

# L'articolo 1



*L'Italia è una Repubblica  
democratica, fondata sul lavoro.*

Anno VII – Numero 2/2 – [www.fondazioneenenni.it](http://www.fondazioneenenni.it) – [info@fondazioneenenni.it](mailto:info@fondazioneenenni.it)

LIBERTA' DIRITTO

COMUNICAZIONE PANDEMIA

SOSTENIBILITA' PREVENZIONE

SALUTE

TUTELA DELL'AMBIENTE

BENE COMUNE CURA

ECOLOGIA SOCIALE

- 2 LA SALUTE**  
*di Romano Bellissima*
- 4 LA SALUTE: IL DIRITTO DEI DIRITTI**  
Storia, documenti e considerazioni sull'Articolo 32 della Costituzione Italiana  
*di Pierluigi Pietricola e Antonio Tedesco*
- 16 DAL DIRITTO ALLA SALUTE ALLA TUTELA DELL'AMBIENTE**  
Criticità e prospettive di tutela  
*di Alfredo Morrone*
- 23 SALUTE E SVILUPPO UMANO INTEGRALE TRA SOSTENIBILITÀ E ECOLOGIA SOCIALE**  
Lineamenti di riformismo moderno post pandemico.  
*di Antonio Derinaldis*
- 26 COMUNICAZIONE & SALUTE**  
Un nesso strategico dopo la sfida del Covid-19  
*di Mario Morcellini*
- 28 PANDEMIA E "LOTTA DI CLASSI" (DI ETÀ)**  
*di Ugo Intini*
- 32 SALUTE: BENE COMUNE**  
*di Cosimo Derinaldis*
- 34 PRIMA E DOPO IL COVID-19**  
Quel che sapevamo, e quel che sappiamo oggi, su salute/società  
*di Eugenio Gaudio*
- 37 PER UN'UNIONE EUROPEA DELLA SALUTE**  
*di Alessandra Moretti*
- 39 SSN BENE COMUNE**  
Per non dimenticarci cosa ci ha insegnato la pandemia  
*di Riccardo Fatarella*
- 41 SALUTE, CURA, LIBERTÀ**  
Attualità della Costituzione in tempo di pandemia.  
*di Raffaella Messinetti*
- 46 LA CRISI PANDEMICA ED IL SETTORE DELLO SPETTACOLO**  
*di Domenico Barbuto*
- 48 PREVENZIONE DELLA SALUTE MENTALE IN TEMPO DI PANDEMIA PER LA PROMOZIONE DEL BENE COMUNE**  
Sensazioni, paure, riflessioni vissute in una maledettamente attuale "diretta"  
*di Maura Ianni*
- 51 UN AMBIENTALISTA AD UN ECODISASTRO OVVERO MAI ABITUARCI AI RISCHI DI UN OGGI CHE CI NEGA IL FUTURO**  
*di Enrico Matteo Ponti*

*L'articolo 1*   
L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro.

Reg. Trib. di Roma n. 26/2017 del 23.02.2017  
Anno VII – Numero 2/2 2021  
Chiusura giornale: 17 dicembre 2021

**DIRETTORE RESPONSABILE**

Pierluigi Pietricola

**DIRETTORE EDITORIALE**

Romano Bellissima

**PROGETTO GRAFICO**

Eureka3 srl  
www.eureka3.it

**REDAZIONE**

Romano Bellissima, Valentina Bombardieri, Antonio De Rinaldis, Ugo Intini, Mario Morcellini, Alfredo Morrone, Enrico Matteo Ponti, Antonio Tedesco.

**REDAZIONE**

Via Caroncini, 19 – Roma  
info@fondazioneenni.it  
Tel 06/8077486

**EDITORE**

Fondazione Nenni

**SERVICE PROVIDER: FASTWEB S.P.A.** con sede in Milano



# Editoriale

---

di Pierluigi Pietricola<sup>(1)</sup>

---

Come la stessa Oms sostiene, la Salute non è da intendersi unicamente quale assenza di malattia, bensì una condizione di pieno benessere psicologico, sociale e fisico.

Da troppo tempo, e certo non solo per responsabilità individuali, si è parlato di Salute in termini restrittivi. Ciò che ha dato luogo a equivoci, episodi spiacevoli, superficialità, comunicazioni devianti e talvolta urtanti.

È tempo di riprendere la definizione di Salute data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

È a tale scopo che abbiamo deciso di dedicare questo numero de L'Articolo 1 al tema di cui sopra, affrontandolo e analizzandolo da punti di vista, campi di studi e discipline che non hanno nulla da condividere col mondo della scienza medica.

Ne è emerso un panorama molto più complesso di ciò che si credeva. Un panorama del quale si dovrà tenere conto per il futuro che ci attende.

(1) Direttore Responsabile L'Articolo 1

*la Salute non è da intendersi unicamente quale assenza di malattia, bensì una condizione di pieno benessere psicologico, sociale e fisico.*

# LA SALUTE

di Romano Bellissima

La posizione politica dell'Italia sulla salute come bene pubblico ha stentato molto ad affermarsi. Solo dopo la Seconda Guerra Mondiale, in seguito alla scelta della Repubblica, la nuova Costituzione repubblicana del 1948, con l'art. 32, da una definizione della salute chiara, concreta e cogente: "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." Per dare coerente attuazione al dettato costituzionale ci sono voluti 30 anni. Solo nel 1978 infatti, il parlamento ha approvato la legge 833, con la quale viene istituito il servizio sanitario nazionale, che recepisce e sancisce il principio di salute inteso come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, superando il vecchio sistema delle mutue, discriminatorio e inadeguato. Una riforma sanitaria rivoluzionaria, di grande valore storico, come storica è la ministra che l'ha proposta: Tina Anselmi, la prima donna a ricoprire il ruolo di ministro della Repubblica italiana. I successivi 30 anni sono stati utilizzati, dalla politica, nel tentativo di modellare un sistema sanitario in grado di rispondere al dettato costituzionale. Purtroppo, ogni governo che si succedeva, aveva il proprio progetto sanitario da realizzare e poiché la durata dei

governi era piuttosto breve i provvedimenti o investimenti che dir si voglia, non arrivavano mai a compimento. In questo modo si è finito con l'accumulare inutili sprechi di risorse, gravi inefficienze di sistema e disservizi che hanno favorito, non so fino a che punto in modo involontario, un abnorme sviluppo della sanità privata a discapito di quella pubblica. Inoltre, per contenere la crescente spesa sanitaria a carico dello Stato, hanno dovuto spostare, attraverso il meccanismo dei ticket sanitari, quote di spesa direttamente a carico degli assistiti. Oggi gli italiani spendono, di tasca propria, per curarsi circa 35 miliardi di € l'anno. In questo modo non solo è stato vanificato il ruolo universalistico della sanità pubblica, ma sono state reintrodotte in maniera surrettizia discriminazioni, disuguaglianze e inefficienze: i ricchi si possono curare facilmente, i poveri sono spesso costretti a rinunciare alle cure. La situazione sanitaria nazionale si è poi ulteriormente

disarticolata dopo la riforma del titolo V della costituzione che ha affidato alle Regioni la gestione della sanità pubblica, cosa che ha prodotto una ventina di sistemi sanitari diversi e in concorrenza tra di loro, oltre ad una mole enorme di contenziosi costituzionali tra stato e Regioni. In questa situazione molti cittadini, non trovando i servizi di cura adeguati nel proprio territorio, per potersi curare sono costretti ad affrontare lunghi viaggi, notevoli disagi familiari ed elevati costi, non facilmente sostenibili. Una situazione che ha contribuito a spostare risorse verso i territori meglio organizzati sul piano sanitario, contribuendo così all'impoverimento di quei territori che avrebbero avuto maggiore bisogno di risorse per ammodernare i loro servizi e le rispettive strutture sanitarie. In buona sostanza la politica ha sostanzialmente smontato il sistema sanitario nazionale sancito dalla legge 833 del 1978, dov'era lo Stato che prendeva in carico la cura della salute dei

*Dice un vecchio adagio, "quando c'è la salute c'è tutto", è quando manca che ci si complica la vita. Da sempre è la salute a condizionare il benessere e i processi di crescita di una società. Il primo presupposto per il perseguimento del benessere collettivo è avere una visione politica, un obiettivo condiviso della salute come bene pubblico da conservare e tutelare e a questo fine promuovere un adeguato sistema sanitario nazionale, supportato dal sistema universitario che assicuri la formazione degli addetti e la ricerca scientifica di base.*

propri cittadini, una scelta di altissimo valore sociale, politico e democratico, che si realizzava attraverso un sistema sanitario al cui centro c'era la figura del medico di famiglia, seguito da un articolato sistema sanitario territoriale, fatto di presidi, ambulatori e piccoli ospedali, lasciando solo i casi più gravi ai grandi ospedali. Si è preferito invece, depotenziare il ruolo del medico di base, ridotto ad una semplice funzione burocratica, dismettere la rete territoriale di primo intervento, affidando la cura dei cittadini direttamente ai grandi nosocomi, localizzati prevalentemente nelle grandi città, riportando il ruolo della sanità a livello di business ordinario. Questo sistema sanitario, come ha dimostrato la pandemia da corona virus-19, non ha retto all'urto dei contagi, nemmeno in quei Paesi considerati all'avanguardia, come dimostrano, purtroppo, i numeri dei decessi.

È impressionante constatare come anche super potenze come Stati Uniti, Russia, Cina e molte altre importanti nazioni, che hanno speso cifre iperboliche per la difesa missilistica e nucleare siano state messe in crisi dall'attacco di un piccolo, piccolissimo virus, non intercettato dai sofisticati e costosissimi sistemi di difesa. Segno evidente della sproporzione degli investimenti per gli armamenti e la difesa militare rispetto alle briciole destinate alla ricerca scientifica e sanitaria. Così che in questo terzo millennio di grande progresso scientifico, è bastato un virus a dimostrare la complessiva inadeguatezza dei sistemi sanitari, tutti incentrati sul modello ospedale centrico, forse meno costoso dal punto di vista gestionale-organizzativo, ma del tutto inadeguato e insicuro per la salute collettiva. Credo che questa pandemia abbia anche dimostrato l'importanza di una sanità organizzata su basi territoriali e domiciliari. Molti esperti sostengono che, se ci fosse stato un filtro a livello territoriale, capace in qualche modo, di contenere, rallentare il flusso degli ammalati verso gli ospedali, al di là degli errori organizzativi dovuti anche all'imprevedibilità della

pandemia, avremmo avuto sicuramente meno morti, meno sofferenze e forse anche meno contagi. Ricordiamo che quando alcuni grandi ospedali sono andati in tilt, per il sovraffollamento di ammalati, solo la grande solidarietà dei cittadini, dei medici, degli infermieri e del volontariato hanno in qualche misura mitigato la disperazione delle famiglie e la solitudine dei malati, molti dei quali sono morti in solitudine senza nemmeno il conforto di un parente, di un prete, di un amico. Abbiamo vissuto una terribile esperienza che ci auguriamo tutti di non dover mai più rivivere. Per questo dobbiamo essere grati e riconoscenti anche a tutti quei ricercatori che hanno lavorato giorno e notte per riuscire, in un tempo brevissimo, meno di un anno, a realizzare e produrre alcuni vaccini che ci stanno aiutando a contenere la diffusione del virus. Si pone quindi ora il problema di riprogettare un sistema sanitario più elastico e in grado di rispondere anzitutto, in modo chiaro al dettato costituzionale e poi in tempi rapidi, ai picchi e ai flessi della domanda sanitaria complessiva. La lotta contro la pandemia non è conclusa e continuerà ancora chi sa per quanto tempo, tutto dipenderà dall'efficacia dei vaccini o dalla scoperta di

una cura efficace, ma anche dai comportamenti collettivi che purtroppo, come dimostrano l'andamento dei contagi non sono molto rassicuranti. Ci sono alcune minoranze che rifiutano il vaccino e favoriscono la circolazione del virus e i relativi contagi.

Poi ci sono i no vax che rivendicano la libertà di non vaccinarsi, personalmente non sono d'accordo perché la loro libertà lede il mio diritto a non essere contagiato. E come se, in tempi di guerra (oggi siamo in stato di emergenza sanitaria) un cittadino potesse rivendicare la libertà di schierarsi col nemico. Per lo stesso motivo risulta incomprensibile anche il comportamento del Governo che non rende obbligatoria la vaccinazione contro il covid-19, alimentando inutili polemiche sul green pass. Per concludere, a proposito della libertà, c'è un vecchio e simpatico sonetto che recita così: "Viva la libertà disse il galletto fuggendo dal pollaio in tutta fretta! Viva la libertà disse il leone mangiandosi il galletto a colazione". La libertà è una cosa molto importante, per conquistarla è costata lacrime e sangue e va utilizzata con molto buon senso. Come ci ricorda Martin Luther King "la mia libertà finisce dove comincia la tua."



*"la mia libertà  
finisce dove  
comincia la tua"*

# *La salute:* IL DIRITTO DEI DIRITTI

## Storia, documenti e considerazioni sull'Articolo 32 della Costituzione Italiana

di Pierluigi Pietricola e Antonio Tedesco

**L**o storico Paul Hazard sosteneva che l'Europa è un pensiero che non si accontenta. Se trasliamo questo concetto applicandolo alla nostra Costituzione, si può dire che le cose stiano più o meno nello stesso modo. Fatte le debite differenze, di tempo e contesto (storico e politico), e guardando ai lavori della Costituente che precedettero la scrittura della nostra Carta, non si può che concordare con Hazard.

I costituenti concepirono il documento fondativo dell'Italia democratica cercando di non accontentarsi di quello che ottenevano. Ciò che li portò ad una lunghissima elaborazione, frutto di discussioni e confronti continui, talvolta anche ricchi di polemiche. E però non furono mai queste ultime a prevalere. L'orizzonte fu quello del raggiungimento di un *ubi consistam* tale da rendere ragione delle esigenze e dei punti di vista diversi via via espressi.

È bene tenere a mente questo sottofondo ripercorrendo l'elaborazione che portò alla scrittura dell'Articolo 32, quello sulla Salute.

Per inciso: le pagine seguenti intendono fornire una concreta documentazione storica, più che una sua interpretazione, per la quale occorrerebbero giuristi e costituzionalisti. Si leggano, pertanto, come un distillato di ciò che fu il laboratorio di scrittura della Costituzione italiana.

L'Articolo 32 come oggi lo si conosce recita così:

*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.*

Come si arrivò a questo che, giuridicamente, si definisce il dettato finale? Partiamo dall'inizio. Il 25 gennaio 1947, il Presidente Ruini avverte il Comitato di redazione della Costituzione che "è stato officiato dai colleghi che fanno parte del gruppo parlamentare medico di prendere in esame alcune disposizioni relative alla tutela della salute e dell'igiene pubblica". L'onorevole Ambrosini ritiene opportuno che si inseriscano, dopo il 16, i seguenti tre articoli:

1. — *«Lo Stato tutela la salute come un diritto essenziale e fondamentale di ogni essere umano e come interesse della collettività; promuove lo sviluppo della coscienza igienica; assicura le condizioni necessarie perché l'assistenza sanitaria si effettui in modo adeguato per tutti».*

2. — *«Lo Stato assolve tali compiti per mezzo dei sanitari, mediante appositi istituti di previdenza facenti capo ad un unico organo centrale tecnico-sanitario,*

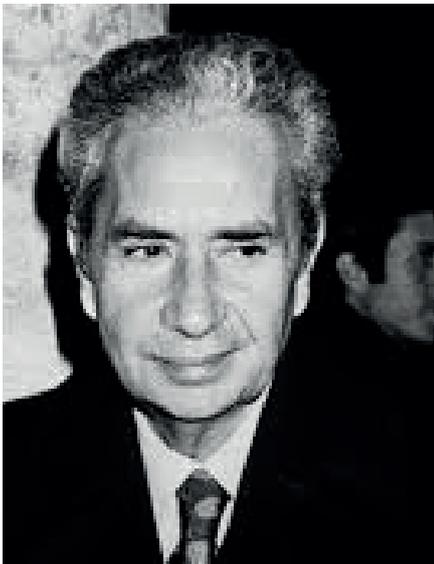
distinto dagli altri organi del potere esecutivo».

3. — «Nessun cittadino può essere sottoposto a pratiche sanitarie non autorizzate dalla legge; la quale non potrà mai consentire che le pratiche sanitarie siano esplicate oltre i limiti imposti dal rispetto della personalità umana».

Il tutto viene inviato al Comitato di redazione.

Tre giorni dopo, il 28 gennaio, «il Presidente Ruini informa la Commissione che il Comitato di redazione ha proceduto alla formulazione degli articoli delle disposizioni generali che gli erano stati rinviati dopo stabiliti i criteri di massima». Fatto questo, si dice che il Comitato ha respinto un emendamento proposto dagli onorevoli Aldo Moro e Paolo Rossi:

«Nessun trattamento sanitario può essere obbligatorio se non per legge. Non sono ammesse pratiche sanitarie lesive della dignità umana».



Moro spiega che

le ragioni che lo hanno indotto a presentare, unitamente all'onorevole Rossi, l'emendamento, ricavato dai tre articoli proposti dal gruppo parlamentare dei medici. Si tratta di un problema di

libertà individuale che non può non essere garantito dalla Costituzione, quello cioè di affermare che non possono essere imposte obbligatoriamente ai cittadini pratiche sanitarie, se non vi sia una disposizione legislativa, impedendo, per conseguenza, che disposizioni del genere possano essere prese dalle autorità senza l'intervento della legge.

Importante è anche l'altra parte dell'emendamento. Non soltanto ci si riferisce alla legge per determinare che i cittadini non possono essere assoggettati altrimenti a pratiche sanitarie, ma si pone anche un limite al legislatore, impedendo pratiche sanitarie lesive della dignità umana. Si tratta, prevalentemente, del problema della sterilizzazione e di altri problemi accessori.

L'esperienza storica recente dimostra l'opportunità che nella Costituzione italiana sia sancito un simile principio, ed egli insiste pertanto perché gli emendamenti proposti siano accettati, salvo ad apportarvi modificazioni formali. Modifica subito la prima parte del suo emendamento nei seguenti termini: «Nessun trattamento sanitario obbligatorio può essere stabilito, se non per legge».

In risposta a Moro, Umberto Nobile

dichiara di essere molto perplesso di fronte alla proposta di emendamento, pur comprendendo lo spirito che la informa. Ritiene infatti che si tratti di una formula troppo restrittiva, e che vi possano essere dei casi speciali in cui, per ragioni superiori riguardanti l'interesse stesso della sanità collettiva, la legge possa essere costretta ad imporre determinate pratiche sanitarie che con l'emendamento si vorrebbero escludere in ogni caso.

A questa, si aggiunge la risposta di Giuseppe Grassi, il quale

fa presente che le ragioni per le quali l'emendamento è stato respinto in seno al Comitato di coordinamento sono di duplice ordine. Innanzi tutto si è considerato che se si rimette al legislatore la

valutazione di quella che in futuro dovrebbe essere materia di legge, è inutile occuparsene nella Costituzione, poiché questo, praticamente, non limiterebbe la libertà del legislatore d'imporre determinate pratiche sanitarie.

Quanto al punto principale dell'emendamento, cioè la frase «pratiche lesive della dignità umana», che, come l'onorevole Moro ha chiarito, riguarda in modo particolare il caso della sterilizzazione, si è ritenuto trattarsi di un dettaglio in cui la Costituzione non dovrebbe entrare. Se domani il legislatore riterrà che la pratica sia giusta, spetterà a lui decidere; ma non è il caso che se ne occupi la Costituzione. Inoltre il significato delle parole «lesive della dignità umana» è molto generico.

Dopo aver fatto presente che alcune pratiche sanitarie, che potrebbero essere classificate tra quelle lesive della dignità umana, costituiscono invece una necessità per determinate persone, conclude affermando che porre una limitazione assoluta in materia costituirebbe un fatto grave ed una norma del genere inserita nella Costituzione sarebbe inutile o assurda.

A questo punto, Aldo Moro ribatte, e

osserva all'onorevole Grassi che il primo rilievo da lui fatto, circa l'inutilità del rinvio alla legge, dovrebbe valere anche per molti altri casi, nei quali, nel testo costituzionale, è stato richiesto che si disponga per legge. Anche in questo caso delle pratiche sanitarie si può ritenere necessaria la garanzia costituzionale che soltanto per legge esse possano venire imposte ai cittadini. Quanto alla seconda parte, non si vuole escludere il consenso del singolo a determinate pratiche sanitarie che si rendessero necessarie in seguito alle sue condizioni di salute; si vuol soltanto vietare che la legge, per considerazioni di carattere generale e di male intesa tutela degli interessi collettivi, disponga un trattamento del genere. I casi invece di carattere generale da applicarsi a tutti i cittadini devono essere disposti per legge entro

quei determinati limiti di rispetto della dignità umana.

*Per essere più chiaro, è disposto a modificare il suo emendamento, onde evitare che il divieto sia esteso anche ai singoli, dicendo invece:*

*«La legge non può imporre pratiche sanitarie lesive della dignità umana».*

Umberto Nobile continua a definirsi contrario, in quanto

*non è possibile porre un limite rigoroso al legislatore; e che occorre ammettere possibilità di deroga. Bisogna, ad esempio, considerare se nel caso di gravi forme di pazzia ereditaria, le legge non abbia il dovere di prevedere misure sanitarie atte ad impedire che siano messi al mondo degli infelici destinati con certezza al terribile male.*



Viene posta ai voti la prima parte dell'emendamento: «Nessun trattamento sanitario obbligatorio può essere stabilito se non per legge». Il risultato finale è l'approvazione.

