar dos doentes quanto a sustentabilidade do sistema.

Ludovica Durst é Pesquisadora do Departamento de Ciência Política da Universidade de Roma “La Sapienza” (Itália).

Referências

CAPORALE, Cinzia; COLLICELLI, Carla; DURST, Ludovica (Orgs.). **Dopo la pandemia: Appunti per una nuova sanità**. CNR Edizioni, 2022.

COLLICELLI, Carla *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. Disponível em: <https://osservatorio.favo.it/dodicesimo-rapporto/parte-seconda/dilemmi-etici-medici-oncologi/>

F.I.S. **Gli Italiani e il Covid-19: Impatto socio-sanitario, comportamenti e atteggiamenti verso i vaccini**. Rapporto, Fondazione Italia in Salute (F.i.s.), 2021

¹¹ N.T.: O médico de clínica geral (ou médico de medicina geral), comumente referido como médico de família, é o primeiro ponto de referência para a saúde do cidadão. Ele exerce a função de cuidar da saúde de seus pacientes por meio de educação em saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento, além de fomentar e direcionar o aprofundamento de estudos especializados sobre aspectos considerados necessários. Ver: <https://www.apss.tn.it/Servizi-e-Prestazioni/Medico-di-medicina-generale>

INTERSOS. **La pandemia diseguale:** Gli interventi di medicina di prossimità di INTERSOS negli insediamenti informali italiani durante l'emergenza COVID-19, fev. 2021.

ISTAT. **Rapporto annuale 2021:** La situazione del Paese. Roma: Istituto nazionale di statistica (Istat), 2021.

MORANA, Donatella. 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. Disponibile em: https://giurcost.org/contents/giurcost/LIBERAMICORUM/morana_scrittiCostanzo.pdf

NICOTRA, Ida Angela. **Pandemia costituzionale.** Nápoles: Editoriale scientifica, 2021.

OXFAM INTERNATIONAL. **Il virus della disuguaglianza:** Un'economia equa, giusta e sostenibile per ricucire un mondo lacerato dal Coronavirus. Oxfam Briefing Paper, jan. 2021.

TAMBURRINI, V. La limitazione dei diritti costituzionali in tempo di pandemia: alcune osservazioni sul carattere fondamentale dell'interesse della collettività alla salute. In: MARINI, Francesco Saverio; SCACCIA, Gino (Orgs.). **Emergenza Covid-19 e ordinamento costituzionale.** Turim: Giappichelli, 2020.

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

Como citar:

DURST, Ludovica. Fragilidade e fragmentação do direito à saúde em tempos de pandemia. *Revista Metaxy*, Rio de Janeiro, PPDH/NEPP-DH/UFRJ, v. 6, n. 6.1, p. 33-41, 2025. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/metaxy>