Per il secondo emendamento, invece: «La legge non può imporre pratiche sanitarie lesive della dignità umana», nonostante la manifesta contrarietà da parte di Roberto Lucifero d'Aprigliano poiché, secondo il suo punto di vista, la Costituzione deve tutelare la dignità umana in tutte le sue forme

e non può in nessun caso ammettere che nello Stato sorgano leggi lesive in tal senso: nonostante questo appunto tutt'altro che positivo, e che si trasformerà in un voto contrario, anche il secondo emendamento viene approvato. Il testo finale dell'Articolo 26 (questa la sua numerazione originaria) del Progetto di Costituzione elaborato dalla Commissione risulta dunque così:

*La Repubblica tutela la salute, promuove l'igiene e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

*Nessun trattamento sanitario può essere reso obbligatorio se non per legge. Sono vietate le pratiche sanitarie lesive della dignità umana.*

Seguirà un'accesa discussione. Vediamone alcuni stralci, iniziando da Piero Calamandrei:

*Ora quando io leggo nel progetto un articolo come l'articolo 23 che dice in un suo capoverso: «La Repubblica assicura (dico assicura: verbo assicurare, tempo presente) alla famiglia le condizioni economiche necessarie alla sua formazione, alla sua difesa ed al suo sviluppo con speciale riguardo alle famiglie numerose»; quando leggo all'articolo 26 che «la Repubblica tutela la salute, promuove l'igiene e garantisce le cure gratuite agli indigenti»; quando nell'articolo 28 leggo che «la Repubblica assicura l'esercizio del diritto dell'istruzione con borse di studio, assegni alle famiglie, ed altre provvidenze, da conferirsi per concorso agli alunni di scuole statali e parificate»; quando io leggo questi articoli e penso che in Italia in questo momento, e chi sa per quanti anni ancora, negli ospedali — parlo degli ospedali di Firenze — gli ammalati nelle cliniche operatorie muoiono perché mancano i mezzi per riscaldare le sale, e gli operati, guariti dal chirurgo, muoiono di polmonite; quando io penso che in Italia oggi, e chi sa per quanti anni ancora, le Università sono sull'orlo della chiusura per mancanza dei mezzi necessari per*

*pagare gli insegnanti, quando io penso tutto questo e penso insieme che fra due o tre mesi entrerà in vigore questa Costituzione in cui l'uomo del popolo leggerà che la Repubblica garantisce la felicità alle famiglie, che la Repubblica garantisce salute ed istruzione gratuita a tutti, e questo non è vero, e noi sappiamo che questo non potrà essere vero per molte decine di anni — allora io penso che scrivere articoli con questa forma grammaticale possa costituire, senza che noi lo vogliamo, senza che noi ce ne accorgiamo, una forma di sabotaggio della nostra Costituzione!*

*Guardate, una delle più gravi malattie, una delle più gravi eredità patologiche lasciate dal fascismo all'Italia è stata quella del discredito delle leggi: gli italiani hanno sempre avuto assai scarso, ma lo hanno quasi assolutamente perduto dopo il fascismo, il senso della legalità, quel senso che ogni cittadino dovrebbe avere del suo dovere morale, indipendente dalle sanzioni giuridiche, di rispettare la legge, di prenderla sul serio; e questa perdita del senso della legalità è stata determinata dalla slealtà del legislatore fascista, che faceva leggi fittizie, truccate, meramente figurative, colle quali si industriava di far apparire come vero attraverso l'autorità del legislatore ciò che in realtà tutti sapevano che non era vero e non poteva esserlo.*

*Vi è un esempio caratteristico nella legislazione fascista, che bisognerebbe mettere in una cornice: voi ricorderete (perché tutti abbiamo fatto questa triste esperienza) come era regolata nell'Italia fascista, quando si temeva che cominciasse la folle guerra che poi cominciò, la difesa antiaerea e la difesa antigas. Ricorderete la faccenda delle maschere antigas; se ne vedeva ogni tanto una per modello, ma in commercio non c'erano, e nessuna autorità ne aveva per distribuirle: orbene, il 27 luglio 1938 fu pubblicato in Italia un decreto che porta il numero 1429, il cui articolo primo diceva così: «Entro i limiti stabiliti dall'articolo 3 del presente decreto (notate che in Italia, lo ripeto, non esistevano maschere) la distribuzione delle maschere al personale della*

*industria, a qualunque ramo esso appartenga, deve essere totalitaria». Queste sono le leggi, onorevoli colleghi, che distruggono nei cittadini il senso della legalità. Bisogna evitare che nella nostra Costituzione ci siano articoli che abbiano questo stesso suono falso! Fra i ricordi più amari dell'altra guerra, in questa Italia, che accanto alle sue grandi virtù ha avuto sempre tra i suoi difetti quello fondamentale dello scetticismo, del cinismo, della mancanza di fede e di convinzioni profonde, rammento che una volta ero tornato in licenza a Firenze, in quel periodo in cui di mese in mese i nostri soldati riuscivano a strappare qualche centinaio di metri di quelle terre, che purtroppo ora ci sono state ritolte. Non c'erano grandi vittorie: c'era soltanto la consunzione quotidiana di quella battaglia di logoramento che durò quattro anni. Ora, tornando in licenza — io abitavo allora in una piccola strada al centro di Firenze — una sera quando stavo per andare a letto, sentii passare uno strillone che gridava l'ultima edizione di un giornale cittadino. Allora i giornalisti avevano l'uso di gridare per le strade le notizie più importanti; quello nel silenzio della strada deserta gridava a voce altissima: «Terza edizione! La grande vittoria degli italiani!...»; ma poi aggiungeva, in tono più basso: «...non è vero nulla...»*

*Bisogna evitare che nel leggere questa nostra Costituzione gli italiani dicano anch'essi: «Non è vero nulla».*

*Per questo io ritengo che sia necessario, per debito di lealtà, che queste disposizioni che io vi ho letto, ed altre che via via potranno affiorare nel seguito della discussione, siano collocate in un preambolo, con una dichiarazione esplicita del loro carattere non attuale, ma preparatore del futuro; in modo che anche l'uomo semplice che leggerà, avverta che non si tratta di concessione di diritti attuali, che si tratta di propositi, di programmi e che bisogna tutti duramente lavorare per riuscire a far sì che questi programmi si trasformino in realtà.*

Già da queste righe emerge la concezione, in Calamandrei, dell'impostazione presbite della nostra Costituzione: una capacità di vedere con grande chiarezza nel futuro più che nell'immediato presente.

Molto interessante la discussione sull'articolo 26 del 17 aprile 1947 fra Michele Giua e Camillo Corsanego:

*Giua. L'articolo 26 nel secondo comma fa divieto alle pratiche sanitarie lesive della dignità umana. E questo è in relazione con la vostra concezione, ed è in relazione anche con una concezione che ha trovato pieno sviluppo negli Stati autoritari, il fascista in Italia, il nazista in Germania, circa le pratiche abortive. Io non difendo le pratiche abortive. Però vorrei chiedere ai formulatori di quest'articolo se mi sanno indicare delle pratiche sanitarie che non siano lesive della dignità umana. Vi sono degli interventi del medico, e sopra tutto del chirurgo — e nei procurati aborti si tratta di intervento chirurgico — che sono lesivi della dignità umana.*

*Ma vi è una ragione di stabilire proprio nella Carta costituzionale una simile norma senza accennare esplicitamente che si vogliono vietare le pratiche abortive?*

*Vi possono essere interventi medici anche non autorizzati dalla legge, ma dalla professione stessa, dalla missione del medico. E non mi si opponga che molte volte i professionisti esagerano, che molte volte non si attengono alla morale. Quando il medico compie con coscienza la sua missione può ritenere necessario l'intervento chirurgico per procurare l'aborto. Ora, se la Carta costituzionale vietando le pratiche lesive della dignità umana rendesse illegale l'intervento del chirurgo nel caso dell'aborto, la missione del medico diventerebbe più difficile, e probabilmente invece di stabilire nella Carta costituzionale un principio a sostegno della salute del popolo, noi stabiliremmo un principio che con la salute del popolo sarebbe in contrasto.*

*Da un punto di vista razionale — non c'entra il sentimento religioso, non c'entra la chiesa, onorevole Merlin — io trovo ingiustificata l'inserzione nella Carta costituzionale di una norma come quella formulata nel secondo comma dell'articolo 26.*

*Da notare anche che, se lo sviluppo della genetica ci permetterà, dal punto di vista chimico, di stabilire quali sono le sostanze che influiscono su determinati caratteri — e questo non è da escludere — non bisogna impedire, per il bene dell'umanità, anche per combattere determinate malattie, questi interventi sanitari.*

*Invece, in base alla formulazione del progetto, noi vieteremo l'intervento del medico per il miglioramento dell'organismo e della razza.*

*Qui si tratta di applicazione dei trovati scientifici.*

*I razzisti usavano della scienza e della tecnica, dopo che esse erano state prostitute.*

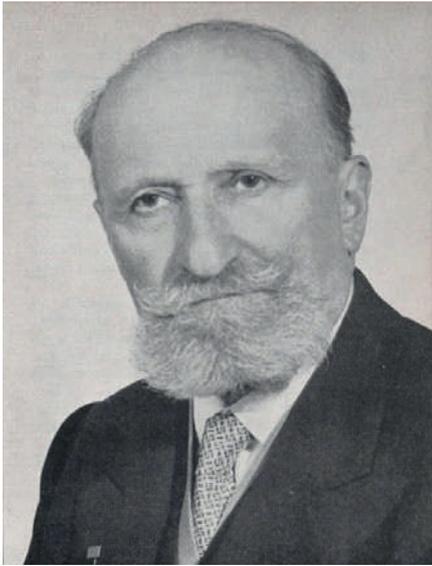
*Si tratta di applicare, per lo sviluppo della civiltà, i principî della scienza e della tecnica, che devono essere applicati, perché progresso significa applicazione e sviluppo di questi principî.*

*Qualsiasi divieto si faccia per l'applicazione delle scienze è un divieto che si pone al progresso; è un arresto alla civiltà.*

*Corsanego. Siccome facevo parte della Sottocommissione, che ha redatto l'articolo, faccio presente che, quando si è formulata la dizione «sono vietate le pratiche sanitarie lesive della dignità umana» si pensava soprattutto a quelle orrende pratiche di sterilizzazione obbligatoria, che la Germania ha imposto particolarmente agli ebrei e che noi volevamo proibire per sempre nel nostro Paese come una mostruosità.*

*Giua. Non vi è bisogno di stabilire nella Costituzione un principio del genere; può provvedere la legge a vietare qualsiasi pratica lesiva della dignità umana.*

E vediamo, adesso, i due discorsi di Aldo Spallicci e Alberto Mario



Cavallotti. Li riportiamo, quasi per intero.

Cominciamo da Spallicci:

*Onorevoli colleghi, dopo che eminenti rappresentanti del diritto, emeriti insignanti e illustri docenti universitari hanno parlato lungamente, sia concesso anche ai medici, cui non fu dato entrare nelle Sottocommissioni, dire una loro parola. Metterò a fuoco l'articolo 26 del progetto di Costituzione.*

*Qualcuno vi ha veduto un accenno pleonastico: tutelare la salute, promuovere l'igiene. Che cosa potrebbe fare di diverso uno Stato che si rispetti? Esistono dei doveri fondamentali di civiltà elementare su cui potrebbe sembrare ozioso soffermarsi. Ma, se abbiamo ammesso che la libertà personale è inviolabile, potremo anche dare diritto di cittadinanza all'articolo che parla della sanità e promuove l'igiene. Questa provvidenza sanitaria non aveva incontrato le simpatie di una Repubblica molto lontana nel tempo, e direi anche nello spazio, perché era soltanto nella fantasia razziocinante di un filosofo, dico della Repubblica di Platone, perché i malati cronici, gli invalidi erano inesorabilmente estromessi da quello stato ideale.*

*L'assistenza da parte dello Stato era consentita soltanto all'uomo sano che poteva incorrere in malattia di poco conto. Solo l'uomo sano aveva diritto di essere*

*curato dal medico. Voi ricorderete, nella conversazione socratica, quel falegname che si rivolge al medico chiedendogli un rimedio, un revulsivo, un purgante, un emetico, che lo liberi sollecitamente dalla infermità che lo affligge.*

*Non ho tempo, egli dice, per seguire un lungo regime; io debbo servire il mio lavoro, non posso servire la malattia. E allora, se resiste, bene, altrimenti è abbandonato al suo destino.*

*Soltanto al ricco è adunque consentito di potersi curare? No, nemmeno a lui, perché l'assiduità delle cure inibisce l'esercizio della mente e della virtù. Qui sarebbero pregiudicati gli interessi della famiglia come là quelli dello Stato. Non metterebbe conto vivere se la vita dovesse scendere goccia a goccia nel lucignolo riarso della lampada prossima a spegnersi. [...] Ma il dovere sociale incombe su di noi e ci detta nuovi compiti nella vita civile. Per comune accezione, tutti sanno che lo Stato è tenuto a provvedere nei casi di epidemia alla difesa dei cittadini. Provvede contro assalti violenti o insidiosi, contro l'infezione malarica, ad esempio, che è tornata di triste attualità in Sardegna e nella media e nella bassa valle del Liri, nei pressi di Cassino, dove il provvidenziale, ma costoso D.D.T. riesce a risanare l'ambiente.*

*Ma vi è un'altra assistenza, che si esplica in momenti di tregua patologica: essa è quella assistenza sociale di cui sono segno tangibile gli istituti per la invalidità e la vecchiaia. In questo campo, noi vediamo che anche l'articolo 34, dei rapporti economici, ritorna sull'argomento, come già vi accenna l'articolo 26.*

*[...] Abbiamo bisogno così di vivificare questo senso di religiosità nelle nostre folle, nel nostro popolo italiano. In attesa di una resurrezione delle fedi, richiamiamo lo Stato ad un compito suo ben prefisso: «Lo Stato tutela la salute e promuove l'igiene». Noi del Gruppo medico parlamentare composto di rappresentanti di tutti i partiti che vanno dall'estrema destra alla estrema sinistra, al primo comma abbiamo presentato un emendamento che sostituisce il primo comma dell'articolo 26, in cui si parla*

*di cure gratuite garantite agli indigenti: «La Repubblica si propone la tutela della salute come un fondamentale diritto dell'individuo e come un generale interesse della collettività».*

*Ci sembra che in questo modo possa essere molto bene assolto il compito della Repubblica. Qualcuno aveva accennato ad una eugenetica di Stato.*

*Nello scorcio del secolo passato, verso il 1865, se non erro, fu un inglese, il Francis Gaerton, che iniziò questo apostolato dell'eugenetica e non era forse la prima voce che si levava perché già il nostro Campanella nella sua Città del Sole aveva pensato di selezionare le coppie destinate al matrimonio. Gaerton si era riproposto il problema. Si era detto: perché essere così provvidi e attenti nelle selezioni dei cani, dei cavalli, dei conigli e non pensiamo alla razza umana? Dal 1865 al 1905 egli lanciò questa idea di una responsabilità eugenica del matrimonio. L'argomento fu molto discusso allora e in vario senso. È noto che certe malattie, come l'epilessia, come la mania depressiva, come la demenza, provocano delle anomalie ereditarie. Come provvedere? In Italia già nel 1913, per opera dell'Artom, del Niceforo, del Mangiagalli, del De Sanctis, si era fondato, presso la Società romana di antropologia, un comitato di studi di eugenetica. Poi, con il Pestalozza ed il Gini, si fondò un'altra società che aveva gli stessi compiti. Ma se l'eugenetica si studia di porre i problemi della trasmissione ereditaria dei caratteri, e pone l'accento sulle devastazioni prodotte nella prole dall'alcoolismo e dalla criminalità, la nostra civiltà latina non varca mai i confini di quella eutanasia che vorrebbe sopprimere i disgeni come antisociali. Noi ricordiamo le parole di un poeta, Maurizio Maeterlink: I medici e i sacerdoti, accostandosi al letto del malato o del morente, rendono sempre più paurosa l'idea della morte. Si allontanano, rivedano un po' le loro idee — diceva sempre il Maeterlink — giorno verrà in cui la scienza non esiterà ad abbreviare le nostre disgrazie, la morte sarà una cosa dolce e serena. La vita se ne andrà,*

piano piano, come la luce del giorno cede al crepuscolo della sera.

Ma, dicevo, per la nostra civiltà latina questo argomento è già superato di gran lunga. Possiamo ripetere con orgoglio le parole di un grande maestro, Augusto Murri: «Fra noi ed il malato sta tacito, ma sacro, il giuramento che fino all'ultimo suo respiro noi combatteremo per sottrarlo alla morte».

Ho accennato a questa idea di eugenetica, perché un tempo si parlò a lungo di certificati pre-matrimoniali. Si disse un tempo che bisognava creare delle razze elette, ma io non ho nessuna intenzione di sfogliare davanti a voi le romantiche di «Un giorno a Madera», né tornare sull'argomento di un tempo, perché questi selezionatori avevano sì, indubbiamente, concetti sani e lodevoli, si preoccupavano realmente della vita della società, ma scordavano anche la vita spirituale. Il matrimonio non ha solo finalità procreative. Dal Soglio pontificale, in una Enciclica del 31 dicembre 1931 si disse che: *non terrae et temporis sed coelo et aeternitati generarim*. Non dimentichiamo questa duplice missione del matrimonio. Come fra la dittatura e la libertà sconfinata, così fra questa eugenetica, considerata troppo rigorosamente, ed una specie di agnosticismo che considera la malattia come una specie di fatalismo, c'è questa via di mezzo della diffusione delle norme igieniche, per cui tutti quanti dovrebbero realmente porsi il problema del matrimonio ed il problema della ereditarietà, nel giorno in cui scelgono la compagna della propria vita. Dovremmo noi restare indifferenti, per esempio, a quegli incroci tra razza bianca e razza nera, che hanno tanto preoccupato la nazione inglese?

Lungi da noi il pensiero di razza inferiore o razza superiore.

Chi rivendica a maestro Arcangelo Ghisleri, lascia ben volentieri certi temi ai nazionalismi esasperati delle supernazioni. Ma questi incroci tra razze che hanno scarsa affinità non sono fatti per migliorare il nostro tipo umano.

I mulatti sono scarsamente resistenti al logorio ambientale dei nostri

climi e molto vulnerabili dal dente delle malattie.

In Italia ne abbiamo 11.000 (statistica dal gennaio al giugno 1945). Su queste creature noi ci curviamo con la stessa trepidazione con cui ci curviamo sopra tutte le culle, come davanti a un punto interrogativo del mistero della vita. E pensiamo, col rossore nel volto, che questo colore italo-nero, nelle guance di questi bimbi rappresenta il senso di abiezione della Patria; e questo senso di tristezza lo sentiamo tutti quanti nel cuore, come senso angoscioso di responsabilità per tutti. Ad un dato momento, questa ondata di corruzione è passata sul nostro Paese, perché, oltre alle violenze delle truppe saccheggiate, liberatrici, ossessionate dal sensualismo, c'è stata anche la prostituzione e la corruzione. Noi ci volgiamo a questi illegittimi colto stesso sguardo con cui guardiamo tutti gli altri nostri bambini.

Nessuno, dunque, nel rinnovato clima della nostra libertà e della nostra democrazia, può pensare alla sterilizzazione. I compiti della salute pubblica sono ben altri. Noi caldegiamo un'idea, che, naturalmente, non può trovar posto nella nostra Costituzione. Pensiamo alla obbligatorietà della visita. Lo Stato dovrà affacciarsi nella vita civile non soltanto col volto del questurino, a chiedere la carta d'identità, ma a chiedere anche la carta di sanità.

Bisognerebbe che ognuno vincessesse quel pudore che si ha a volte di fronte a certe malattie. Dovremmo avere un'anagrafe che indicasse con precisione tutte le malattie cui possiamo andare soggetti. Questo potrebbe valere come difesa della collettività e come difesa dell'individuo. Pensate, ad esempio, alle devastazioni cancerigne. Il malato non se ne accorge che quando la malattia ha fatto degli inesorabili progressi. Pensate alle devastazioni diabetiche. Ad esempio, un malato, colto da coma in mezzo alla strada e trascinato al pronto soccorso, viene sottoposto dal medico di guardia alla solita iniezione di olio canforato, che può non fargli più riacquistare i sensi, mentre una iniezione di insulina avrebbe

potuto ridargli la vita. Ma questo si può ottenere dalla indicazione glicemica della carta di sanità, che il malato potrebbe avere in tasca. Così, il medico di guardia può comprendere questo S.O.S. dell'organismo in sofferenza e provvedere opportunamente.

Noi pensiamo a questa obbligatorietà, ma non ce ne nascondiamo le difficoltà. In Inghilterra i medici sono stati ostili a questa innovazione. I medici inglesi considerano il malato come cosa privata, non pensano a questo grande sistema di socialità e di assistenza.

Abbiamo degli istituti di assistenza; non vorrei alludere a quelli, che hanno fatto così cattiva prova, come le nostre Mutue, le quali sembra che rendano più agli amministratori, che non ai malati ed ai medici. Dicevo, assistenza; noi dovremmo trovare il modo di assistere l'individuo giovando alla collettività. Vi sono compiti poi che lo Stato dovrebbe incoraggiare. Un giornale medico che ho sott'occhio me ne indica uno: quello della dietetica. In questi giorni, è stato inaugurato, a Niguarda, nell'Ospedale Maggiore di Milano, un corso di dietetica e il professore Ragazzi ha invocato che questo corso non sia soltanto riservato ai medici, ma che questi ne diffondano le nozioni alle assistenti sanitarie, che dovrebbero, in questa carenza alimentare che ci affligge, sorvegliare le mense collettive, le mense aziendali. Sono avvenuti dei casi d'intossicazione, per totalismo da ingestione di carni guaste, in due stabilimenti industriali milanesi. La sorveglianza delle mense industriali può essere provvidenziale non soltanto per misurare il numero delle vitamine, il che potrebbe sembrare un'algebra alimentare, ma per impedire il consumo di alimenti deteriorati.

È doveroso un accenno sia pure fugace sulla maternità ed infanzia. Il binomio madre-bambino dev'essere affermato. Ci sono delle istituzioni provinciali, regionali che vanno rimesse in onore. Noi siamo dei regionalisti: pensiamo al decentramento della regione, pensiamo che queste iniziative provinciali e regionali devono essere incoraggiate, e rese

armoniche in un senso nazionale. Ma pensiamo che la madre che ha ottenuto dei vantaggi, potendosi allontanare a tempo opportuno dallo stabilimento quando si avvicina il momento del parto, può farsi poi portare il bimbo nelle apposite sale di allattamento. Ma dovrebbe anche ottenere licenza quando il bambino è ammalato.

Vorremmo che vi fossero delle scuole nelle quali si potesse insegnare anche il compito della madre. Ho qui delle statistiche, fatte da un egregio collega milanese, le quali riferiscono l'alto numero di madri nubili, raccolte in determinati istituti. In questi istituti che sono di beneficenza si insegna il cucito e il ricamo, ma non si pensa al compito materno che dovrebbe avere la donna. Uscendo da questi istituti di beneficenza la donna potrebbe essere un'infermiera magnifica per i nostri nidi di infanzia. Le istituzioni di assistenza alla maternità ed infanzia erano precedenti al fascismo, che in parte le ha trasformate e ha bene operato: non dobbiamo distruggere quello che di benefico si è fatto, soltanto perché è stato fatto dal fascismo.

Dovremmo istituire nella Capitale una Cassa di compensazione fra tutti gli istituti ostetrici e di pubblica assistenza, con il compito di attuare una giustizia distributiva fra tutte le istituzioni periferiche.

Ho finito. Desidero soltanto aggiungere due parole su un altro argomento. Nell'articolo 26, ultimo capoverso; si accenna al divieto di «pratiche sanitarie lesive della dignità umana».

Dopo le delucidazioni date da un membro della Commissione, l'onorevole Corsanego, dovendo ritenere che le pratiche lesive della dignità umana vogliono indicare la sterilizzazione, crederei di omettere la frase, per non lasciare nessuna traccia di certe pratiche nefande. Come in certi codici non si parlava neppure del parricidio per l'orrore che destava quest'orrendo crimine nell'animo del legislatore, ma si preferiva ignorarlo. Anche noi non lasciamo traccia di queste barbarie senza nome nella nostra Costituzione.

Dunque, dicevo, assistenza sanitaria, assistenza che non trasformi i malati in postulanti ed i medici in fiscali. Non bisogna rimettere nelle condizioni il medico di essere un fiscale. Chi ha vissuto durante la guerra nei posti di medicazione e di soccorso sa quale ribellione avveniva nell'animo del medico di fronte al soldato che si trasformava in autolesionista. Tutto questo cercheremo che non avvenga negli istituti di protezione della sanità di domani. Dunque, per il medico, la «pietà che l'uomo a l'uom più deve» e per tutti: una *salus publica*, che deve essere *suprema lex*; *salus* che non sia soltanto nel senso politico, ma anche una *valetudo* effettiva. Noi, che siamo degli ottimisti inguaribili, pensiamo che dopo il tempo buio ci attende una giornata di sole; noi, di fronte all'ignaro tubercoloso che disperde il proprio sputo quasi come un ordigno esplosivo a tutta offesa del prossimo, pensiamo alla Sancetta di Jenner, alla fiala di Behring, ai sulfamidici, alla penicillina; pensiamo che al di là della trincea c'è il vaiolo, le difterite, tutte le malattie infettive e dobbiamo e vogliamo dare uno scudo al cittadino perché si difenda.

Questo grande compito sociale non ci trova divisi, ma tutti riuniti nella difesa della Repubblica che coincide colla difesa dell'umanità.

Se noi abbiamo ammesso che tutti i cittadini, che tutti gli uomini sono uguali di fronte alla legge, dobbiamo anche affermare che tutti gli uomini sono uguali di fronte alla morte, ma dovremmo fare diseguali gli uomini in questo senso: faremo più provvidi e resistenti alle malattie quelli che seguiranno queste regole, questi principî, e quelli che sentiranno che non è soltanto lo Stato che deve tutelare, ma anche i cittadini stessi, che hanno un dovere da compiere ed un impegno che non possono tradire.

E ora Cavallotti:

Mi ero domandato, mentre preparavo questo mio intervento, se l'articolo 26 avrebbe suscitato lo stesso interesse di altri articoli, ma debbo rilevare che

l'articolo 26 della Costituzione non ha suscitato nell'Assemblea lo stesso interesse che hanno suscitato altri articoli forse perché alla povera salute è capitato di trovarsi tra la famiglia e la scuola, tra la dissolubilità e l'indissolubilità del matrimonio da una parte, e la scuola parificata e la scuola statale dall'altra.



Sicché dalla lotta sostenuta fra i diversi gruppi politici su questi argomenti, la povera salute ne è uscita malferma, almeno nella discussione. Io avevo risposto di sì alla mia domanda, perché il diritto alla salute è il primo fra tutti i diritti, e, secondo me, il problema della salute investe problemi di diversa indole: economica, sociale, etica, politica quindi. Avevo risposto di sì alla mia domanda perché il patrimonio salutare del popolo di questa terra, dove cittadini di tutte le nazioni vengono per recuperare la salute, questo patrimonio è molto scadente ed è proprio su questa terra salubre che le masse lavoratrici perdono la salute. Ho risposto ancora di sì alla mia domanda, perché mi sono ricordato dell'episodio storico del dottor Championner, medico francese del secolo scorso, il quale, parlando col suo monarca, ironizzando sulle nuove teorie batteriche di Pasteur e sulla relazione disastrosa fatta da Lister circa la salute dei cittadini francesi di quell'epoca, ebbe a dire: «Dicono che il

vostrò regno stia per essere disgregato da una miriade di esseri diabolici, i batteri; e medici e scienziati affermano che l'unica politica vostra dovrebbe essere quella di ridonare la salute al popolo francese».

Io vorrei riportare qui, in Assemblea, la frase di Championner, con un solo cambiamento, e non dispiaccia alla destra, quella della parola regno in repubblica. Passiamo all'argomento.

Quando si discute il progetto di Costituzione, diversi possono essere gli obiettivi, perché diverse sono le ideologie a seconda dei diversi gruppi politici, diversi sono gli spunti tattici e le linee strategiche, ma c'è un punto che accomuna tutti i diversi gruppi politici, ed è la base di partenza: cioè la reale condizione dei fatti, la situazione nella quale ci troviamo, la realtà obiettiva. E se per altri settori che non siano quello della salute, l'interpretazione di questa base di partenza può essere diversa, a seconda dei diversi gruppi politici, per quel che riguarda la salute abbiamo degli interpretatori che possiamo definire imparziali, cioè i medici, i sanitari, gli scienziati.

E permettetemi, onorevoli colleghi, di dire brevissimamente qualche cosa sullo stato di salute attuale del popolo italiano, perché è su questo che dobbiamo basarci per fissare i principî costituzionali a questo proposito. Non vi tedierò con numerose cifre statistiche anzi desidero farvi un quadro panoramico impressionistico; mi limiterò a ricordarvi che annualmente muoiono in Italia cinquantamila persone di tubercolosi. La cifra è stata fornita qualche settimana fa dall'Alto Commissariato per la sanità; e attualmente sarebbero tubercolotici circa 500 mila italiani. E mi permetterò anche di ricordarvi che, se è vera la tesi che per ogni tubercolotico censito vi sono cinque o sei sfuggiti all'indagine, noi ci troviamo di fronte ad una massa di italiani malati di tubercolosi che va dai due ai tre milioni.

Mi permetterò anche di ricordarvi che muoiono in Italia ogni anno più di cento e sei bambini lattanti su mille nati in quell'anno. Mi permetterò anche di

ricordarvi il grande aumento, la grande diffusione delle malattie infantili, per noi doppiamente dolorose, perché minano il nostro popolo nel suo germoglio, nelle sue radici; e dolorose anche perché dobbiamo riconoscere che se i bimbi oggi stanno peggio di prima, se muoiono, è per colpa dei grandi. E volevo anche dirvi che certe malattie che noi medici vedevamo raramente nei nostri ospedali, nelle nostre cliniche e che chiamavamo curiosità, rarità cliniche, non sono oggi più curiosità né rarità perché affollano i nostri ospedali.

Questa è la situazione di fatto della salute del popolo italiano. E la ragione di tutto questo deve essere ricercata nel tenore di vita del popolo italiano, delle masse lavoratrici italiane: tenore di vita fatto di case-tugurio, dove il sole entra raramente, dove ci si dimentica delle più elementari norme di igiene. Se volete prove tolte da una inchiesta fatta nel 1934, vi dirò che da essa risultava che in quell'anno un milione e 400.000 abitazioni erano senza latrina e un milione e 800.000 abitazioni senz'acqua; vi dirò che risultava anche che a Napoli più di 30.000 persone dormivano in più di dieci nella stessa stanza. Oggi, con le bombe piovute dal cielo e le granate mandateci da cannoni nemici ed amici, Napoli ha perso il suo triste primato, l'ha ceduto all'Italia tutta, Napoli si è nazionalizzata nella sua sciagura.

Tenore di vita, quello del popolo lavoratore italiano, fatto di cinghie più o meno strette, ma sempre piuttosto strette che poco; e le pance vuote sono tristi complici di malattie. Tenore di vita, infine, fatto di alimentazione unilaterale, fatto di insopportabili ricordi fisici e morali di questa guerra che abbiamo passata.

Di fronte a questo patrimonio salutare così scadente, di fronte a quei 500.000 tubercolotici diagnosticati e ai due o tre milioni di tubercolotici presunti, abbiamo in Italia 60.000 letti sanatoriali; anzi, forse sono ancora di meno in questo momento, perché proprio questa mattina è venuta la notizia che tremila letti di un complesso sanitoriale milanese verranno a mancare per ragioni economiche.

Di fronte a ciò, vi è una carenza di letti ospedalieri, per cui siamo scesi, in alcune regioni italiane, al mezzo per mille, quando la media delle nazioni civili è del sei per mille.

Di fronte a ciò, vi sono le visite, le cosiddette visite assicurative, le quali sono caratterizzate dalla mancanza di fiducia dell'assistito verso il medico da una parte; e dall'altra, dalla molta fretta del medico che ha un numero eccessivo di malati da visitare.

E ancora vi sono numerose file di troppo ingenue medicine, lo ha già ricordato ieri il collega onorevole Spallicci, e vi sono anche numerose file di altrettanto ingenui sciropi che formano la farmaceutica delle classi meno abbienti. Vecchi decotti dell'illusiva scienza medica del secolo scorso, nuove soluzioni che hanno una proprietà, quella di nuocere. Vi è poi un insieme di organismi assistenziali i quali lavorano autonomamente, ciascuno per proprio conto, qualche volta anzi addirittura in contraddizione l'uno di fronte all'altro. Tutti quanti poi fanno questo bel servizio, di far girare l'ammalato da un istituto all'altro, prima di ricoverarlo, prima di aiutarlo. E accanto alle istituzioni controllate dallo Stato, vi sono le cosiddette istituzioni private — i cosiddetti istituti di beneficenza — con le loro crisi spasmodiche di attività e quelle negative di afflosciamento. La mia critica può sembrare superficiale, ma investe diversi settori.

Questa mia critica, onorevoli colleghi, investe prima di tutti gli altri, il settore economico. Forse qui parlo in anticipo sul titolo terzo del progetto costituzionale: ma non voglio dire che poche parole. Ho detto che la mia critica investe particolarmente il settore economico perché, a proposito del problema della salute, c'è da rispondere ad una domanda cui ancora non abbiamo risposto per altri problemi: chi paga? Chi paga quella che possiamo definire la ricostruzione della salute? Noi sosteniamo che i lavoratori non debbono pagare più, come hanno pagato sino ad ora; noi sosteniamo che quella aliquota, cosiddetta assicurativa, non debba essere più sottratta

dal salario, ma debba anzi essere parte integrante del salario stesso.

Ma, in pratica, come possiamo rispondere alla domanda poc'anzi formulata: chi paga? Ci sono patrimoni che si possono far gravare di molte imposte; ci sono oggetti di lusso i quali possono essere sottoposti a tassazione; tassazione su coloro che adoperano il superfluo, in vantaggio di coloro che domandano la salute.

La mia critica investe anche il settore tecnico-organizzativo. Voi sapete che in Italia esiste una medicina propria delle classi lavoratrici: essa è la medicina assicurativa. Tale medicina oggi dà ben scarsi risultati, e vi sono alcuni che trovano a decine a decine le ragioni della deficienza di questa medicina assicurativa: mancanza di persone capaci che l'amministrino, mali burocratici, mancanza nell'amministrazione e direzione, degli interessati, i lavoratori. Ma c'è anche un altro male, la cui guarigione dovrà risultare, io lo spero, nel progetto di Costituzione, ed è questo: la mancanza di fiducia che il malato ha verso il medico cosiddetto assicurativo.

Dobbiamo svelarci, colleghi medici, ai colleghi deputati? Facciamolo.

Noi abbiamo la brutta abitudine di prescrivere delle medicine. Qualche volta le prescriviamo sicuri che esse facciano bene all'ammalato; molte volte ci illudiamo semplicemente che esse possano recargli giovamento; e qualche altra volta ancora prescriviamo medicine, perché dobbiamo ben dare qualche cosa in cambio dell'emolumento della nostra visita. Ma, oltre a queste medicine, noi medici siamo convinti dell'esistenza di un'altra medicina, della quale non possiamo segnalare il significato scientifico, che la prassi giornaliera ci dice esistere: la fiducia del malato verso il medico. Quando c'è la fiducia nel medico, l'ammalato guarda verso la guarigione; quando la fiducia nel medico non c'è, l'ammalato guarda verso la morte.

Che cosa vuol dire questa fiducia? Questa fiducia vuol dire libera scelta, da parte dell'ammalato, del medico che lo deve curare.

Ed a questo proposito sono stato incaricato dall'Associazione dei medici liberi professionisti della provincia di Milano e poi ancora dal Consiglio dei Medici fiduciari delle Casse Mutue, di esporre all'Assemblea Costituente i desideri di questi sanitari, e cioè che il progetto di Costituzione garantisca il rapporto di fiducia fra medici ed assistiti. Qualunque sia la organizzazione futura sanitaria, si deve garantire questo al malato, di scegliere il medico che desidera.

La mia critica investe anche il settore morale. Ho parlato della esistenza di istituti cosiddetti di beneficenza, più o meno privati della carità. In regime di liberazione dal bisogno, quale è quello che noi vogliamo instaurare in Italia, questa assistenza caritatevole, paternalistica non deve più esistere. Essa era stata motivata nei secoli scorsi da due ragioni, una ragione che definirò di ordine egoistico e l'altra ragione squisitamente economico politica.

La prima ragione è questa: certi benefattori e certe benefattrici hanno voluto fare una virtù personale di un dovere di solidarietà ed hanno creduto di potersi fare perdonare così nell'al di là di certi peccatucci che avevano commesso nell'al di qua. Insomma, le istituzioni caritatevoli fanno per costoro da anticamera del Paradiso.

La seconda ragione è una ragione squisitamente economico-politica e ce lo dice il fatto che troviamo a capo di questi istituti, il capitale industriale, bancario ed agrario. Chi non vuole riconoscere la necessità di soddisfare i diritti dei lavoratori, elargisce elemosine.

Desidero ricordare ai colleghi deputati, che le ragioni addotte non sono state partorite in questo momento dalla mia mente, ma sono state scritte da un sociologo, che masticava poco Marx, da un sociologo del secolo scorso, il Viganò, nel 1869. La mia critica investe infine il settore economico professionale medico. Sarò breve su questo punto. Due parole per significarvi quale triste vita conducono molti gruppi di medici. A Milano, dodici medici reduci e partigiani, hanno lasciato il bisturi e lo stetoscopio, perché,

visto che l'uso di questi strumenti non riusciva a sfamarli, hanno preferito indossare i cinturoni dei metropolitani notturni.

Se questa è la situazione sanitaria, quali sono gli obiettivi che dobbiamo prefiggerci? Io direi che è sostanzialmente uno: quello di garantire la sicurezza sanitaria della popolazione su una base di solidarietà. Badate, che il concetto assicurativo ha ancora in sé qualche cosa di egoistico. Il concetto di solidarietà è qualche cosa di molto più avanzato del concetto assicurativo, perché esso pretende una fusione fra classe e classe, fra categoria e categoria, fra sano ed ammalato. Se noi vogliamo dare uno sguardo panoramico mondiale alla situazione, possiamo vedere come la questione è stata risolta dalle altre Nazioni, come questo problema della salute è stato risolto, perché, non si sta male soltanto in Italia. E se non vogliamo guardare verso le nazioni progredite dell'Est, dell'oriente, verso la Nazione socialista sovietica, verso la repubblica democratica jugoslava, perché qualcuno potrebbe obiettare che quando guardiamo da quella parte abbiamo gli occhi abbacinati dal sole di quella società, — e noi controbattiamo che v'è qualcun altro che ha gli occhiali affumicati dallo scetticismo e dalla prevenzione denigratrice — guardiamo pure verso occidente, guardiamo all'Inghilterra, per esempio.

Questo paese ha creduto di risolvere, o ha risolto, il problema della salute del suo popolo, costituendo un servizio sanitario nazionale e cioè mettendo tutti i sanitari a servizio dello Stato. Questo si è fatto in Inghilterra, ma alla Camera dei Comuni vi è stato qualcuno che si è opposto al nuovo tipo di organizzazione sanitaria inglese, in difesa dei privilegi dei cosiddetti liberi professionisti inglesi. Ha risposto loro, e duramente, il signor Lasky ammonendo i medici poco patriottici ed umanitari che non si servono contemporaneamente due padroni, l'umanità sofferente e l'oro, o l'uno o l'altro.

Vi è un altro Paese, la Nuova Zelanda, che ha un servizio nazionale sanitario

già in efficienza da circa 10 anni. La popolazione di quella nazione dal momento in cui nasce, anzi ancor prima di nascere, dal momento in cui è nel ventre della madre al momento in cui muore, è sicura di avere la sua assistenza sanitaria gratuita. Io ho ricordato questi esempi perché, se noi vogliamo garantire ai lavoratori e alle loro famiglie un'assistenza degna d'una nazione civile è necessario che la sanità pubblica sia, nella nuova riforma, pianificata ed organizzata su nuove e più allargate basi. Assistenza collettivistica, quindi, della quale non conosco che due tipi, o l'assistenza nazionale, tipo quella che è stata effettuata in Inghilterra, oppure l'assistenza nell'ambito del lavoro, cioè l'assistenza assicurativa estesa anche ai lavoratori indipendenti ed alle famiglie di questi lavoratori.

L'Inghilterra ha scelto la prima strada; ma le condizioni esistenti in Italia oggi sono molto diverse da quelle esistenti in Inghilterra, e pertanto la riforma sanitaria inglese fa parte di un vastissimo piano, il modificato piano Beveridge, mentre in Italia ancora non abbiamo alcun piano.

E poi c'è una ragione storica che ci deve far propendere verso l'assicurazione del tipo lavorativo. Vi ricordo a questo proposito le gloriose e vecchie mutue di soccorso dei nostri lavoratori, quelle mutue di soccorso che segnano un'evoluzione nella fase produttiva del nostro Paese, e cioè la fase di passaggio dalla produzione agricola all'agricola-industriale. Quando sono cominciate le prime officine, quando sono cominciate le prime industrie e i lavoratori si sono accorti che i legislatori non pensavano ad assicurarli contro l'incapacità lavorativa per malattia, essi hanno fatto una cosa molto semplice, col buon senso e lo spirito di previdenza che caratterizza la nostra gente: si sono assicurati da soli ed hanno creato le mutue di soccorso, quelle associazioni tanto utili e così ben funzionanti, anche se stemmate con la ingenua stretta fra due mani, simbolo della solidarietà umana.

Voglio trovare in esse il principio sancito dall'Unione sovietica: «La difesa della salute dei lavoratori spetta ai lavoratori stessi».

Un valoroso collega, l'onorevole professore Caso, disse giorni fa all'Assemblea: «Come uomo e come medico io difendo nell'intimo della mia coscienza i miei colleghi e soffro nel vedere i miei valorosi colleghi ed i lavoratori stretti nelle maglie della speculazione, da parte di intriganti che pullulano nelle organizzazioni assistenziali».

Ho voluto ricordare le parole dell'onorevole Caso, ed ho voluto ricordare anche le mutue di soccorso fra lavoratori, non per capriccio, perché e l'osservazione d'un medico e la citazione storica debbano persuaderci che se vorremo nel futuro avere organizzazioni assistenziali ben funzionanti, bisogna mettere a capo di esse, coloro che sono direttamente interessati, i lavoratori. I lavoratori sanno difendere la loro salute, perché sanno ch'è il patrimonio più prezioso.

Di fronte a tutto ciò, alla reale situazione sanitaria, salutare ed assistenziale, s'erige nella sua asciuttezza l'articolo 26, che è tutto da rivedere. Ed infatti gli emendamenti che ad esso sono stati proposti non vanno sotto il nome di emendamenti, ma di vere e proprie sostituzioni. È dunque un articolo tutto da rifare. Comunque criticiamolo.

L'articolo 26 dice che la Repubblica tutela la salute, promuove l'igiene e garantisce le cure gratuite agli indigenti. In questa formula evidentemente gli onorevoli costituenti, o meglio la Commissione compilatrice del progetto, ha creduto di vedere anche l'azione preventiva medica. Ora, noi medici diciamo che vogliamo vedere in una Costituzione che ha un valore storico qualcosa che sia più incisivo nei riguardi della protezione della salute. Perché non bisogna dimenticare che la medicina ha fatto una svolta da parecchi anni ad oggi, ed è diventata soprattutto preventiva. Noi ci inchiniamo di fronte alle grandi scoperte della scienza moderna, alla scoperta della penicillina e della streptomina anglosassoni, e della gramicina sovietica. Ma sappiamo

che molto di più di queste scoperte vale la possibilità, socialmente parlando, di poter effettuare periodicamente visite odontoiatriche o visite radiologiche per l'apparato respiratorio. Quindi l'articolo 26 dovrebbe fare un'affermazione più marcata dell'opera preventiva in difesa della salute.

In questo articolo si parla di cure gratuite agli indigenti. Ma quali cure? La Costituzione francese è più coraggiosa. Parla infatti di «tutte le cure che la scienza offre». E anche noi dovremmo avere questo coraggio, e garantire ai lavoratori la protezione della loro salute con tutti i mezzi messi a disposizione della scienza. Non si può continuare soltanto con la somministrazione delle solite medicine a base di calcio o coi soliti sciroppi di poligala; l'assistenza sanitaria non può conoscere la relatività e la sperequazione: si deve dare tutto e a tutti in eguale misura.

D'altra parte non si può continuare con la vecchia formula paternalistica che parla di poveri e di indigenti. Perché se è vero che l'iter di un lavoratore può essere interrotto da una infermità e la sua capacità lavorativa può esserne diminuita o addirittura annullata, è altrettanto vero che quel lavoratore deve restare sempre per noi un lavoratore che ha diritto all'assistenza, e non essere considerato come un povero. Egli ha diritto ad essere assistito finché non riacquisti la capacità di tornare al lavoro. Del resto, il concetto della cura gratuita agli indigenti urta contro il principio dell'articolo 31, il quale dice che la Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro ed esige da tutti i cittadini il dovere di svolgere una attività. Il concetto della indigenza deve essere bandito. È un concetto che urta anche contro l'articolo 34, che, parlando dell'assistenza ai lavoratori, sconfigge il vecchio criterio della povertà ed innalza il nuovo concetto della solidarietà.

Dirò per ultimo qualcosa su quel comma dell'articolo 26 che parla di pratiche sanitarie lesive della dignità umana. Viene spontaneo di domandarsi che cosa ci stia a fare questa dichiarazione.

*E lì per lì confesso che ho pensato che la Costituente volesse dichiarare guerra alle innocenti cannule da clistere, ree di alto tradimento per aggressione alle spalle della dignità umana. Ma non era questa, evidentemente, la ragion d'essere del comma. Forse si è pensato alla sterilizzazione, forse all'aborto; forse qualcuno ha pensato a certe pratiche mediche che oggi sono riti religiosi, come la circoncisione, che possono venire interpretate come violazione della dignità personale.*

*Crediamo che questo comma non debba entrare nella Costituzione e che, se mai, di proibizione dell'aborto o della sterilizzazione si debba occupare la legislazione ordinaria.*

*Credo di avere messo l'Assemblea a conoscenza di quello che il partito comunista vorrebbe che fosse la Carta costituzionale riguardo la tutela della salute.*

*Mi auguro di essere stato felice nel rendere quello che io sento come medico e come studioso di problemi sanitario-sociali; e mi auguro anche di essere stato felice nell'espone quello che sento come uomo politico, rappresentante delle masse lavoratrici. Spero che quel punto di incontro, di cui ha parlato il compagno Togliatti, in un suo discorso in questa Assemblea, punto di incontro dei diversi raggruppamenti politici, si possa trovare a questo proposito.*

*Mi auguro che il popolo italiano possa avere tra qualche giorno la notizia che, al di fuori d'ogni ideologia e d'ogni strategia, l'Assemblea Costituente, all'unanimità, ha sancito il diritto alla salute per il popolo italiano, sulla base della solidarietà, contro qualsiasi speculazione, contro qualsiasi sopraffazione ed egoismo, per l'unione intima dell'umanità cosiddetta ricca all'umanità cosiddetta povera, dell'umanità sofferente all'umanità sana, dell'umanità dolente all'umanità gioiosa.*

Si toccano, come visto, temi oggi più che mai di una scottante attualità. Temi che risuonano in quella che sarà la versione finale dell'Articolo 26, successivamente numerato come 32.

La discussione in Assemblea costituente il 24 Aprile 1947 verte, soprattutto,

su chiarificazioni in merito ad alcuni concetti.

Ad esempio quelli di dignità e personalità. In tal senso, Giuseppe Caronia afferma con chiarezza che:

*In una prima dizione noi avevamo espresso un principio limitativo dei poteri della legge, principio anche contenuto nell'articolo proposto dalla Commissione, dove alla parola «dignità», che riguarda la figura morale dell'individuo, avevamo sostituito la parola «personalità». Ma abbiamo, dopo più ponderato esame, rinunciato alla enunciazione, perché non vogliamo pensare che possano mai affermarsi nel nostro Paese pratiche che comunque possano ledere la personalità umana, quali la sterilizzazione obbligatoria, l'obbligo della visita prematrimoniale e simili aberrazioni.*

*Abbiamo piuttosto, in connessione al terzo comma, voluto affermare il principio che la legge garentisca i rapporti di fiducia tra medico e ammalato, perché ci sembra ciò opportuno per il rispetto alla libertà dell'esercizio professionale ed alla volontà di scelta da parte dell'ammalato. Il principio riguarda anche la delicata questione del segreto professionale che è bene sia garentito.*

Come si vede, la Salute non riguarda solo questioni di carattere tecnico-burocratico, ma soprattutto etiche. Punto su cui i padri costituenti hanno posto meticolosa attenzione.

Attenzione che risuona, nel senso heideggeriano di timbro della parola, nella versione finale dell'Articolo 32, del quale si riportano, in conclusione di questa prima parte del presente saggio, le varie stesure sino alla redazione ultima:

*Il 28 gennaio 1947 la Commissione per la Costituzione in seduta plenaria approva il seguente articolo:*

*«La Repubblica tutela la salute e l'igiene ed assicura cure gratuite agli indigenti. Nessun trattamento sanitario obbligatorio può essere stabilito se non per legge.*

*La legge non può imporre pratiche sanitarie lesive della dignità umana».*

*Testo definitivo del Progetto di Costituzione elaborato dalla Commissione:*

*Art. 26.*

*La Repubblica tutela la salute, promuove l'igiene e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

*Nessun trattamento sanitario può essere reso obbligatorio se non per legge. Sono vietate le pratiche sanitarie lesive della dignità umana.*

*Il 24 aprile 1947 l'Assemblea Costituente approva il seguente articolo:*

*«La Repubblica tutela la salute come un fondamentale diritto dell'individuo e come un generale interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

*Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, la quale però non può violare i limiti imposti dal rispetto della personalità umana».*

*Testo coordinato dal Comitato di redazione prima della votazione finale in Assemblea e distribuito ai Deputati il 20 dicembre 1947:*

*Art. 32.*

*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.*

*Testo definitivo dell'articolo:*

*Art. 32.*

*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.*

Se alla fine degli anni '40 le tre grandi battaglie dei socialisti erano state vinte – la Repubblica, la defascistizzazione del Paese e l'approvazione di una moderna ed avanzata Costituzione – l'impegno di Nenni alla guida del Psi si caratterizza per la chiara necessità di applicare i principi costituzionali, per la difesa della democrazia, della libertà e per i diritti dei lavoratori e dei cittadini. Con questi propositi, dopo anni di dura opposizione al governo democristiano, dal 1955, cioè dal Congresso di Torino, il Psi avalla «l'urgenza di risolvere il problema con le masse cattoliche e quindi con la Democrazia cristiana sul terreno della collaborazione democratica per attuare la Costituzione» (*dal testo della dichiarazione "Appello al Paese" approvata al Congresso di Torino*). La cosiddetta "apertura a sinistra". Su questo terreno Nenni non aveva il consenso di tutto il partito ma fu agevolato, poco tempo dopo, da alcuni eventi internazionali, come l'invasione dell'Ungheria da parte dei carri armati sovietici, che gli consentirono di far cambiare rotta al Psi, mettendo alle spalle il decennale patto di unità d'azione con i comunisti e permettendogli di avvicinarsi ai socialdemocratici del vecchio amico Saragat e di dialogare con i cattolici. Interessati al cambio di vedute e di strategia politica di Nenni il Governo degli Stati Uniti che, in quella fase, approva l'allontanamento del Psi dall'influenza del blocco comunista e guarda con interesse alla riunificazione socialista in quanto fornisce una valida opposizione all'egemonia democristiana e pone un'ampia base per le riforme economiche e sociali in Italia, come simboleggia il cosiddetto "Piano Vanoni"» (*Documento segreto della CIA, del 24 ottobre 1956*). Entrare al Governo, spingere per una coalizione di centro sinistra capace di fare le riforme per attuare la Costituzione e per modernizzare il Paese divenne la battaglia dirimente per Nenni e i socialisti. Celebre, per comprendere la nuova direzione, il discorso che Nenni fece in occasione del 70° anniversario del Psi, nell'ottobre del 1962, quando a tal proposito definì "un'esigenza storica" la collaborazione dei socialisti con i cattolici per l'applicazione della Costituzione. Vi era alla base, senza dubbio, il tema della giustizia sociale e della modernizzazione del Paese ma soprattutto l'esigenza di attuire, in quel frangente, gli effetti dell'impetuoso sviluppo economico che non solo non aveva attenuato, ma che anzi aveva esasperato gli squilibri strutturali del sistema capitalistico italiano. Accanto ai temi della scuola, del lavoro e dei diritti, assume sempre più importanza per i socialisti il tema dello sviluppo di politiche pubbliche sanitarie, quale elemento indispensabile di sicurezza sociale che doveva essere garantito a tutti i cittadini. Un tema che, ad onor del vero, nei piani e nei programmi elettorali del Psi quasi non appare se non agli inizi degli anni '60, forse per l'assenza tra i dirigenti socialisti – ancora legati ai condizionamenti dettati dal filo sovietismo degli anni precedenti (Scroccu, 2013) e ad una immagine "classista" del partito – di una chiara cultura riformista e di una moderna visione di welfare state. Sul terreno delle politiche sanitarie l'Italia era molto indietro rispetto ad altri Paesi avanzati. Basti considerare che il Ministero della sanità era stato creato solo nel 1958 (assume il primo incarico il democristiano Monaldi) con l'entrata in vigore della legge 296 del 13 marzo 1958. Seppur di fronte ad una embrionale articolazione organizzativa (con l'istituzione del Consiglio Superiore di Sanità pubblica), il sistema mutualistico determinava forti squilibri e l'assenza di una efficace programmazione nazionale.

Nei programmi del Psi la riorganizzazione dei servizi sanitari doveva ispirarsi, per usare una formula oggi in voga, al principio di sussidiarietà, prevedendo il fattivo coinvolgimento degli

Enti locali, nei suoi diversi livelli, della provincia e dei Comuni (in attesa della costituzione delle Regioni) all'organizzazione e alla gestione degli istituti di assistenza e igienico-profilattici che andavano sottratti al monopolio degli Istituti privati.

Una battaglia politica molto complicata, considerato l'ostracismo delle Istituzioni private – alcune legate al mondo ecclesiastico – che gestivano gran parte degli enti ospedalieri. Ad opporsi anche il settore dell'industria farmaceutica. Ma l'Italia negli anni sessanta aveva bisogno di progressi e di riforme sociali e civili,

Con l'impegno dei socialisti negli anni '60, nei cosiddetti governi di centro-sinistra, furono raggiunti significativi obiettivi e varate riforme epocali che cambieranno il volto del Paese, soprattutto nell'ambito della scolarizzazione (con la riforma della scuola media unica), dello sviluppo industriale (con la nazionalizzazione dell'energia elettrica) e dei diritti e delle tutele dei lavoratori (la legge sui licenziamenti individuali, che aprirà la strada allo Statuto dei lavoratori del 1970). La tenace azione "riformista-rivoluzionaria" (per usare una felice formula lombardiana) dei socialisti si dovette scontrare con diverse difficoltà determinate dalla ritrosia conservatrice delle forze moderate e cattoliche, che determinarono inevitabili ripercussioni sulla tenuta dei governi di coalizione. Inoltre lo scarso peso in parlamento, in quanto il Psi aveva perso, con la scissione di Basso, Vecchiotti e Foa (che avevano dato vita al Psiup) quasi un terzo dei parlamentari, rendeva difficile reggere lo scontro con la Dc. Per gli scissionisti il Psi, con la scelta di governare con i democristiani, aveva «abbandonato la lotta di classe e gli ideali del socialismo, per integrarsi invece nel sistema borghese (Mattera, 2010)». Una scissione voluta da pochi e subita da molti (Tamburrano, 1971).

Nonostante le difficoltà incontrate nel percorso legislativo e riformista, si procedette anche in ambito socio-sanitario ad alcune prime importanti leggi. Diverse iniziative portano la firma di ministri socialisti. Nel 1° Governo Moro il socialista Giacomo Mancini viene nominato Ministro della Sanità, imponendo subito l'adozione del vaccino Sabin contro la poliomielite, salvando in questo modo migliaia di bambini e introducendo negli ospedali il principio del "4-2-1" (in questo modo i primari potevano guadagnare al massimo 4 volte di più degli assistenti e 2 più degli aiuti), intervenendo sugli squilibri retributivi nel settore sanitario.

Sfide riformiste per rendere più equo e universalistico il sistema sanitario che furono raccolte dal suo successore, il socialista Mariotti, che legherà il suo nome alla legge n. 132/68, che estese il diritto all'assistenza ospedaliera a tutti i cittadini, uniformando e rendendo più razionale la rete sanitaria nazionale, classificando gli ospedali in zonali, provinciali e regionali. Gli ospedali, come abbiamo visto, fino ad allora per lo più gestiti da enti di assistenza e beneficenza, divennero Enti pubblici ospedalieri. Una legge di grande respiro seppur i buoni propositi del Ministro non si tradussero in una riforma efficace sia a livello di governance che di qualità dei servizi socio-assistenziali. La visione "ospedalocentrica" contribuì ad implementare i ricoveri e la spesa di danaro pubblico. Senza dubbio, però, va ricordato che con Mariotti, il sistema delle mutue, da anni in forte dissesto finanziario, fu man mano superato, prima con il commissariamento e poi con la liquidazione. Si trattò, comunque di un considerevole passo in avanti di un lungo cammino culminato con l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1978, che porta la firma di un altro socialista: il Ministro Aniasi.

# Dal diritto alla **SALUTE** alla tutela dell'**AMBIENTE**

## Criticità e prospettive di tutela



## Il riconoscimento del diritto all'ambiente a partire dal paesaggio e dal diritto alla salute

di Alfredo Morrone<sup>(1)</sup>

La tutela dell'ambiente, originariamente, veniva ricondotta «ad interessi di altro tipo, come l'interesse alla tutela della salute»<sup>(2)</sup>. La Costituzione repubblicana, infatti, nella versione approvata dall'Assemblea costituente, non menzionava espressamente l'«ambiente»<sup>(3)</sup>.

Invero, l'art. 9 Cost. tutela solo il «paesaggio». L'interpretazione di quest'ultimo concetto, inizialmente, era materialistica e statica e coincideva con la nozione di «bellezze naturali», come si evince dalle prime letture dottrinali e giurisprudenziali. Lo stesso concetto, poi, di «bellezze naturali» veniva introdotto nell'ordinamento italiano con la legge n. 1497 del 29 giugno 1939 sulla «Protezione delle bellezze naturali», la quale tutelava una serie di beni naturali e paesaggistici in ragione del loro particolare valore estetico e tradizionale<sup>(4)</sup>.

Tale interpretazione e, dunque, l'identificazione dell'oggetto della tutela di cui all'art. 9 Cost. con le «bellezze naturali» di cui alla legge n. 1497/1939 è stata sostenuta in dottrina<sup>(5)</sup> e condivisa a lungo dalla Corte Costituzionale, la quale ha affermato che la tutela del paesaggio deve essere intesa come volta a soddisfare esigenze di tipo prevalentemente estetico<sup>(6)</sup>. L'orientamento giurisprudenziale prospettato è stato definito in dottrina come «teoria della cristallizzazione» o «della pietrificazione», nel senso che la tendenza era quella di tutelare i beni ritenuti rilevanti sotto il profilo

(1) Docente di diritto amministrativo nell'Università degli Studi di Chieti-Pescara "Gabriele d'Annunzio".

(2) Si veda M. Cecchetti, *Principi costituzionali per la tutela dell'ambiente*, Milano, Giuffrè, 2000, p. 13.

(3) P. Bilancia, *Le Regioni e l'ambiente: elementi comparati nel costituzionalismo europeo contemporaneo*, in *Corti supreme e salute*, 2019, p. 331.

(4) Nella stessa direzione andava già la precedente legge n. 778 dell'11 giugno 1922, recante norme "per la tutela delle bellezze naturali e degli immobili di particolare interesse storico".

(5) Si veda A.M. Sandulli, *La tutela del paesaggio nella Costituzione*, in *Rivista giuridica dell'edilizia*, 1967, p. 72.

(6) Cfr., *ex multis*, Corte cost. n. 65/1959; Corte cost. n. 56/1968; Corte cost. n. 142/1972; Corte cost. n. 141/1982.

costituzionale rendendoli «intangibili» per il privato e per i pubblici poteri.

In questa prima fase, pertanto, il paesaggio viene tutelato come valore estetico.

Successivamente, a partire dagli anni '70, sia in giurisprudenza che in dottrina, si è registrata una diversa interpretazione dell'art. 9 Cost., che deriva da una nuova concezione del termine «ambiente», non più ancorata ad un mero criterio estetico. Nasce, dunque, la consapevolezza che l'ambiente non sia una risorsa infinitamente sfruttabile, ma trattasi di un bene limitato e, di conseguenza, bisognoso di essere tutelato e preservato dall'attività umana<sup>(7)</sup>. A tal proposito, già la sentenza della Corte Costituzionale n. 239/1985 superava il canone estetico per introdurre uno estetico-culturale<sup>(8)</sup>. Viene, quindi, introdotta definitivamente una concezione «dinamica» di paesaggio.

La progressiva emersione come valore costituzionale dell'ambiente è legata sì all'art. 9 Cost., come fin qui detto, ma anche all'art. 32 Cost.: è possibile affermare che la tutela dell'ambiente viene percepita proprio in funzione della tutela della salute. Ed è noto come la giurisprudenza della Corte di Cassazione abbia, a partire dal 1979, muovendo dall'art. 32 Cost., riconosciuto l'esistenza nell'ordinamento italiano di un diritto soggettivo all'ambiente salubre.

Di particolare interesse è, poi, la sentenza della Corte Costituzionale n. 210 del 1987 nella quale viene individuato il «valore ambientale» come valore costituzionale primario. Si legge, nella decisione menzionata, che l'ambiente viene riconosciuto come «*diritto fondamentale della persona ed interesse fondamentale della collettività*», ricomprendente «*tutte le risorse naturali e culturali*» derivanti dallo stesso, le quali sono espressione di un «*diritto*

*fondamentale della persona*» e rappresentano un «*interesse fondamentale della collettività*» tutelato da «*valori che in sostanza la Costituzione prevede e garantisce (artt. 9 e 32 Cost.)*».

In tale approccio, dunque, l'ambiente è costituzionalmente protetto perché idoneo a produrre elementi funzionali alla concretizzazione dei valori della salute e del paesaggio.

Inoltre, la giurisprudenza della Corte Costituzionale ha attribuito alla tutela dell'ambiente lo status di «*valore costituzionale primario*». Tale ultimo concetto, seppur non idoneo ad affermare la superiorità del bene ambiente in relazione ad altri valori costituzionali, rinvia ad una gerarchia fissa all'interno della quale è impedita la sua pretermissione.

Bisogna rilevare, però, come la giurisprudenza costituzionale abbia, in seguito, accolto la concezione di gerarchie mobili, in base alla quale il bilanciamento tra i diversi «valori» costituzionali non può essere operato in «astratto», senza valutare il caso concreto. Invero, attraverso la sentenza n. 85 del 2013 si afferma proprio come l'equilibrio di cui trattasi sia «*dinamico e non prefissato in anticipo*» e, quindi, «*deve essere valutato – dal legislatore nella statuizione delle norme e dal giudice delle leggi in sede di controllo – secondo criteri di proporzionalità e di ragionevolezza, tali da non consentire un sacrificio del nucleo essenziale*».

La Corte Costituzionale, attraverso la suindicata pronuncia, afferma come non esistano nell'ordinamento italiano dei valori costituzionali idonei a prevalere rispetto ad altri, portando ad escludere, quindi, anche la prevalenza di «ambiente» e «salute», seppur definiti «*valori primari*».

Appare opportuno, a questo punto, chiedersi in cosa consista la primarietà

della tutela dell'ambiente e della salute. È proprio la sentenza del 2013, sopra citata, che cerca di dare una risposta al quesito posto. Primarietà significa che «*gli stessi non possono essere sacrificati ad altri interessi, ancorché costituzionalmente tutelati*».

Dunque, la primarietà degli interessi ambientali si esplica nella «*necessità che essi debbano sempre essere presi in considerazione nei concreti bilanciamenti operati dal legislatore e dalle pubbliche amministrazioni*». Quindi, la «primarietà» non è «un vincolo di risultato, ossia la soddisfazione automatica e piena dell'interesse collegato al valore in questione», ma rappresenta la certezza che questo venga sempre rappresentato e preso in considerazione<sup>(9)</sup>.

## L'evoluzione della legislazione ambientale

Quanto all'evoluzione legislativa dell'ambiente, prima del 1986 la tutela ambientale non era oggetto di una specifica disciplina. Difatti, erano presenti solo alcune disposizioni in codici e in discipline generali, come, ad esempio, il testo unico delle leggi sanitarie (R.D. 27 luglio 1934, n. 1265), o in leggi speciali poste a tutela di interessi prossimi alla salvaguardia ambientale. Accanto a queste, poi, si riscontravano discipline speciali, caratterizzate da finalità prettamente economiche, che si limitavano a precisare la quantità d'uso di determinate risorse.

Il riconoscimento da parte della Corte Costituzionale del «bene ambiente» quale interesse pubblico di valore

(7) Si veda M. S. Giannini, *Primi rilievi sulle nozioni di gestione dell'ambiente e di gestione del territorio*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, 1975.

(8) Si veda C. Drigo, *Ambiente e paesaggio*, in *Diritto costituzionale. Casebook*, Rimini, Maggioli, 2013, p. 655.

(9) Si veda M. Cecchetti, *L'ambiente come oggetto di tutela giuridica: il problema delle nozioni e delle qualificazioni normative*, in *federalismi.it*, n. 25/2006 par. 3.2.3.

costituzionale primario ed assoluto<sup>(10)</sup>, ha spinto l'intera società italiana a prendere coscienza, anche a livello politico, dell'importanza dei temi ambientali e della correlazione tra questi e la tutela della persona e della salute<sup>(11)</sup>. In seguito, attraverso l'emanazione, a titolo meramente esemplificativo, delle leggi istitutive dei parchi nazionali «storici», della legge relativa all'inquinamento atmosferico del 1966, della legge del 1974 sulle sostanze pericolose, della legge 10 maggio 1976, n. 321, c.d. legge «Merli», sull'inquinamento idrico<sup>(12)</sup>, si riscontra nell'ordinamento italiano una tendenza a tutelare direttamente la materia ambientale. Dunque, fino ai primi anni '80 del XX secolo, è prevalso un approccio settoriale nel regolamentare la disciplina in esame.

Avverso tale approccio, la legge istitutiva del Ministero dell'ambiente, nello specifico, la Legge 8 luglio 1986, n. 349, intendeva realizzare una sorta di rivoluzione nel processo di sviluppo di un nuovo diritto dell'ambiente.

Si legge, infatti, all'art. 1 che «è compito del Ministero assicurare, in un quadro organico, la promozione, la conservazione ed il recupero delle condizioni ambientali conformi agli interessi fondamentali della collettività ed alla qualità della vita, nonché la conservazione e la valorizzazione del patrimonio naturale nazionale e la difesa delle risorse naturali dall'inquinamento».

*Il Ministero compie e promuove studi, indagini e rilevamenti interessanti l'ambiente; adotta, con i mezzi dell'informazione, le iniziative idonee a sensibilizzare l'opinione pubblica alle esigenze ed ai problemi dell'ambiente, anche attraverso la scuola, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione.*

*Il Ministero instaura e sviluppa, previo coordinamento con il Ministero degli affari esteri e con gli altri Ministeri interessati, rapporti di cooperazione con gli organismi internazionali e delle Comunità europee.*

*Il Ministero promuove e cura l'adempimento di convenzioni internazionali, delle direttive e dei regolamenti comunitari concernenti l'ambiente e il patrimonio naturale.*

*Il Ministero presenta al Parlamento ogni due anni una relazione sullo stato dell'ambiente»<sup>(13)</sup>.*

Bisogna valutare obiettivamente quale sia stata l'incidenza politica, sociale e giuridica della legge summenzionata, considerato che essa ha perso, col tempo, spessore e centralità rispetto al resto della legislazione ambientale per le motivazioni che si spiegheranno nel prosieguo.

In primo luogo, le funzioni e competenze della struttura centrale sono state ampliate, fino a ricomprendere anche la tutela del territorio e del mare. Ancora, alcuni degli istituti di maggiore rilevanza, contenuti nella normativa in commento, sono stati superati dalle discipline comunitarie, come il diritto di accesso all'informazione ambientale o del danno ambientale. E, infine, l'obbligo enunciato all'ultimo comma dell'articolo suindicato, ovvero la comunicazione al Parlamento circa lo stato dell'ambiente, ha perso del tutto rilevanza in ragione del convincimento che il diritto di accesso alle informazioni ambientali fosse idoneo a sostituire il controllo politico del Parlamento sul Governo.

Al malcontento scaturito dal fallimento della Legge n. 349/1986 è seguito un ricco dibattito, caratterizzato dalla diffusa consapevolezza della necessità di

ricostituire il diritto dell'ambiente ad una condizione di maggiore certezza e sistematicità<sup>(14)</sup>.

Dopo un complesso iter parlamentare è stata definitivamente approvata la Legge 15 dicembre 2004, n. 308, avente ad oggetto la «Delega al Governo per il riordino, il coordinamento e l'integrazione della legislazione in materia ambientale e misure di diretta applicazione» e finalizzata al riordino della legislazione in materia ambientale attraverso la promulgazione di decreti legislativi e, eventualmente, di testi unici. L'ambito oggettivo della delega, è utile evidenziare, non comprende tutti i settori. Difatti, essa interviene sulle seguenti materie: gestione dei rifiuti e bonifica dei siti contaminati; tutela delle acque dall'inquinamento e gestione delle risorse idriche; difesa del suolo e lotta alla desertificazione; gestione delle aree protette, conservazione e utilizzo sostenibile degli esemplari di specie protette di flora e di fauna; tutela risarcitoria contro i danni all'ambiente; procedure per la valutazione di impatto ambientale (VIA), per la valutazione ambientale strategica (VAS) e per l'autorizzazione ambientale integrata QPPQ; tutela dell'aria e riduzione delle emissioni in atmosfera<sup>(15)</sup>.

Come si evince dalla relazione illustrativa, si ritenne questa «la migliore strada percorribile per riorganizzare l'intera normativa ambientale, coordinare le norme nazionali tra di loro e con le direttive comunitarie, completare il recepimento di queste ultime, eliminare le disarmonie tra i vari settori, individuare sedi ed organi della programmazione ambientale e precisarne le competenze».

(10) Cfr. Corte cost., sentenza n. 151/1986; Corte cost., sentenza n. 616/1987.

(11) Si veda F. Politi, *Governo del territorio e salute nella giurisprudenza della Corte Costituzionale*, in *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, Bologna, Il Mulino, 2016.

(12) Si evidenzia come questa sia la prima importante normativa ambientale di settore.

(13) Art. 1, Legge 8 luglio 1986, n. 349.

(14) Si veda F. Fonderico, *L'Evoluzione della Legislazione ambientale*, in *Riv. giur. edilizia*, 2007, p. 10.

(15) Art. 1, comma 1, Legge 15 dicembre 2004, n. 308.

## Il Testo Unico Ambientale

Si è, quindi, giunti al noto «Testo Unico Ambientale», approvato con il Decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152. La materia ambientale ha, così, acquisito una accresciuta dignità all'interno dell'ordinamento italiano.

Il suddetto decreto chiarisce, all'art. 3-bis<sup>(16)</sup>, che i criteri generali ivi fissati costituiscono i principi generali in tema di tutela dell'ambiente, adottati in attuazione degli articoli 2, 3, 9, 32, 42 e 44, 117, commi 1 e 3, della Costituzione e nel rispetto degli obblighi internazionali e del diritto comunitario.

Nello specifico, con il principio dell'azione ambientale<sup>(17)</sup> si obbligano enti pubblici e privati e persone fisiche e giuridiche a garantire la tutela della materia in esame, mediante un'azione informata ai principi della precauzione, dell'azione preventiva, della correzione dei danni causati all'ambiente, nonché al principio «chi inquina paga».

Merita attenzione, tra quelli menzionati, il principio di precauzione, il quale, nella pratica, è idoneo a determinare rilevanti conseguenze. Esso è specificato negli artt. 301 e seguenti del D.lgs. n. 152/2006. Difatti, l'art. 301, dedicato alla «Attuazione del principio di precauzione» prevede, al primo comma, che «in applicazione del principio di precauzione di cui all'articolo 174, paragrafo 2, del Trattato CE,

*in caso di pericoli, anche solo potenziali, per la salute umana e per l'ambiente, deve essere assicurato un alto livello di protezione».* Successivamente, nel medesimo articolo, vengono esplicitati i limiti e le condizioni affinché tale principio venga rispettato.

Si evidenzia che quest'ultimo è uno dei fondamentali criteri per l'interpretazione e l'applicazione della normativa nazionale di settore.

La regola precauzionale, però, deve essere interpretata alla luce del principio di proporzionalità. Invero, la Corte di Giustizia ha affermato che «*la legittimità del divieto di un'attività economica è subordinata alla condizione che il provvedimento sia idoneo e necessario per il conseguimento degli scopi perseguiti dalla normativa, fermo restando che, qualora sia possibile una scelta fra più misure appropriate, si deve ricorrere alla meno restrittiva e che gli inconvenienti causati non devono essere sproporzionati rispetto agli scopi perseguiti*»<sup>(18)</sup>. E ancora, la Corte rileva come «*nell'esercizio del loro potere discrezionale relativo alla tutela della salute, gli Stati membri devono rispettare il principio di proporzionalità. Pertanto, i mezzi che essi scelgono devono essere limitati allo stretto necessario per garantire la tutela della salute o per soddisfare esigenze imperative attinenti, ad esempio, alla difesa dei consumatori; essi devono essere proporzionati all'obiettivo così perseguito, il quale non avrebbe potuto essere conseguito con misure meno restrittive*»<sup>(19)</sup>.

Inoltre, il principio in questione deve essere interpretato in una prospettiva dinamica e non meramente statica.

Dunque, «*ove vi siano nuovi elementi che modificano la percezione di un rischio o mostrano che tale rischio può essere circoscritto da misure meno severe di quelle esistenti, spetta alle istituzioni, e in particolare alla Commissione, che dispone del potere d'iniziativa, vigilare sull'adeguamento della normativa ai nuovi dati*»<sup>(20)</sup>.

Viene, poi, contemplato il principio dello sviluppo sostenibile, in base al quale ogni attività umana deve garantire che il soddisfacimento dei bisogni delle generazioni attuali non comprometta la qualità della vita e le possibilità delle generazioni future.

Da ultimo, enunciati all'art. 3-quinquies, vi sono i principi di sussidiarietà e leale collaborazione, destinati ad avere rilevanza nei rapporti dello Stato con le regioni e gli enti territoriali minori.

Quindi, i principi contenuti nel decreto rappresentano le condizioni minime e sostanziali per assicurare la tutela dell'ambiente sul territorio nazionale.

## Tutela dell'ambiente e diritto alla salute

Occorre a questo punto soffermarsi sul rapporto intercorrente tra tutela dell'ambiente e tutela della salute.

Di fondamentale importanza è la relazione tra uomo e ambiente nelle dinamiche relative al «diritto

(16) Art. 3-bis, Principi sulla produzione del diritto ambientale: «I principi posti dalla presente Parte prima costituiscono i principi generali in tema di tutela dell'ambiente, adottati in attuazione degli articoli 2, 3, 9, 32, 41, 42 e 44, 117 commi 1 e 3 della Costituzione e nel rispetto degli obblighi internazionali e del diritto comunitario.

I principi previsti dalla presente Parte Prima costituiscono regole generali della materia ambientale nell'adozione degli atti normativi, di indirizzo e di coordinamento e nell'emanazione dei provvedimenti di natura contingibile ed urgente.

Le norme di cui al presente decreto possono essere derogate, modificate o abrogate solo per dichiarazione espressa da successive leggi della Repubblica, purché sia comunque sempre garantito il rispetto del diritto europeo, degli obblighi internazionali e delle competenze delle Regioni e degli Enti locali».

(17) Art. 3-ter, Principio dell'azione ambientale: «La tutela dell'ambiente e degli ecosistemi naturali e del patrimonio culturale deve essere garantita da tutti gli enti pubblici e privati e dalle persone fisiche e giuridiche pubbliche o private, mediante una adeguata azione che sia informata ai principi della precauzione, dell'azione preventiva, della correzione, in via prioritaria alla fonte, dei danni causati all'ambiente, nonché al principio «chi inquina paga» che, ai sensi dell'articolo 174, comma 2, del Trattato delle unioni europee, regolano la politica della comunità in materia ambientale».

(18) Sentenza della Corte di Giustizia delle Comunità europee 13 novembre 1990, in causa C-331/88.

(19) Sentenza della Corte di Giustizia delle Comunità europee 5 febbraio 2004, in causa C-24/00.

(20) Sentenza della Corte di Giustizia delle Comunità europee 12 gennaio 2006, in causa C-504/04.

dell'ambiente», settore dell'ordinamento giuridico che da qualche decennio ha assunto una sua parziale autonomia.

Si è discusso da quale prospettiva debbano essere osservate le questioni ambientali e, dunque, se debba essere favorito un approccio *antropocentrico*, fondato sulla centralità della persona umana, o uno di tipo *ecocentrico*, basato sull'esistenza di un «valore intrinseco della natura e della centralità della biosfera, indipendentemente e prima di una individuazione dell'utilità e della strumentalità delle risorse ambientali rispetto alle attività dell'uomo»<sup>(21)</sup>.

Tale dibattito giuridico-ambientale si è arricchito, nel tempo, di importanti contributi filosofici e *metaetici*, finendo con l'orientarsi verso l'affermazione di una prospettiva «antropocentrica» che, però, è caratterizzata dalla responsabilità dell'uomo nei confronti di ciò che lo circonda e non, quindi, basata sull'idea di «dominio» della natura.

È evidente come l'ambito operativo della tutela dell'ambiente non può consistere in una generica difesa degli ecosistemi terrestri, dovendo essere, al contrario, orientata a difendere la possibilità per l'ambiente di favorire il sereno svolgersi della vita umana<sup>(22)</sup>. Tale concezione è, poi, facilmente riscontrabile leggendo le norme giuridiche vigenti relative a principi e nozioni chiave del diritto dell'ambiente.

Si riscontra una tendenza dell'ordinamento a prendere in considerazione una scala temporale più estesa e non

limitata esclusivamente all'oggi, interessata a favorire le generazioni successive alla nostra<sup>(23)</sup>, anche in conseguenza della valorizzazione della nozione di «capitale naturale»<sup>(24)</sup>, cioè «*l'intero stock di beni naturali – organismi viventi, aria, acqua, suolo e risorse geologiche – che contribuiscono a fornire beni e servizi di valore, diretto o indiretto, per l'uomo e che sono necessari per la sopravvivenza dell'ambiente stesso da cui sono generati*»<sup>(25)</sup>.

È ormai diffusa la consapevolezza che tale capitale, fortemente caratterizzato dalla biodiversità, attraverso i c.d. servizi ecosistemici<sup>(26)</sup>, sia fondamentale per l'esistenza della vita umana.

Infatti, il ruolo del diritto dell'ambiente è quello di limitare o anche, in caso, impedire quelle trasformazioni degli ecosistemi che rendano più difficile la vita umana sulla Terra.

È utile rilevare come, nel valorizzare i servizi che gli ecosistemi sono capaci di produrre a beneficio della vita umana, occorrerà operare diversi bilanciamenti per poter individuare quali benefici di volta in volta bisognerà privilegiare.

Ad ogni modo, alla luce di quanto fin ora esposto, si può affermare che il rapporto tra tutela della salute e tutela dell'ambiente non può e non deve essere concepito come un legame «accidentale». Esso è, al contrario, un legame definitorio, nel senso che non potrebbe esserci una tutela dell'ambiente che non coinvolga profili che incidono sulla salute umana.

## L'esigenza di un diritto costituzionale in materia ambientale

Le caratteristiche tipiche dell'ambiente possono essere individuate nella multidimensionalità, nella complessità e nella mutevolezza nel tempo<sup>(27)</sup>. Per tali connotati tipici, la materia in esame non viene realizzata per il tramite di «diritti», ma è oggetto di strategie a livello politico e amministrativo.

Da tale affermazione derivano due conseguenze.

In primo luogo, spetta al legislatore e alle amministrazioni pubbliche assicurare una buona ed efficace tutela dell'ambiente e, in secondo luogo, le scelte effettuate da questi ultimi devono essere oggetto di sindacabilità da parte dei giudici e, dunque, si necessitano specifici parametri posti a garanzia delle loro decisioni.

Tale constatazione, di fondamentale importanza, è stata ribadita dalla Corte Costituzionale nella nota sentenza 9 maggio 2013, n. 85, la prima decisione relativa al c.d. «caso ILVA». Dalla lettura della pronuncia emerge come il Giudice delle leggi abbia ribadito che «*non può essere ammesso che un giudice (ivi compresa questa Corte) ritenga illegittima la nuova normativa in forza di una valutazione di merito di inadeguatezza della stessa, a prescindere dalla rilevata violazione di precisi parametri normativi, costituzionali o ordinari, sovrapponendo le proprie valutazioni discrezionali a quelle*

(21) Si veda M. Cecchetti, *La disciplina giuridica della tutela dell'ambiente come "diritto dell'ambiente"*, in *federalismi.it*, n. 25/2006, par. 3.2.1.

(22) Si veda S. Pajno e V. Pucci, *Il diritto "fondamentale" alla salute nei procedimenti di valutazione ambientale*, in *www.federalismi.it*, n. 27/2020, par. 2.

(23) Si veda R. Bifulco, *Diritto e generazioni future. Problemi giuridici della responsabilità intergenerazionale*, Milano, Franco Angeli, 2013, pag. 28 e ss. e 98 e ss.

(24) Cfr. art. 67 della legge n. 221 del 2015 (c.d. Collegato ambientale), che istituisce il «Comitato per il capitale naturale», affidando al medesimo il compito di redigere annualmente «un rapporto sullo stato del capitale naturale del Paese, corredato di informazioni e dati ambientali espressi in unità fisiche e monetarie, seguendo le metodologie definite dall'Organizzazione delle Nazioni Unite e dell'Unione europea, nonché di valutazioni ex ante ed ex post degli effetti delle politiche pubbliche sul capitale naturale e sui servizi ecosistemici».

(25) Definizione reperibile nel *Primo rapporto sullo stato del Capitale naturale del Paese*, esercitato dal Comitato per il capitale naturale.

(26) Essi vanno dai fondamentali servizi di regolazione (della qualità dell'aria, del clima, delle risorse idriche) a quelli volti alla fornitura di prodotti utili all'uomo, ai c.d. servizi culturali (che consistono in benefici non materiali derivanti dagli ecosistemi), nonché gli essenziali servizi di supporto, necessari per il prodursi di tutti gli altri (formazione del suolo, produzione di ossigeno nell'atmosfera).

(27) Si veda M. Cecchetti, *La revisione degli articoli 9 e 41 della Costituzione e il valore costituzionale dell'ambiente: tra rischi scongiurati, qualche virtuosità (anche) innovativa e molte lacune*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 3, 2021, p. 287.

del legislatore e delle amministrazioni competenti. Tale sindacato sarebbe possibile solo in presenza di una manifesta irragionevolezza della nuova disciplina dettata dal legislatore e delle nuove prescrizioni contenute nell'AIA riesaminata»<sup>(28)</sup>.

Evidentemente, se non si vuole lasciare che le scelte del legislatore siano sindacabili unicamente in presenza di una manifesta irragionevolezza, è opportuno ed essenziale che esse siano guidate e limitate da norme di rango sovraordinato.

Quindi, la tutela dell'ambiente necessita inevitabilmente di una disciplina costituzionale.

Attualmente, è innegabile che un diritto costituzionale dell'ambiente sia vigente nell'ordinamento italiano. Costituisce circostanza nota che, a partire dagli anni '80 del secolo scorso, la giurisprudenza della Corte Costituzionale abbia, attraverso numerose pronunce, affermato un vero e proprio diritto costituzionale dell'ambiente, anche se, va ricordato, mancano riferimenti espliciti all'ambiente

nell'originario testo della Costituzione del 1947 e solo con la riforma del 2001 è comparsa la «tutela dell'ambiente e dell'ecosistema» come materia di potestà legislativa esclusiva dello Stato.

Il punto d'arrivo del processo evolutivo della materia ambientale può essere sintetizzato nelle seguenti affermazioni. La tutela dell'ambiente è una materia tipicamente «trasversale», che si interseca con una pluralità di materie e settori dell'ordinamento e che coinvolge una molteplicità di soggetti. La stessa trova un fondamento, seppur implicito, negli articoli 9 e 32 Cost., divenendo un interesse pubblico di rilievo costituzionale, qualificato come «valore costituzionale primario»<sup>(29)</sup>.

L'Assemblea del Senato della Repubblica, il 9 giugno 2021, ha approvato in prima lettura un testo di revisione costituzionale denominato «*Modifiche agli articoli 9 e 41 della Costituzione in materia di tutela dell'ambiente*».

La modifica prevede, all'art. 9 Cost., l'aggiunta della seguente espressione: «*Tutela l'ambiente, la biodiversità e gli ecosistemi, anche nell'interesse delle*

*future generazioni. La Legge dello Stato disciplina i modi e le forme di tutela degli animali*». Attraverso tale modifica si concretizza il principio di tutela dell'ambiente, aggiuntivo rispetto alla menzione contenuta nell'art. 117, comma 2, Cost.

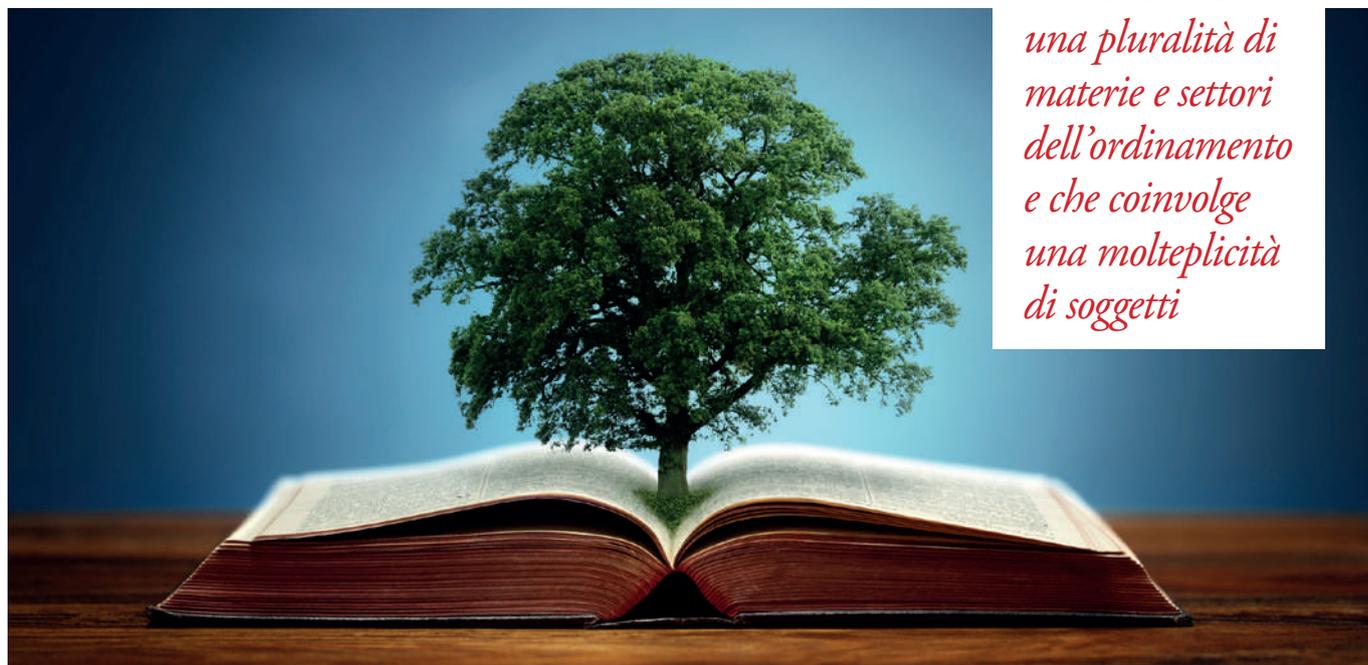
L'emendamento al suddetto articolo incide su uno dei «Principi fondamentali» presenti nella Costituzione e introduce l'«*interesse delle future generazioni*», affermazione ignota nel dettato costituzionale.

Il dato caratteristico che emerge dalla lettura dell'ipotesi di revisione è costituito dalla menzione di una pluralità di oggetti «nuovi». Difatti, vengono introdotti, oltre all'ambiente, la biodiversità e gli ecosistemi. L'intento del legislatore è quello di scorporare dal termine «ambiente» i due termini suindicati, è chiaro: i testi costituzionali hanno il compito di guidare e

*La tutela dell'ambiente è una materia tipicamente «trasversale», che si interseca con una pluralità di materie e settori dell'ordinamento e che coinvolge una molteplicità di soggetti*

(28) Sentenza Corte Costituzionale 9 maggio 2013, n. 85, par. 12.6

(29) Si vedano le sentenze nn. 7/2019, 206 e 113/2018, 260/2017 e 210/2016.



orientare e, certamente, tale riforma è destinata a proiettarsi nei decenni a venire. Vi è consapevolezza del fatto che trattasi di oggetti distinti e ognuno dei quali necessita di un'apposita cura, protezione e sviluppo.

Insomma, in modo adeguato il testo di revisione predilige la scelta di introdurre la menzione esplicita all'ambiente ma, nel farlo, ne indica le principali componenti.

Inoltre, altro dato che colpisce è la circostanza per la quale viene intestata la tutela dell'ambiente, della biodiversità

e degli ecosistemi alla «*Repubblica*». Vi è un preciso intento del legislatore di accogliere il principio del «*compito comune*» relativo a tutti gli enti e istituzioni pubbliche, ovviamente nel rispetto delle norme costituzionali presenti nel Titolo V, Parte II.

Il disegno di legge costituzionale prevede, inoltre, l'integrazione dell'art. 41 relativo all'iniziativa economica. In base al testo vigente, si stabilisce che «*l'iniziativa economica privata è libera*» ed essa non può esser posta in essere se in contrasto con «*l'utilità sociale*

*o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana*». Si aggiunge, a tale previsione, la menzione in base alla quale la stessa non possa svolgersi se idonea ad arrecare danno alla salute e all'ambiente. In questo modo, sottolinea la relazione al disegno di legge costituzionale, si intende «*dare sostanza al nuovo dettato dell'articolo 9, elevando al rango costituzionale principi già previsti dalle norme ordinarie e affiancando altresì la salute all'ambiente per la stretta correlazione tra i due aspetti*».

## Alcune considerazioni conclusive

La tesi, ben sintetizzata dalla Corte, secondo cui la tutela dell'ambiente è da ritenersi un valore trasversale, non ascrivibile ad una specifica materia, esprime in modo chiaro il concetto di ambiente. Esso è difficilmente limitabile ad un solo settore ed è proprio tale peculiarità che ha permesso alla giurisprudenza e al legislatore di adeguare ed estendere la tutela alle situazioni che il tempo ha reso via via necessarie<sup>(30)</sup>.

Si è avuto modo di constatare, nel presente elaborato, di come si sia evoluta la materia ambientale e come abbia guadagnato rilevanza.

L'ambiente, inteso come bene giuridico unitario e considerato nella sua interezza e laboriosità, caratterizzato dal fatto che possiede una propria e autonoma rilevanza, rappresenta un fattore decisivo e indispensabile per una vita salubre. Ambiente e salute, difatti, costituiscono un binomio inscindibile: qualunque pregiudizio arrecato all'uno non può che riverberarsi sul secondo.

Incrementare una politica ambientale che tuteli compiutamente la necessità

di favorire l'integrità dell'ecosistema e il suo sviluppo costituisce un imperativo categorico. Il tutto allo scopo di limitare o, tutt'al più, inibire le alterazioni alla stabilità dei differenti fattori naturali che permettono all'uomo di poter sopravvivere.

L'ambiente diventa, così, un bene che assume a valore primario e assoluto, in ragione del fatto che costituisce presupposto essenziale di una vita salubre. La materia ambientale costituisce, in altri termini, non solamente un interesse generalizzato ma, anche, uno ascrivibile al singolo, idoneo a tradursi in un valore costituzionale primario. Per questa via l'ambiente, bene immateriale riferibile alla generalità dei consociati, si innalza ad oggetto di un diritto sociale efficace verso tutti.

Parimenti, il diritto alla salute, manifestazione di una posizione giuridica soggettiva sostanziale del singolo ed espressione di un fondamentale interesse della generalità, viene ricompreso all'interno delle libertà positive, vale a dire all'interno di quelle libertà che esigono la messa in atto di prestazioni

finalizzate ad una effettiva soddisfazione dell'interesse sotteso.

In conclusione, salvaguardare l'ambiente significa tutelare l'uomo. In quanto soggetto interagente col proprio spazio vitale, all'individuo spettano numerose responsabilità, in relazione alla cura e tutela dell'ambiente, non soltanto sul piano individuale, ma altresì su quello sociale, economico, politico. Il problema così rientra in un'etica della formazione culturale dell'individuo e della collettività che si riversa poi nel contesto dello stesso ordinamento giuridico<sup>(31)</sup>.

La tutela dell'ambiente costituisce dunque un'implicazione non solo del privato cittadino, ma anche delle istituzioni pubbliche. Tale responsabilità non si esplica solamente nella difesa ambientale ma anche nella sua valorizzazione, e di conseguenza il "bene ambiente" non va a costituire solo uno strumento per perseguire un fine, la salvaguardia dell'individuo, ma è valore, insomma, un valore esso stesso.

(30) Si veda A. L. de Cesaris, *Ambiente e Costituzione*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it)

(31) Si veda R. Cerrato, *L'ambiente "bene" da tutelare*, in [www.diritto.it](http://www.diritto.it), 2020

# Salute e sviluppo umano integrale tra **SOSTENIBILITÀ** e **ECOLOGIA SOCIALE**

Lineamenti di riformismo moderno post pandemico.

di Antonio Derinaldis

*“Per quanto belle possono essere le forme di cui si inebria, l’umanità allora fa una caduta per così dire angelica, essa scopre l’umano, come dice Hoffding, cioè si mette a cercare in se’ stessa il proprio interesse supremo e vedendosi nuda, non prova vergogna, come un tempo nel giardino perduto, ma si contempla”.*

Così scrive Maritain quando si interroga sul futuro del Mondo moderno e dell’incontro dell’umanesimo cristiano con quello socialista. Inoltre egli evidenzia l’inquietudine che lo accompagna nella continua ricerca dell’umanesimo integrale: *“esistere e soffrire con il popolo”*. Il suo è il preludio ad un nuovo umanesimo, quello dell’impegno nella difesa della casa comune che è il Pianeta, la città “terrestre”. I solchi delle parole di Maritain sono anticipatori, specialmente quando afferma che *“se il genere umano supererà le terribili minacce di schiavitù e di disumanizzazione che oggi affronta, avrà sete di un nuovo umanesimo, e sarà ansioso sia di riscoprire l’integrità dell’uomo, sia anche di finirla con le divisioni interne di cui tanto ha sofferto l’epoca precedente. Per corrispondere a questo umanesimo integrale, occorrerebbe promuovere un’educazione integrale”*. La 51esima Giornata Mondiale della Terra ci ha offerto nei mesi precedenti una rara occasione per riflettere e approfondire i temi in difesa della Casa Comune che è la Terra, la salute della persona, le comunità e le città, la relazione tra la natura e la società che la abita dice Papa

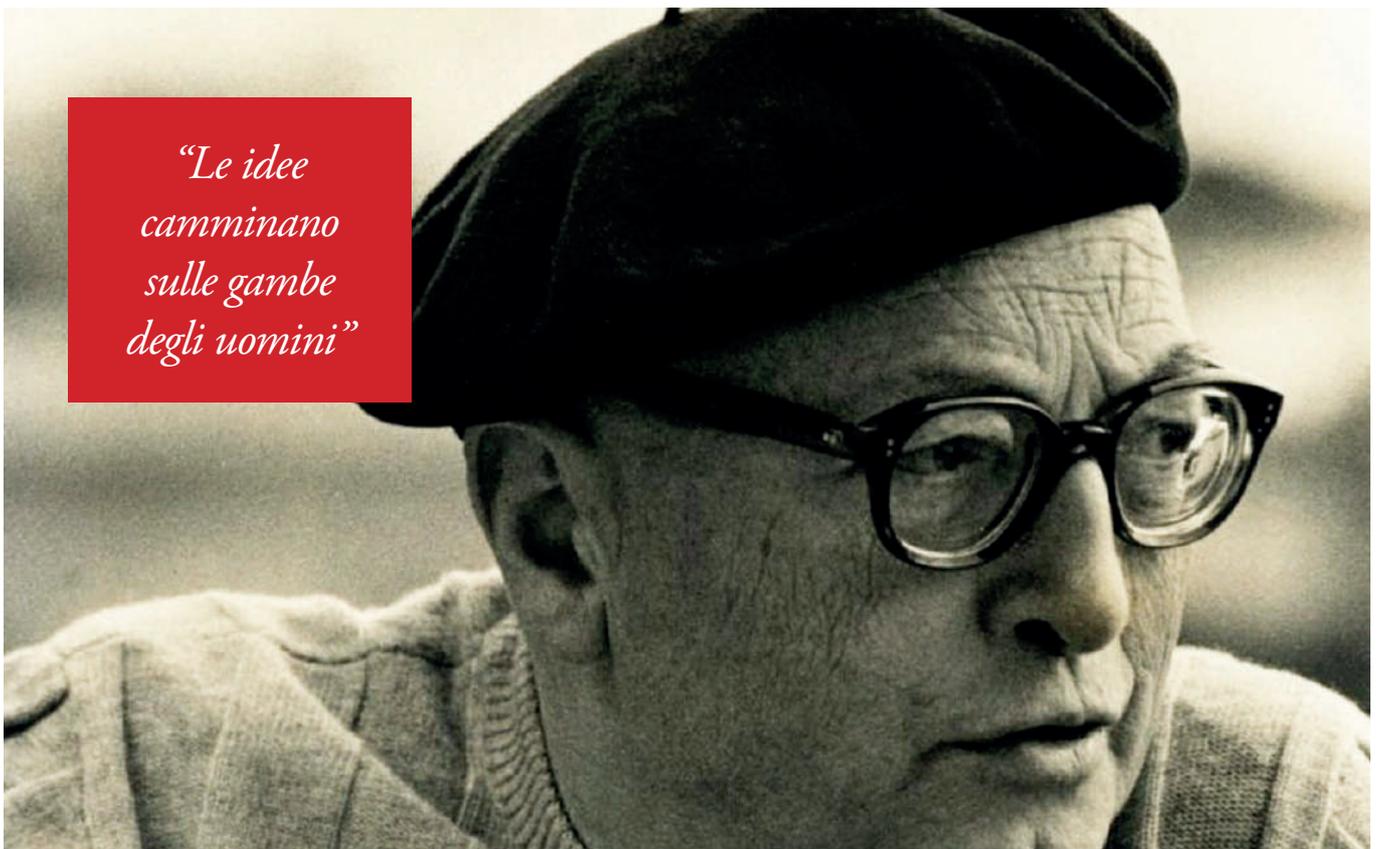
Francesco nella Laudato Si sul concetto “operativo” e “concreto” che tutto è connesso. L’Agenda ONU 2030 sullo Sviluppo Sostenibile e i suoi 17 Obiettivi da raggiungere rappresentano una meta “geo-riformista” dove le istituzioni, la politica, le parti sociali, il sistema di istruzione e di ricerca, la società civile in un’alleanza strategica per il progresso sono responsabilmente ognuno per il proprio ruolo chiamati ad agire. Una nuova “educazione integrale” in cammino verso quell’ecologia sociale che spesso abbiamo letto o sentito dire necessita di maggior forza nella sua sonora sensibilizzazione. La 51esima Giornata Mondiale della Terra appena celebrata unitamente all’ultimo G20, L20, Cop26, eventi che si sono aperti con lo slogan *“OnePeople. OnePlanet”* e *“One Health. OnePlanet”* (“Un Solo Popolo, Un Solo Pianeta, Una sola Salute”). Queste giornate sono occasioni ghiotte per proporre progetti mirati alla realizzazione di interventi e servizi per “Città Amiche della Persona” in chiave integrale “ambiente salute clima” oppure per sperimentare “Città Circolari” con piattaforme di territorio finalizzate alla sottoscrizione di accordi

di sviluppo locale tipo “Accordo per una Città Verde” come ci indica *l’European Circular Economy Action Plan*. Il Recovery Plan italiano è una grande occasione per apportare le riforme di sviluppo sostenibile di cui abbiamo bisogno, ma nello stesso tempo è anche una straordinaria opportunità per la creazione di un nuovo modello di sviluppo che superi le diseguaglianze di ogni tipo e che al centro rimanga la persona e la sua salute. Questa è ecologia umana, è umanesimo integrale, è modernità globale, è l’inizio di un nuovo riformismo, il “geo-riformismo” che per dirla con le parole delle Nazioni Unite è *“one people, one planet”*. *“La democrazia se non è coltivata quotidianamente trascende in rivoluzione”*. Queste le parole di Romano Bellissima Presidente della Fondazione Nenni in uno dei suoi interventi alcuni anni fa. E da qui “riparte” la riflessione. I dati ONU dimostrano che nel 2050 il 66% della popolazione sarà concentrata nelle metropoli e il 34% nelle aree rurali. Da un lato c’è la “periferizzazione” delle

metropoli dall’altro lo spopolamento dei piccoli comuni. È necessaria una nuova “costruzione sociale” delle città (centro storico, area centrale, area intermedia, periferie), una nuova lettura, un nuovo punto di vista, “centroperiferia-un’unica città” (*Alessandro Bianchi*). La sfida dei prossimi 10 anni è la sfida della politica pubblica e del civismo “riformista” ma anche delle parti sociali, del terzo settore, dei partiti riformisti e popolari, dell’associazionismo, dello spontaneismo civile secondo un modello che si ispiri alla “Città Europea” (Urban Agenda for UE). Sono lì nelle città, nelle periferie, nei piccoli comuni che si concentrano le sfide del “tempo che verrà”, il nostro *“nextime”*. *“Capii che per cambiare il Mondo, bisognava esserci”* (*Tina Anselmi*). Ogni Città Metropolitana, città, area urbana, borghi, piccoli comuni devono acquisire nei piani di programmazione politica territoriale l’*“achievement”* dei 17 Obiettivi dell’Agenda ONU 2030 sullo Sviluppo Sostenibile (2030 ONU SDGs) con un monitoraggio sui

risultati raggiunti intervenendo e facendo “ruotare” i piani di sviluppo intorno all’Obiettivo 11 dell’Agenda ONU SDGs per *“inclusive, safe, sustainable and democracy friendly communities”* – “comunità inclusive, sane, sostenibili e democratiche”. Definizione e realizzazione della “Strategia Nazionale di Rigenerazione Urbana ed Ambientale” – che perseguendo il massimo obiettivo di una rinnovata “alleanza urbana” tra gli attori istituzionali e sociali, dell’istruzione e della conoscenza, coinvolti sul piano “partecipativo” (*civic universities*), definisca e applichi dei *“placed urban act”* relativamente a misure in tema di integrazione dei servizi territoriali a misura d’uomo, *“green plan”* urbano integrato, politiche pubbliche di adeguamento, etc. Ma anche “web city” orientate alla partecipazione civica e democratica, politiche sociali urbane e rurali “integrate”, interventi per una piena cittadinanza “connessa” alla rete come “diritto costituzionale ed universale” (*“digital democracy”*), politiche e misure

*“Le idee  
camminano  
sulle gambe  
degli uomini”*



ecosostenibili, piani di economia circolare, rigenerazione di aree industriali dismesse, mobilità sostenibile, nuova occupazione e “Città della Salute” autenticamente “amiche e a misura della persona”. La meta è quella di un “Futuro Inclusivo Diffuso – FID” per sviluppare autenticamente *“l’hominem integrum”* sulle basi dell’ecologia umana e sociale. Questo “nuovo socialismo urbano” traccia il sentiero delle politiche “condivise” intra-generazionali ed inter-generazionali verso quell’ecologia integrale che pone al centro gli esclusi, i più vulnerabili, le nuove povertà, la sofferenza sociosanitaria ma anche il “prendersi cura dell’ambiente di un territorio” (citaz. da *Laudato Si di Papa Francesco*). Il nostro – dice Henri Lefebvre – è il “diritto alla Città” (*Le Droit à la Ville*). “Per intendere passato, presente e futuro, bisogna fare come la volpe, che segue molte piste, non come il riccio, che scava sempre nella stessa direzione” (Sabino Cassese). Queste le proposte “non richieste” per il nostro “diritto alla città” e aggiungerei “della salute” per dare un contributo al piano di ripresa nazionale quando la pandemia si spera “superata” ci restituirà l’idea che “una volta il futuro era migliore” (Sabino Cassese). Pietro Nenni nella sua esperienza di politico e di attento analista della società ci ha regalato una citazione che ha tracciato un’epoca di impegno sociale, politico, sindacale e civico: *“Fai quel che devi, succeda quel che può”*. Ma nel frattempo Papa Francesco nel giorno della Pentecoste 2021 ha fatto un appello al Mondo: *“No alle ideologie. Si all’insieme”*. Il concetto che ognuno di noi è parte di un tutto secondo il detto latino “pars pro toto” è l’emblema della centralità e del rispetto della dignità sociale, economica, ambientale e della salute della persona. L’umanesimo integrale di Maritain nella sintesi tra cristianesimo e socialismo si avvia sulle strade illuminanti ma non impossibili dell’ecologia integrale, base del nuovo umanesimo, sofia dell’umanesimo dell’impegno. La ricerca continua di un nuovo modello

di sviluppo è già segnata nel raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) dell’Agenda 2030 promossa dalle Nazioni Unite. La “comunità educante” di cui spesso abbiamo letto in psicologia delle organizzazioni ben presto dovrà fare posto ad una “leadership educante” che nelle università del Pianeta chiamano “educational leadership” e “civic engagement”. Lo sviluppo sostenibile è dottrina sociale ispiratrice che ha punti rilevanti nel rispetto dell’Umanità, è la *road map* del futuro e del “tempo che verrà”. Costruiamo “oggi” una “Generazione dell’Impegno” che abbia nel progresso e nel futuro “inclusivo”, “sostenibile” e “accessibile” la visione kennediana delle reti del sapere verso una “alleanza per il progresso”. Il riformismo così come lo abbiamo inteso rimane vitale nella sue radici ma si “ri-genera” nei temi e obiettivi perché un nuovo Mondo sta per nascere dopo la crisi pandemica con alle porte le sfide della transizione verde e della trasformazione digitale. L’Agenda 2030 sullo Sviluppo Sostenibile è l’Appello ai Popoli, è il tempo dell’armonia civica e dell’amicizia sociale, è scuola di riformismo per tutti e per tutte le età, è un progetto per un “piano responsabile di innovazione sociale, tecnologica e industriale” per dirla con le parole di Pierpaolo Bombardieri Segretario Generale della UIL. La “Generazione dell’Impegno” è la declinazione dell’Agenda 2030 come realizzazione del “modello di sviluppo” che ha come orizzonte il 2050 superando le disuguaglianze e mettendo al centro il lavoro, il green, il digitale, le città, la società della conoscenza, la lotta alla povertà, la parità di genere, la persona, la vita, la salute nel più ampio campo della sua definizione. La “re-sostenibilità” (ri-sostenibilità) integrata con il “re-development” (ri-sviluppo) è il più alto senso di responsabilità “umana” del tempo che abbiamo da vivere con tutte le sue difficoltà per disegnare un “futuro a misura di persona”, perché “noi siamo unità” nella realizzazione di

un’architettura globale che alimenti quotidianamente la democrazia. Solo così potremmo dire con le parole del Premio Nobel Esther Duflo *“the ultimate goal of building a more humane world”* (traduzione: “l’ultimo obiettivo costruire un mondo più umano”, da “Good Economics for Hard Times”). E potremmo dire che abbiamo dato un contributo alla “scuola di futuro”. Questo è il tempo dell’European Recovery Plan, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ma ormai il Pianeta si salverà se saprà declinare gli Obiettivi dell’Agenda ONU 2030 sullo Sviluppo Sostenibile e se al centro ci sarà sempre la persona, “la città dell’uomo a misura d’uomo” dice Giuseppe Lazzati. Molti *thinkers* del mondo accademico, economisti, scrittori, ricercatori e analisti stanno cercando di individuare “una nuova terza via” quella che metta insieme il riformismo sociale con quello popolare, quell’idea di costruzione della società della conoscenza e del benessere sociale che è alla base della “sofferenza per il popolo e con il popolo”, per usare parole murriane. La strada è questa, abbiamo necessità di una “nuova strada”. Per cercare sentieri nuovi, alleanze dei saperi per il progresso, il riformismo è la direzione giusta, è il futuro che ogni giorno ritorna. “Le idee camminano sulle gambe degli uomini” ci insegna Pietro Nenni. È il tempo ormai che i centri della cultura e del sapere, le accademie, le fondazioni di matrice storico politico di concerto con la società civile siano autenticamente *“civic engagement hub”*, luoghi di elaborazione del pensiero per un Mondo che ha nella rivoluzione digitale, nel verde e nella tutela del diritto alla salute “universale” la sfida più grande: il bene dell’umanità e la promozione sociale e del progresso della persona. Ecco perché l’era post pandemica ci indica un cammino per “scuole” e “think tank” sul riformismo del tempo moderno e della società. È impossibile “fare politica” se prima e insieme non si “fa cultura”. E allora l’hashtag è “abitiamo il futuro”.

# COMUNICAZIONE

## Un nesso strategico dopo la sfida del Covid-19

di Mario Morcellini<sup>(32)</sup>

Una contestualizzazione ordinata dei problemi posti dal radicale ripensamento delle politiche per la sanità comporta la scelta di inserire, nell'*ordine del discorso*, anche temi in passato secondari, se non addirittura percepiti come estranei. Tra questi occorre citare anzitutto l'impatto che può avere una nuova cultura della divulgazione medica e scientifica, la cui decisività è acuita dall'ampliamento delle aree di resistenza alla scienza e dalla soggezione a culture variamente negazioniste. È infatti la prima volta nella storia che i dati di analisi socioculturale descrivono un ampio giacimento di vera e propria 'ignoranza artificiale', la cui costituzione pone anche un problema alle teorie della comunicazione più illustri quali quella elaborata e resa celebre da Eco in merito alla 'decodifica aberrante', con cui si intendono tutte le forme di più o meno grave incomprensione dei testi, fino al loro rovesciamento.

Eravamo abituati a pensare che le condizioni di deprivazione culturale e sociale rappresentavano il principale cluster di una difficoltà ad elaborare compiutamente le informazioni. Gli studi ora devono andare molto più avanti poiché è evidente dalla linguistica standard e persino dalla sicurezza di sé degli antivaccinisti, che non siamo di fronte, come in passato, a mere incomprensioni dei testi quanto ad una diversa capacità di ricorrere al *corpus* alluvionale del giornalismo su qualunque piattaforma, selezionando con una certa attenzione le fonti compiacenti in forza di idee già adottate e comunque alternative rispetto al *mainstream*. "Su questi bei fondamenti"<sup>(33)</sup>, si edifica un'epistemologia che solo a prima vista può sembrare frutto di un desiderio di rivolta rispetto ai saperi collettivamente condivisi, giudicati frutto di una vera e propria *imposizione culturale*.

Riflettendo dunque sugli studi di comunicazione applicati alla salute<sup>(34)</sup>,

avevamo ben chiare due importanti evidenze. Da un lato, l'economia dell'attenzione nei confronti della sanità è profondamente variegata in rapporto alla circostanza che singoli e gruppi presentino o meno un problema impellente di patologie che inevitabilmente mobilita interesse e coinvolgimento, mentre il resto del pubblico mostra una qualche disponibilità alle informazioni sulla salute e persino sulla prevenzione, senza che questo diventi un progetto di cambiamento profondamente abbracciato. In altri termini, quando una tale divaricazione era più limpida, essendo stata radicalmente trasformata dalla pandemia e dalla paura, la richiesta di una diversa attenzione per un investimento economico più consistente indirizzato al servizio sanitario, trovava *stakeholders* essenzialmente nelle persone con patologie conclamate, nei loro familiari e, più in generale, nel "sistema salute", mentre nel resto della popolazione la sua priorità era certamente meno

(32) Direttore Alta Scuola di Comunicazione e media digitali UnitelmaSapienza

(33) Il riferimento è al celebre epilogo del Cap. XXXVII dei *Promessi Sposi*, relativo alla percezione della pesta da parte di Don Ferrante.

(34) Per quanto apparentemente datato, il testo in cui è più chiaramente riassunta la problematica è Wolf M., *Teorie della comunicazione di massa*, Bompiani, Milano 1985.

# ONE & SALUTE

chiara e comunque non tale da incidere sugli indirizzi della spesa pubblica e sulle leggi finanziarie.

La pandemia ha, con ogni evidenza, rovesciato tale scenario assumendo le caratteristiche “di quello che nelle scienze sociali si chiama *focusing event* (Birkland 1998<sup>(35)</sup>), un evento che obbliga opinione pubblica e decisori politici a inserire nell’agenda comunicativa temi che non necessariamente vi sarebbero entrati o che almeno non lo avrebbero fatto con la stessa visibilità e rapidità. Dunque, un *focusing event* è «un evento di tale portata che – per un certo lasso di tempo – sconvolge l’intero processo pubblico di agenda setting, focalizza l’attenzione collettiva su alcuni temi distogliendola da altri, ridefinisce rapidamente le priorità, aiuta a superare (almeno in parte e a certe condizioni) inerzie istituzionali e resistenze al cambiamento, agendo come potenziale innesco per un cambio di policy».<sup>(36)</sup>

La seconda evidenza richiama alla memoria degli specialisti il rilievo di alcune dimensioni soggettive che stratificano il coinvolgimento informativo, selezionando progressivamente i pubblici<sup>(37)</sup>: si tratta di un fenomeno noto come *esposizione selettiva*, in forza di cui ci si concede tendenzialmente ai contenuti compatibili con quanto già ritenuto dal soggetto, e dunque costitutivo della sua identità culturale.

A questa prima forma di autoselezione rispetto all’opulenza della

comunicazione si aggiunge poi la cosiddetta *percezione selettiva*, sulla cui base appare che le propensioni nei confronti dei testi e dei generi comunicativi avvengono per affinità rispetto a visioni del mondo intrattenute più o meno chiaramente dai cittadini.

Infine, si aggiunge il rilievo sempre più impattante della *memorizzazione selettiva*, in forza di cui i pubblici tendono a trattenere più a lungo e nitidamente contenuti informativi ancora una volta più riferibili al campo delle cognizioni condivise dal soggetto.

È difficile intanto non scorgere che queste forme di progressiva divarica-

critiche alla politica ma soprattutto alle élite in quanto tali.

Già questa è una prima indicazione teorica sulle ragioni in forza di cui è diventata così imponente la coorte di quanti adottano, letteralmente, un pregiudizio di sfiducia nei confronti della scienza, della cultura dei dati e delle scelte *evidence-based*. Già solo questo accenno a una vera e propria trasformazione della credibilità degli esperti e del sapere ‘istituzionalizzato’, indica quanto lavoro c’è da fare per mettere in campo politiche meno esposte al rischio di risposte negative e pregiudiziali. Anche sotto que-

*La pandemia ha, con ogni evidenza, rovesciato tale scenario assumendo le caratteristiche “di quello che nelle scienze sociali si chiama focusing event*

zione tra cluster di pubblici e forme di intelligenza e appropriazione dei testi sono diventate molto più diffuse nella modernità. In prima battuta, va citata la crisi dei punti di riferimento valoriali che incrina per definizione tutto ciò che appare collettivamente condiviso, e dunque *mainstream*, ma non trascurando l’impatto di malumore non solo sottocutaneo provocato dalle

sto profilo appare chiaro che solo una strategia che sappia accompagnare il disegno di riforma coraggiosamente riassunto nel PNRR con sapienti investimenti in comunicazione potrà ridurre le aree sociali che il cambiamento spinge altrimenti all’ostilità nei confronti del nuovo, allargando il consenso nei confronti di un modello di salute quasi rivoluzionario.

(35) Cfr. T. A. Birkland, “Focusing Events, Mobilization, and Agenda Setting”, in *Journal of Public Policy*, Vol. 18, N. 1, Jan. – Apr., 1998), pp. 53-74.

(36) <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/il-coronavirus-e-i-nervi-scoperti-del-welfare-italiano/>: cfr. M. Minelli, “Il sistema-salute alla prova del CoViD-19”, in PARADOXA cit., p. 103.

(37) Qui il testo davvero insuperato è quello di Statera G., *Società e comunicazione di massa*, Palumbo, Palermo 1993.



# PANDEMMIA È "LOTTA DI CLASSI" (di età)

---

di Ugo Intini

---

**L**a pandemia ha reso evidente nel modo più clamoroso un problema ormai visibile da tempo: il conflitto di interesse tra giovani e vecchi, che dai temi più soft dell'economia e della politica si è spostato su quello della sopravvivenza stessa. Il Covid non mette sullo stesso piano tutti i cittadini: uccide prevalentemente (o addirittura quasi esclusivamente) i vecchi, mentre per i giovani può dimostrarsi semplicemente un'influenza un po' più debilitante delle altre. Abbiamo dunque dopo il *digital divide*, il *fiscal divide* e altri, il *sanitary divide*. C'è quasi una censura sulle valutazioni che ne derivano, perché sono "politicamente non corrette", ma circolano ormai ampiamente. Si parte dalla storia. È mai possibile – ci si interroga – che nei secoli passati non siano esistiti virus influenzali aggressivi come il Covid? Certo che sono esistiti-rispondono i sostenitori delle ragioni dei giovani. Ma la vita era più corta, gli ultraottantenni erano pochissimi e si considerava naturale che morissero. Altre pandemie simili al Covid si sono dunque probabilmente manifestate, ma l'umanità neppure se ne è accorta.

Dalla storia, si passa alla scottante attualità. Qualche ragazzo sbotta: non posso perdere anni della mia giovinezza senza andare a scuola o in discoteca per tutelare i vecchietti. Qualche economista, riservatamente, insinua un dubbio: si può sacrificare una quota di reddito così immensa per tutelare una minoranza improduttiva? Qualche filantropo ecumenico aggiunge. La crisi dell'economia mondiale provocata dal lockdown ha colpito di più i Paesi poveri: forse, per fame e mancanza di cure, ha perciò ucciso più bambini dei vecchi salvati con il lockdown stesso. Sin dall'inizio della pandemia, di fronte a un rischio enormemente diverso, gli elettori giovani sono stati a favore della permissività, gli anziani per il massimo rigore nelle misure di sicurezza. Ed ecco che il conflitto strisciante è stato sul punto di esplodere intorno a una proposta tanto drastica quanto controversa. L'ha presentata come una ipotesi la stessa presidente della Commissione Europea Ursula Van der Layen, l'ha presa seriamente in esame il governo italiano. E per qualche giorno è sembrato l'uovo di Colombo. Perché non stabilire norme diverse per i giovani e i vecchi? I giovani devono lavorare e studiare, sono vitali per l'economia e difficilmente il Covid li può uccidere: si muovano dunque liberamente. I vecchi si trovano in pericolo di vita ma non hanno motivi socialmente utili per rischiarla uscendo di casa: sono pensionati nullafacenti e li si può perciò confinare senza alcun danno per il PIL. Sono poi nati i dubbi. È costituzionale limitare la libertà soltanto per una parte dei cittadini? E se l'anziano da confinare lavora e ha un ruolo magari importante? È davvero utile la separazione sul piano dei diritti e delle possibilità di movimento in società (come soprattutto quella italiana) dove la mescolanza tra giovani e vecchi avviene poi inevitabilmente nelle famiglie, con la convivenza tra nonni, figli e nipoti? Alla fine, non se ne è fatto nulla, ma siamo stati molto vicini a uno scontro tra "classi di età" su questo terreno. Costituzionalisti e avvocati già affilavano le armi, anche se tra gli anziani stessi non mancava chi, stretto dalla paura, avrebbe accettato qualunque imposizione.

Lo scontro tra le generazioni sulla sanità non è scoppiato, ma da tempo è sufficientemente visibile su altri temi. Già nel 2016, con la prefazione di Giuseppe de Rita, ho scritto un libro dal titolo "Lotta di classi tra giovani e vecchi?". Nel quale sostenevo che, dalla tradizionale "lotta di classe" teorizzata da Marx, si sta passando alla "lotta di classi", ovvero di "classi di età". La premessa sta nei numeri, troppo spesso ignorati nonostante siano sconvolgenti. La "piramide della vita" si è rovesciata ed è una situazione unica nella storia dell'umanità. Un tempo, una larga base di giovani sosteneva un ristretto numero di vecchi. Adesso, una massa di vecchi schiaccia una piccola base di giovani. L'Italia è nella situazione peggiore del mondo: insieme al Giappone e alla Germania (che tuttavia rimedia in parte con una forte immigrazione giovanile). Ma tutto



l'Occidente (e soprattutto l'Europa) sono colpiti dalla denatalità. Userò i dati del mio libro (ovvero del 2016), ma nel frattempo la situazione è ulteriormente peggiorata, precipitando poi negli ultimi due anni a causa del Covid. Nel 1862, ad esempio, i bambini e i ragazzi sino ai 15 anni erano il 34,2 per cento della popolazione; gli anziani oltre 65 erano il 4,2. Nel 2015, la piramide risulta capovolta. Gli over 65 si avviano a diventare non un ottavo, ma il doppio degli under 15, perché gli anziani sono aumentati di oltre cinque volte (salendo dal 4,2 al 21,7 per cento), mentre i giovanissimi sono diminuiti di circa due volte e mezzo (scendendo dal 34,2 al 13,8 per cento). Già adesso esistono regioni italiane (le più vecchie al mondo in assoluto) dove gli anziani hanno più che doppiato il numero dei giovanissimi. Come la Liguria, dove ci sono quasi 2,5 over 65 per ogni ragazzo sotto i 15 anni. Le conseguenze sono sotto gli occhi di tutti. Forse non è popolare sottolinearlo (e infatti i politici tacciono), ma è evidente che per l'Italia è proprio la vecchiaia una causa della crescita zero. Diciamo la verità: gli anziani non sono mai stati un motore per lo sviluppo, per la creatività e l'innovazione. Né per la crescita dei consumi, perché hanno poche esigenze e tra queste l'assistenza sanitaria, che produce sull'economia un effetto catastrofico, dal momento che fa esplodere la spesa pubblica. Anche qui, le cifre sono impressionanti. Per la prima volta nella storia, la demenza è diventata un fenomeno di massa: infatti, ad esempio in Giappone, i malati di Alzheimer sono ormai cinque milioni. Si spende sempre più per tutelare il passato e sempre meno per costruire il futuro. Infatti, nel 1901, il nostro bilancio per l'istruzione era quasi sette volte più grande di quello per la previdenza. Poi, nel 1951, si è arrivati praticamente al pareggio. Adesso, le pensioni costano quattro volte più della scuola. Lo stesso si può dire per le spese della sanità. Nel 1901,

erano un settimo di quanto si stanziava per l'istruzione. L'affiancamento e il sorpasso tra le due spese è avvenuto non all'inizio degli anni '50, come per le pensioni, bensì più tardi: all'inizio degli anni '80. Oggi la sanità costa quasi il doppio dell'istruzione. E naturalmente questo trend è influenzato dall'aumento degli anziani che, come si sa, hanno sempre il maggior bisogno di cure. Infatti, in Italia, gli anziani, che rappresentano il 20 per cento della popolazione, assorbono il 50 per cento dei costi della sanità.

Ci vorrebbe uno sforzo immane per aumentare la natalità, ma i governi, nonostante le chiacchiere, stanziano briciole e soprattutto il problema, più che economico, è di costume e culturale. Potrebbe in parte rimediare l'immigrazione, ma in particolare l'Italia è attanagliata da una contraddizione che è stata evidenziata con semplicità dall'ex presidente dell'Internazionale socialista (e attualmente segretario generale delle Nazioni Unite) Antonio Guterres. Il quale era solito porre tre domande durante le assemblee in Europa. "Volete vivere in un paese di vecchi?". "No" – tutti rispondevano. "Programmate di avere più figli?". "No". "Volete più immigrati?". "No". A questo punto, Guterres osservava sconsolato che questi tre no contestuali sono contraddittori e impossibili. Ancora peggiore è la situazione dell'Italia che, anche se volesse immigrati di qualità, difficilmente li otterrebbe. Le statistiche dicono infatti che gli immigrati meno qualificati vengono da noi. E non c'è da stupirsi. Perché mai infatti un giovane dotato dovrebbe venire in un Paese dove non si parla né inglese, né francese, dove i salari sono bassi, i lavori di qualità pochi e l'ostilità verso gli stranieri tanta? Si può aggiungere che la denatalità è probabilmente contagiosa. Perché anche gli immigrati, appena arrivati in Italia, cominciano a fare meno figli. Siamo nei guai più degli altri, ma la crisi demografica investe tutto l'Occidente e soprattutto l'Europa,

alterando gli equilibri mondiali e le prospettive geopolitiche. Già oggi, la popolazione dell'UE supera di poco il 5 per cento di quella mondiale. Siamo abituati agli splendori passati e non abbiamo capito che questi erano anche legati a una situazione demografica oggi sparita. Ancora nel 1900, gli europei rappresentavano non il 5 per cento, ma oltre un quarto dell'umanità, conservavano una netta leadership sui continenti Nord e Sud americani da poco colonizzati, erano gli unici ad aver realizzato la rivoluzione tecnologica e industriale, così che producevano molto più della metà della ricchezza mondiale (ad esempio nel 1870, le economie di Gran Bretagna, Germania e Francia insieme contavano da sole il 35 per cento del PIL mondiale). Come nobili decaduti, conserviamo l'arroganza del passato. Sino al ridicolo, come quando i sovranisti dichiarano che l'Italia deve contare di più politicamente nel mondo, dimenticando che ci avviamo ad avere lo 0,5 per cento della sua popolazione. La situazione peggiora ogni giorno così che le vecchie città italiane sembrano rispetto alle aree giovani su un altro pianeta. In Etiopia ad esempio ci sono sei persone anziani ogni 100 giovani. A Bologna, ce ne sono 307, ovvero 51 volte di più. Il cesto della cicogna e la falce della morte operano pertanto con ritmi capovolti. In Etiopia, mentre nascono tre bambini, muore un vecchio; a Bologna, mentre compare un fiocco rosa o azzurro, si celebrano due funerali.

La "lotta di classi" è oggi aggravata dai numeri, ma anche dai costumi e dai comportamenti. Perché per la prima volta i vecchi non si comportano come tali, diventando concorrenziali con i giovani su tutto. La lotta di classi c'è tuttavia sempre stata, anzi, è stata una componente della lotta politica. In particolare i movimenti veri o presunti rivoluzionari hanno spesso dichiarato di rappresentare la giovinezza contro la vecchiaia. A destra, è tipico il caso del fascismo, che ha

intitolato addirittura “Giovinezza” il proprio inno e che sin dall’inizio ha indicato come il nemico da battere la classe dirigente tradizionale, simboleggiata dalle “vecchie barbe” del Parlamento e della democrazia. Il nazismo è stato sulla stessa lunghezza d’onda e infatti Indro Montanelli, che ha sempre seguito la moda prevalente, così descriveva nel 1939 sul *Corriere della Sera* un comizio di Goebbels. “Quello tedesco è, come quello italiano, il regime della gioventù. Alla quale Goebbels parla tutto vestito di bianco, senza gesti, senza retorica”.

La contrapposizione tra giovani e vecchi si è spinta per il nazifascismo dalle persone fisiche agli Stati. Infatti una componente importante della sua ideologia è stata la rivendicazione per le Nazioni giovani del diritto a conquistare parte di quello che le Nazioni vecchie come la Gran Bretagna e la Francia si erano accaparrate nei secoli: a cominciare dalle colonie.

A sinistra è tipica la “rivoluzione culturale” lanciata in Cina, che invitava i giovani a “sparare sul quartier generale” e che, dalla seconda metà degli anni ‘60, ha visto le “guardie rosse” ragazzine portare in processione vestiti da asini professori e dirigenti. Il cascame di tutto ciò, non con milioni di morti ma in chiave fortunatamente farsesca, si è visto anche negli aspetti più deteriori della rivoluzione “sessantottina” in Italia, come è noto affascinata, insieme a gran parte della cultura del tempo, dal Maoismo. Pur definendosi “né di destra, né di sinistra”, gli epigoni di tutto ciò sono in Italia i “Grillini”, che in qualche modo hanno tratto anche conseguenze pratiche dalla loro “lotta di classi” a favore dei giovani: purtroppo dando ad essi non istruzione e opportunità di lavoro, bensì il “reddito di cittadinanza”. Nel momento del loro governo con la Lega, c’è stato addirittura un tacito scambio tra i tutori delle opposte *constituency* elettorali. M5S ha regalato soldi ai giovani soprattutto del Mezzogiorno con il reddito

di cittadinanza, la Lega li ha regalati prevalentemente agli anziani del Nord mandandoli in pensione anticipata. Lo stesso Enrico Letta, mettendosi sullo stesso piano dei “Grillini”, coltivandone l’alleanza (e forse con ambizione di ereditarne l’elettorato), sembra a tratti voler portare l’ex PCI dalla lotta di classe a quella “di classi”, quando propone il voto ai sedicenni e la tassa sulle successioni a favore dei giovani. E quando alimenta una retorica “giovanilistica” che non è nuova, perché già Renzi l’aveva anticipata: con la teoria della “rottamazione” delle vecchie classi dirigenti, con i bonus ai diciottenni, con la nomina simbolica di giovani (meglio donne) nei posti di comando. Quasi che alle “quote rosa” si prepari l’aggiunta delle quote per i giovani.

In Italia si arriva spesso alla semplificazione in chiave propagandistica dei problemi, che tuttavia ci sono e sono sostanziali. Alcuni studiosi ad esempio interpretano in chiave di “lotta di classi” di età molti fenomeni dell’economia, avanzando tesi ardite. Perché ad esempio negli anni del *baby boom* prevaleva l’inflazione e oggi al contrario la stagnazione dei prezzi (sino sull’orlo della deflazione)? La risposta è che i giovani non avevano soldi e li chiedevano in prestito, sperando nel futuro, mentre oggi i vecchi hanno risparmi ingenti e si preoccupano innanzitutto di non vederli deprezzati dall’inflazione. Perché, nonostante dosi massicce di liquidità, il “cavallo” dell’economia non beve? Per il semplice motivo che i vecchi non consumano, non investono e tanto meno rischiano. Altri studiosi interpretano in chiave demografica i fenomeni di costume che caratterizzano l’Italia. Perché c’è mancanza di creatività e innovazione? Perché si accendono continuamente dibattiti su avvenimenti di decenni fa? La ragione è che i vecchi guardano al passato, naturalmente. Perché si amplificano le notizie sui fatti di cronaca nera mentre invece i crimini violenti diminuiscono?

La spiegazione è che gli anziani hanno paura fisica e i giovani (più portati agli atti aggressivi) sono sempre meno numerosi.

La contrapposizione giovani-vecchi potrebbe concorrere a far meglio comprendere molti aspetti della società italiana (e non solo). La pandemia l’ha portata alla ribalta sul terreno più esplosivo: quello della sanità. Ma quando il Covid finirà, il tema continuerà ad essere attuale, anche perché interrogativi morali molto delicati già erano emersi e se ne parlava poco soltanto per la loro caratteristica politicamente insidiosa. Vogliamo porne qualcuno? Sino a che età il servizio sanitario pubblico può pagare le costosissime dialisi e il rene artificiale? Con quali limiti una compagnia di assicurazione privata può rifiutare la polizza di assistenza sanitaria a un paziente troppo vecchio e malato? Nel Giappone, ricordato prima per la “demenza di massa”, hanno adibito isole abbandonate a centri per il ricovero degli ammalati di Alzheimer, con l’obiettivo di ripopolarle attraverso gli addetti alle loro cure e nel contempo di isolare i pazienti. Ma è etico creare delle “isole per pazzi”? Più in generale (e senza giungere a quesiti inquietanti), fino a che punto una economia può accettare di espandere la parte parassitaria della spesa a danno di quella produttiva? Quando le pensioni sommate all’assistenza sanitaria daranno agli anziani quattro volte più di quanto si spende per l’istruzione dei giovani, oppure quando daranno sei o otto volte di più? Quale sarà il punto di rottura?

Un dibattito aperto e franco non è stato avviato neppure di fronte a un possibile scontro giovani-vecchi sul tema sanitario emergenziale del Covid. Credo che ancor meno la nostra politica sarà capace di avviarlo sul tema sanitario di fondo. Anche perché ci sarebbe bisogno di guardare molto lontano, non ai sondaggi elettorali della prossima settimana.

# Salute: Bene Comune

di Cosimo Derinaldis<sup>(38)</sup>

**S**i sente spesso parlare della Riforma Sanitaria la n. 833 del 23 dicembre 1978 in termini positivi, critici e talvolta anche negativi, sia per alcuni disguidi che si registrano nel settore sanitario, sia per la connessione che l'opinione pubblica facilmente stabilisce tra le reali difficoltà esistenti e l'applicazione della stessa legge.

Ma è realmente così?

Partendo da una pertinenza e concisa annotazione storica, cerchiamo di far emergere la ricchezza culturale e ideale presente nella legge di riforma, senza nascondere le difficoltà che si sono incontrate nella sua attuazione.

È doveroso mettere in evidenza alcuni punti, come:

- La necessità di cogliere tutti i valori insiti e presenti nella legge di riforma e di saperli valorizzare in modo particolare da parte delle istituzioni e delle comunità;
- La possibilità di superare gli ostacoli che si incontrano nel processo di concreta attuazione della legge, se si impegnerà sul serio a formare persone che credono ai valori in essa presenti e che siano poi testimonianza nella gestione delle strutture e nella loro professionalità;
- L'attuazione di una legge di riforma, frutto di un lungo confronto

tra diversi filoni culturali, non avvenne in un breve lasso di tempo e neppure miracolisticamente; ha avuto bisogno, per sua stessa natura, di un congruo tempo di assimilazione e soprattutto l'impegno attivo da parte dei cittadini;

- L'importanza di una lettura continua delle situazioni locali con diverse necessità, fatta anche dalle comunità, al fine di contribuire alla realizzazione di strutture adeguate e significative.

Ogni legge è valida e trova concreta applicazione non soltanto per i valori ai quali si ispira ma anche se soddisfa le reali esigenze della comunità alla quale si rivolge.

Sua funzione specifica è quella sia di consentire che di imporre l'attuazione degli obiettivi ritenuti validi dal legislatore ma la legge possiede anche una valenza pedagogica nel senso che non va accolta statisticamente la cultura esistente al momento della sua attuazione, ma pur con la dovuta gradualità, vanno stimolati i possibili miglioramenti connessi al cambiamento sociale, culturale e scientifico, cosa che è avvenuto ed ancora avviene.

Per esempio, anche se si è giunti ormai alla fisiologica soluzione, è quello di riuscire a definire in termine precisi il significato del vocabolo "salute"; per questo aspetto si sono incontrate e si incontrano, ancora oggi, notevoli difficoltà a trovare espressioni che siano realmente esauritive e non tautologiche.

Come si è avuto modo di dire in altre occasioni, si ritiene che la definizione più puntuale sia quella formulata da Monsignor Elio Sgreccia secondo il quale la salute va intesa come "equilibrio dinamico all'interno della persona fra soma, psiche e spirito, all'esterno della persona fra soggetto e ambiente". Per Ivan Illich, la salute è "l'intensità con cui gli individui riescono a tenere testa ai loro stati interni ed alle condizioni ambientali".

Ancora, aggiunge Illich, la salute è come una virtù, come un compito e una responsabilità personale, in quanto "una salute migliore non dipende da qualche nuova norma terapeutica, ma dal grado di professionalità e di competenza ad impegnarsi nella cura di sé". Ne consegue che la salute non è solo sinonimo di apparato organizzativo efficace in termini di tecnica medica, ma primariamente come promozione di un ambiente sano e un sistema sociale rispondente all'interno dei quali l'individuo e la collettività possono tutelare il bene salute di cui sono fondatori.

Quando questa armonia tra ambiente, sistema sociale e individuo manca v'è insoddisfazione per questo ultimo. Ecco quindi la salute è come un – fare – con essa, per il mantenimento del benessere psico-fisico, attingendo da essa e tutelando ciò che esiste.

La salute come processo di conservazione, come un agire preventivo operato da tutti gli individui.

(38) Presidente del Laboratorio Sociale Tina ANSELMi

Gli studi su ciò che determina la salute sottolineano vari fattori:

- Fattori biofisiologici (caratteristiche e processi biologici di base)
- Fattori ambientali (tutto ciò che è al di fuori dell'organismo: ambiente, natura e sistemi sociali)
- Fattori connessi allo stile di vita (orientamenti, valori, rappresentazioni che influenzano le decisioni comportamentali dell'individuo quotidianamente in famiglia, nel lavoro...)
- Sistema salute (risorse finanziarie, tecniche, personali, modelli organizzativi, politiche sociali...)

Questo dimostra che la salute non è avere un corpo ben lubrificato, ma vivere in armonia con il mondo circostante. Allora l'obiettivo politico, è lo sviluppo della partecipazione per la protezione del bene – salute, con la reale collaborazione dei diretti interessati, i cittadini, alla definizione dei propri bisogni e delle cause che possono ostacolare il processo di conservazione del bene-salute. Questi orientamenti, presenti nel Servizio Sanitario Nazionale, la prima richiamata legge n. 833 del 1978, rappresentava e rappresenta il momento storico, l'ora "X" come fu definita da molti addetti ai lavori, in quanto

segnava un cambiamento radicale nella metodologia dell'organizzazione sanitaria.

Una riforma che interessava e interessava tutti i cittadini italiani e non solo, nata per tutelare un bene fondamentale, per garantire il diritto inalienabile alla salute, avendo come carattere: la totalità, in quanto il servizio è esteso a tutti, l'uniformità, perché deve essere omogeneo senza distinzioni e sperequazioni di sorta, la gratuità.

Infine, senza indulgere alla retorica possiamo affermare di essere stati davvero di fronte ad un progetto di riforma autenticamente storica, che tale rimane da qualsiasi punto di vista si voglia giudicare, perché tra l'altro, dall'unità d'Italia ad oggi è una delle prime Leggi Quadro sanitarie che fu consegnata al Paese e che almeno nell'impegno dei Legislatori – Legge votata all'unanimità da tutte le forze politiche – voleva esse un servizio alla vita in una visione di assetto unitario, globale e personalizzato.

Madre del Servizio Sanitario Nazionale è stata senza alcuna ombra di dubbio Tina ANSELMI.

Insieme ad altri autorevoli amici e amiche, in spirito di comunione, collaborazione, dialogo, ascolto e confronto progettuale verso la promozione e

tutela della salute, ha saputo offrire la Grande Riforma Sanitaria. Riforma Sanitaria che tutt'oggi tutto il mondo ci invidia, lo testimonia l'attuale situazione che la nostra Italia e non solo, vive combattendo la pandemia da Covid-19.

Memori di tanti suoi insegnamenti sociali, politici, umani e spirituali che in vita ci ha saputo donare, riporto un suo corale appello che ci consegnò in un seminario promosso in Puglia alcuni anni addietro, in un corso di formazione a proposito dell'applicazione del nuovo servizio sanitario appena approvato. Ebbe a dire: nella società attuale, amare con paziente concretezza la persona povera, bisognosa, oppressa, significa non limitarsi a fare qualche intervento personale, ma anche cercare e risanare le condizioni economiche, politiche, sociali e sanitarie della "povertà e dell'ingiustizia".

*Ringraziamo Tina Anselmi per la Sua Autentica Testimonianza di Vita, a Noi il compito di continuare a seminare il suo impegno missionario a favore soprattutto delle fasce più deboli delle nostre comunità.*



Il miglior modo per essere riconoscenti a chi ci ha dato la possibilità di godere di questi servizi, è quello di impegnarci tutti a portare avanti con costanza e tenacia nelle nostre comunità l'ideale di una tutela della salute, considerata come un Bene personale e soprattutto come un BENE COMUNE.

# PRIMA E DOPO IL COVID-19

QUEL CHE SAPEVAMO, E  
QUEL CHE SAPPIAMO OGGI,  
SU SALUTE/SOCIETÀ



di Eugenio Gaudio<sup>(39)</sup>

**S**ia i medici che gli studiosi di sanità pubblica sanno bene che poche nozioni cambiano nel tempo quanto quelle di salute e malattia. Questo assunto, valido sempre, diventa incalzante dopo una pandemia drammatica, fatta di tappe e *stop and go* che hanno messo a dura prova l'umana capacità di resilienza di fronte alle crisi<sup>(40)</sup>. A ciò si aggiunge la presa d'atto che in un mondo globalizzato e mediatizzato (almeno nei paesi più industrializzati), la comunicazione si sovrappone agli elementi di condizionamento del passato, creando o ingigantendo nuove posture salutari, alimentando bisogni di assicurazione altrettanto nuovi, e costringendoci, dunque, a includere l'impatto dei media, dell'informazione e della divulgazione nel novero degli elementi determinanti del sistema salute.

Non siamo di fronte ovviamente ad una novità assoluta, ma l'exploit della comunicazione a fronte del Covid-19 impone una specifica riflessione su disinformazione e fake news in sanità, mettendo dunque al centro l'impatto della disintermediazione e la disponibilità dei social media a ingigantire processi non solo virtuosi di appropriazione delle notizie. È una caratteristica specifica del nostro tempo la misura in cui il digitale finisce per ratificare la quotidianità della disinformazione, compromettendo la possibilità di una corretta comunicazione sulla salute presso le aree sociali più deboli, presumibilmente più esposte alle malattie. Un'ulteriore prova che l'accesso alla salute è un diritto tutt'altro che paritario e democratico.

(39) Presidente della Fondazione Sapienza

(40) Una parte della discussione sviluppata in questo testo è riconducibile a un lavoro sulla comunicazione del PNRR condotto in collaborazione con Mario Morcellini, che firma un altro pezzo in questa stessa Rivista.

Assemblando queste osservazioni, siamo dunque indotti a riconoscere un radicale cambiamento nel paniere degli attori incidenti sul sistema salute, che si rivela ipercomplesso, costringendoci in particolare a considerare prioritaria una valutazione sintetica di impatto del Covid. In uno sforzo di *storiografia dell'istante*, come la chiamerebbe Umberto Eco, dobbiamo riconoscere che la pandemia ha costretto il mondo a mettere a fuoco le nuove minacce, rettificando alcune propensioni alla retorica del rischio così cara ai media occidentali e in particolare italiani, ma anche facendo emergere cosa c'è dietro un concetto riassuntivo quale *società della paura*.

Una lettura delle contraddizioni della comunicazione prima del Covid ha evidenziato una tendenza che rischia di alimentare emotività e preoccupazione dei pubblici<sup>(41)</sup>, facendo emergere che l'ingresso nello *storytelling* del Covid ha contemporaneamente ridimensionato se non fatto scomparire, ad esempio, la tematica dei migranti e la costruzione di una contrapposizione contro soggetti peraltro senza voce. Si è decretato così che si trattava non di un fatto ma di una sopravvalutazione informativa su cui il Covid ha esercitato un momento di ridimensionamento, imponendo la necessità di ripensare la nozione di salute connettendola al suo corretto scenario di riferimento e ampliandone le connessioni. Ne discende che il sistema sanitario, già complesso di per sé, diventa più multipolare, intanto perché esige sempre più un confronto tra saperi e linguaggi diversi e una interdisciplinarietà che va continuamente perseguita.

È in questo contesto rinnovato che va reimpostato il rapporto salute/società

dopo la pandemia; al di là del lavoro di disintossicare la comunicazione dagli eccessi di drammatizzazione, che incombono sulla mente di tutti, diventa evidente che ciò che serve è un cambio di paradigma, in forza di cui la salute deve continuamente incrociarsi con tutela dell'ambiente, contrasto all'inquinamento, stili di alimentazione più corretti ed equilibrio del contesto ecologico. "La pandemia ha riproposto il tema delle connessioni tra salute umana, animale e ambientale e, soprattutto, tra tutela della biodiversità e malattie infettive emergenti, richiamando l'attenzione sulla necessità di nuovi paradigmi di prevenzione integrata ambientale e sanitaria": questa la tesi al centro anche del Position Paper curato da ASVIS nel 2020 e sintetizzata nell'efficace formula di "resilienza trasformativa"<sup>(42)</sup>.

Tutto ciò induce a dire che stiamo vivendo un momento importante per i discorsi sulla salute; c'è infatti un clima più consapevole, e persino esigente, quando si parla di salute e sanità. Una parte di questo discorso ha a che fare con un cambiamento tutt'altro che secondario del clima culturale italiano, sempre sotto la spinta modificatrice del Covid; non a caso, si è creata nel dibattito (più allargato che in passato) un'affinità elettiva scuola/salute quali pilastri di un rinnovato patto sociale capace di rivoluzionare il concetto di welfare, valorizzando un più ampio paradigma di 'benessere' legato all'acquisizione di uno stile di vita 'salutare'; è difficile non intravedere in questa drastica modificazione delle attenzioni verso i temi pubblici un primo e deciso passo per un nuovo modello di sviluppo italiano.

L'aumento di responsabilità post-Covid ci ha imposto di rientrare in noi stessi. Questa nota spinge ad estendere o reinterpretare il concetto di salute anche a partire da una declaratoria accademica neanche troppo recente e ormai conosciuta come *scienze della vita*: un'epigrafe che riterrei giusto utilizzare, insieme a quella di "area della fragilità" intesa quale spazio di una rinnovata strategia realmente solidale. Nella cornice di questa più ampia visione, ciò comporta il passo avanti di dotarci di una chiara idea di educazione e preparazione culturale, poiché è innegabile che molte patologie sono legate alla scarsa educazione alla salute degli italiani. Da questa acquisizione storicamente provata discende che gli investimenti in cultura della prevenzione debbono esser considerati *anticiclici* per la buona ragione che si rivelano essenziali in termini di risorse economiche risparmiate per le patologie più diffuse e per l'equilibrio complessivo del Servizio Sanitario Nazionale.

Allargando nel tempo l'analisi degli impatti della comunicazione sui diversi mondi vitali, si è sviluppata nell'ultimo ventennio una riflessione piuttosto articolata sulla dinamica media/salute, a cui hanno dato rilevanti contributi anche specifici studi del Censis. Partendo dallo specifico caso di una presa di coscienza volta ad adottare una decisa scelta di prevenzione, che implica comunicazione e formazione alla salute, cito l'educazione agli stili alimentari diventata un tema collettivamente condiviso anche per merito di un riorientamento dell'informazione pubblica che ha modificato la visione del cibo e delle bevande. Gli studiosi sanno, grazie a non pochi risultati di ricerca<sup>(43)</sup>, che proprio l'investimento

(41) Cfr. il numero monografico della rivista *Comunicazionepuntodoc* dedicato al tema delle migrazioni ("Come, quando e perché siamo cambiati", n. 21, agosto 2019).

(42) Sulla necessità di un approccio integrato e intersettoriale al concetto di salute e alle conseguenti strategie improntate a una "resilienza trasformativa", è quanto mai pertinente il riferimento ad ASVIS (a cura di), *Salute e non solo sanità. Come orientare gli investimenti in sanità in un'ottica di sviluppo sostenibile*, Position Paper 2020, p. 9. Ma sull'approccio "One Health" al centro dell'Obiettivo 3 dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, ma come anche nel riferimento al *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, è utile la lettura di P. Piscitelli, "Le interdipendenze tra ambiente e salute", nella rivista PARADOXA, anno XV, luglio/settembre 2021, numero 3, pp. 89-103.

(43) Motta G. (a cura di), *I tempi e luoghi del cibo. Pratiche e simboli della cultura alimentare nella storia di lunga durata*, Nuova cultura, Roma 2016.

dei media e della tv sul tema è riuscito a ‘spostare’ gli italiani da una soggezione all’abbondanza del cibo fino allo spreco, all’acquisizione del concetto di *scelta e selezione* nei confronti dei consumi alimentari.

Una riflessione strategica culturalmente orientata deve ovviamente partire da dati di scenario relativi all’intera società, ma altrettanto è tenuta ad individuare selettivamente le criticità dei sistemi sanitari, poiché solo una mappa condivisa può tradursi in priorità di intervento capaci di modificare il costo umano, sociale ed economico delle patologie e della morbilità. La pandemia non deve costringerci ad affrontare i temi di carattere sanitario solo ed esclusivamente sotto un profilo tecnico-programmatico oppure organizzativo-gestionale. È vero infatti che i problemi della sanità – a cominciare dalla sostenibilità di un servizio a copertura universalistica della domanda di salute – precedono di gran lunga la pandemia.

In questo contesto, il Covid si rivela una lezione che non consente filologie o esercizi di rinvio. Da un lato, la pandemia ha fatalmente finito per oscurare e ritardare le cure per patologie non meno gravi come quelle oncologiche o comunque incidenti su aree vaste di pazienti. Dall’altro, i lunghi mesi che abbiamo alle spalle costringono a stilare una graduatoria delle criticità che si concentrano sugli anziani e sulle persone fragili di qualunque età. Questa è del resto l’indicazione che emerge dall’importante capitolo del PNRR sulla sanità, chiamato non a caso “Missione salute”, che a sua volta riesce a identificare le priorità di intervento fondate sulla compresenza di diversi elementi di fragilità esistenziale (età, benessere psico-fisico, salute, ulteriori precarietà e disponibilità di servizi nel territorio). È dunque

sacrosanta l’elencazione riassuntiva che veda negli anziani, nei minori e in tutti quei casi in cui è più urgente la domanda di aiuto, disabilità inclusa, il *focus* di una rinnovata e convinta attenzione scientifica e operativa.

Occorre inoltre prendere coscienza

come espressamente dichiarato nel PNRR, solo un più attento monitoraggio dei bisogni di cura può trasformarsi in utile strumento per la quantificazione e qualificazione dell’offerta sanitaria.

La profondità della crisi impone dun-

*Da un lato, la pandemia ha fatalmente finito per oscurare e ritardare le cure per patologie non meno gravi come quelle oncologiche o comunque incidenti su aree vaste di pazienti. Dall’altro, i lunghi mesi che abbiamo alle spalle costringono a stilare una graduatoria delle criticità che si concentrano sugli anziani e sulle persone fragili di qualunque età*

che buona parte del pronostico di successo del PNRR si giocherà sui territori e nelle realtà locali<sup>(44)</sup>, e cioè in quegli ambiti in cui oggettivamente più problematica è l’attenzione ai saperi indispensabili ai processi di cambiamento. Proprio qui trova il suo cardine la “Missione Salute”: una nuova strategia sanitaria in grado di edificare gradualmente un articolato sistema di *welfare comunitario* e allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del paese. Una Sanità capace di prossimità, attraverso il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali quali le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità più vicini alle persone perché realizzati sulla base di un preventivo e dettagliato censimento delle loro specifiche esigenze assistenziali. In altri termini,

che un complessivo “ripensamento dell’architettura del SSN, a partire dal rifiuto delle politiche di finanziarizzazione della spesa sanitaria che deve essere considerata come investimento primario sul benessere individuale e sociale”. È giunta l’ora “di avviare una discussione che coinvolga i cittadini, in forma individuale e organizzata, i lavoratori del sistema-sanità, gli operatori privati, i diversi livelli di governo delle politiche sanitarie, il mondo dell’università e della ricerca, con l’obiettivo di generare le basi etiche, politiche ed istituzionali di un rinnovato patto per la salute”<sup>(45)</sup>.

(44) Sul ruolo della medicina ‘del’ e ‘sul’ territorio si veda M. Minelli, “Il sistema-salute alla prova del CoViD-19”, in *Paradoxa*, anno XV, luglio/settembre 2021, numero 3, *cit.*, p. 110-114.

(45) Cfr. ancora M. Minelli, “Il sistema-salute alla prova del CoViD-19”, *cit.*, p. 115.

# Per un'Unione europea della salute

di **Alessandra Moretti**<sup>(46)</sup>

**L**a pandemia ha dimostrato quanto sia urgente realizzare una vera unione europea della salute. Il ricorso sempre più frequente al metodo intergovernativo a scapito di quello comunitario nel processo decisionale Ue, combinato con il miope sovranismo degli stati prevalso in questi anni, ha impedito alla Commissione europea di dotarsi di autorità specifiche e ha limitato la capacità del Parlamento europeo di intervenire tempestivamente, con

efficacia e in modo egualitario per garantire il diritto alla salute ai cittadini europei. In molti Paesi e, in particolare in Italia, assistiamo da anni alla riduzione degli spazi della sanità pubblica e alla concomitante espansione di quella privata, a pagamento, per pochi. A rendere ancora più preoccupante il quadro, registriamo la carenza di medici e personale sanitario che a breve potrebbe raggiungere livelli tali da mettere a repentaglio il servizio universale. La difficoltà e la lentezza di implementare innovazioni radicali per esempio la telemedicina e la diffusione della sanità territoriale, il progressivo invecchiamento della popolazione con potenziale esplosione dei costi sanitari

e quindi sociali, le persistenti disegualianze nella quantità e nella qualità dei servizi offerti tra i paesi dell'Unione e all'interno degli stessi tra differenti regioni determinerà, nel giro di pochi anni, l'incapacità di rispondere ai bisogni sanitari e sociali dei propri cittadini. Sono tutte questioni che vanno affrontate con urgenza e in ottica europea. La pandemia, ancora lontana dall'essere completamente superata, ci indica la necessità di garantire a tutti il diritto alla salute con prestazioni sanitarie pubbliche di qualità e accessibili a tutti.

La gestione della fornitura e distribuzione dei vaccini è l'esempio più recente delle distorsioni causate dal

(46) *europarlamentare del Partito democratico aderente al gruppo europeo S&D (Socialisti e Democratici)*



metodo intergovernativo. Non l'Europa, ma gli stati membri hanno precluso all'Agenzia europea per i medicinali (EMA) poteri adeguati per applicare le procedure d'urgenza per l'immissione in commercio dei vaccini. Già ad ottobre 2020, la Commissione aveva chiesto di presentare il piano per la distribuzione dei vaccini; tuttavia, la maggior parte degli stati non aveva organizzato per tempo la logistica e le infrastrutture.

Nei mesi successivi, di fronte alle lentezze della campagna vaccinale e alle seguenti pressioni dell'opinione pubblica, molti paesi non hanno avuto scrupoli nello scaricare la responsabilità sull'Europa per lavarsi la coscienza della propria inadeguatezza.

Ben prima della crisi Covid, però, era chiaro che anni di tagli ai bilanci sanitari nazionali e regionali, avevano decisamente ridotto il diritto alla cura e l'accesso alle terapie.

L'Italia ha uno dei sistemi mutualistici con maggiore copertura nel mondo. Ma oggi è l'esempio che, senza una politica sanitaria comunitaria, il diritto alla salute non sarà garantito universalmente ed equamente.

Nel periodo 2010-2019 sono stati sottratti al servizio sanitario nazionale circa 37 miliardi di euro, mentre l'incremento complessivo del fabbisogno sanitario nazionale è stato di 8,8 miliardi di euro. Con una **popolazione che invecchia** e che ha sempre più bisogno di assistenza, serve che, da subito, si inverta la tendenza. Esistono, ovviamente, grosse diversità regionali. La sanità in Emilia-Romagna non è la stessa della Lombardia o della Campania, ma la tendenza alla **privatizzazione** è – purtroppo – un trend nazionale ormai non più accettabile. Serve un forte impegno per reindirizzare le risorse verso la sanità pubblica, **valorizzare le competenze** presenti nei nostri ospedali, rilanciare le assunzioni. Mancano medici, infermieri, tecnici. Manca la garanzia della **prestazione di qualità universale** ed accessibile a tutti.

Come detto, risorse insufficienti si accompagnano a problemi strutturali, come la **carezza di personale**, medici, infermieri e operatori sanitari. Problema non da poco, visto che si stima che entro il 2022 andranno in pensione 20 mila medici, che mancheranno al Sistema sanitario nazionale. Negli ultimi anni, a soffrire sono per lo più le regioni povere, quelle che stanno affrontando i piani di rientro dal deficit. Oltre 40 mila operatori non sono stati rimpiazzati, diecimila nella sola Campania, novemila nel Lazio. Serve da un lato aprire le maglie dei **numeri chiusi** nelle facoltà di medicina, ma non basta: serve anche un'offerta più adeguata, rafforzata, ammodernata delle **scuole di specializzazione** che ad oggi non sono in grado di coprire il fabbisogno del paese.

Scontiamo, inoltre il fenomeno di fuga dal nostro paese di persone che hanno studiato e si sono formate in Italia con grossi sacrifici delle famiglie ma anche grazie a rilevanti investimenti pubblici. I centri di ricerca universitari e privati, gli ospedali di Francia, Germania, Regno Unito sono popolati da migliaia di talenti italiani che di fonte alla prospettiva di precariato e di basse remunerazioni scelgono, giustamente, di espatriare. Con una politica unitaria europea sulla sanità sarebbe possibile, al contrario, uniformare le carriere del personale da un lato e stabilire quali siano le prestazioni minime garantite a ciascun cittadino europeo.

C'è poi il tema della sanità territoriale di cui abbiamo riscoperto il valore durante la pandemia. In Italia se ne discute da almeno due decenni e tutte le buone intenzioni sono rimaste tali, mentre lontano dalle aree metropolitane gli ospedali e i servizi di prossimità continuano a chiudere o a fornire servizi a singhiozzo. In molte zone di montagna o rurali mancano le guardie mediche, mancano i medici di base, non ci sono ambulatori. Sempre più spesso, sono le unità di pronto

soccorso a dover sopperire alla mancanza di servizi snaturando così reparti che dovrebbero essere destinati alle sole emergenze. Con le risorse del Recovery Fund potremo ammodernare e innovare il servizio. Pensiamo alle opportunità che abbiamo grazie all'**assistenza di prossimità** e alla **telemedicina**, oppure al bisogno di **cure domiciliari** che potrebbero alleggerire il peso sui nostri ospedali.

La salute pubblica è anche però cura e **protezione sociale**. Mi riferisco alla prevenzione, in particolare per quanto riguarda il cancro, ma anche alla tutela dei più fragili, degli esclusi, delle minoranze e dei soggetti socialmente deboli.

Pensiamo alle case per la salute, o ai consultori per le donne, ai centri di accoglienza dei migranti, alle case-famiglia o ai luoghi dove vengono ospitate le donne e i bambini vittime di violenza, ma anche alla rete di assistenze per i malati psichiatrici e i servizi per la salute mentale, oppure alle famiglie con disabili. Insomma, ci sono tante cose da fare, e nessuna è meno importante dell'altra. Tuttavia, scontiamo una discriminazione territoriale impressionante: alla nascita una bambina in Francia ha un'aspettativa di vita di 85,3 anni, in Bulgaria di 77,5. Differenze sostanziali permangono all'interno dei singoli Paesi.

In Italia la speranza di vita di una bambina nata in Trentino Alto Adige è di tre anni superiore di una bimba nata in Campania. La frammentazione dei servizi sanitari a livello regionale e a livello nazionale comporta, di fatto, discriminazioni territoriali inaccettabili. Se non interveniamo con politiche di riequilibrio, le disuguaglianze sono destinate ad aumentare. Per questo motivo, credo che i prossimi cinque anni saranno decisivi, non solo per la quantità di risorse disponibili grazie al piano Next Generation EU, ma soprattutto perché gli stati membri decidano di cedere parte della sovranità al fine di garantire il diritto alla salute accessibile e gratuito a tutti i cittadini.

# SSN

## BENE COMUNE

Per non dimenticarci cosa ci ha insegnato la pandemia

---

di Riccardo Fatarella

---

**D**alla sua istituzione nel lontanissimo 1978, abbiamo imparato ad affezionarci al nostro Servizio Sanitario Nazionale SSN senza nascondere mai difetti e pregi. Per decenni, anche il livello di fiducia dei cittadini nel SSN si è mantenuto alto.

Purtuttavia, molto è cambiato durante questa pandemia: siamo passati dagli applausi ai medici ed agli operatori sanitari (arrivando a definirli eroi della modernità e dei lavori socialmente utili) ad una fase di disincanto latente, se non ad una aperta opposizione da parte di una assoluta minoranza (ma non del tutto insignificante). Una minoranza, peraltro, promossa irresponsabilmente da molti media, che arriva a negare la pandemia ed a sottendere complotti delle multinazionali del farmaco e di buona parte di medici,

scienziati e giornalisti. Come dice bene il Prof. Morcellini nel suo articolo sul n. 1-2 di questa rivista, analizzando il cortocircuito tra modernità e comunicazione: questo cortocircuito è apparso ancor più evidente durante la pandemia, riconfermando il ruolo mai neutro della comunicazione pubblica e social sul cambiamento del *sentiment* della popolazione in soli due anni. Non a caso i sociologi, ad esempio Z. Baumann, da anni hanno descritto l'incertezza come tratto distintivo delle società post moderne. La pandemia ha reso ben visibili i limiti della nostra comunicazione istituzionale evidenziando la confusione che regnava nel Governo precedente e nelle Regioni, per la mancanza di un indirizzo unitario, coerente, credibile ed efficace. Conseguentemente, siamo stati bombardati da messaggi "fai

da te", ed anche gli *scienziati televisivi* hanno contribuito all'attuale disorientamento con messaggi contraddittori e confusi. Tale babele informativa si è innestata in un contesto di estensione di "aree di ignoranza" in ampi strati di popolazione a partire dai ceti intermedi; ne è prova anche il fatto che persino una quota di operatori sanitari ha negato la scientificità del proprio lavoro dichiarandosi no-vax e no-green pass. Tutto ciò non ha fatto che aumentare la confusione e l'incertezza diffusa tra i cittadini.

Oggi dobbiamo fare i conti con una opinione pubblica disincantata e dubbiosa che in stragrande maggioranza segue le indicazioni delle autorità sanitarie per senso di responsabilità verso la propria comunità; comunità nella quale, tuttavia, sta allargandosi la spaccatura con la minoranza che

invece privilegia un atteggiamento individualistico, di rifiuto della scienza e di opposizione ai cosiddetti poteri forti annoverandovi anche le Istituzioni del Paese.

In tale contesto, peraltro in continua fibrillazione, il SSN deve fare i conti con le proprie debolezze in gran parte ataviche (e comuni con altri comparti della P.A.) che la pandemia

ha reso evidenti ed incompatibili con il concetto di **SSN** come **BENE COMUNE**.

Da un punto di vista gestionale ed organizzativo, il SSN ha evidenziato molte disfunzioni già da tempo individuate e descritte dagli studiosi di organizzazione e management sanitario. Disfunzioni che sono alla base delle difficoltà strutturali del SSN che, al momento, sono meno visibili per una

iniezione massiccia di nuovo personale, a volte anche con limitata esperienza, ma soprattutto per l'abnegazione e la dedizione di larga parte dei dipendenti del SSN, ivi compreso il personale delle strutture private accreditate, da considerare anch'essi una risorsa organica del SSN.

Pressochè tutti i manager sanitari e molti politici concordano che almeno tre sono state le criticità maggiori:

1) la debolezza dei servizi territoriali (distretti, Case della Salute, poliambulatori, ...) e di assistenza e riabilitazione domiciliare

2) la carenza di personale dopo anni di blocco sostanziale del turn over

3) la arretratezza, eterogeneità e scarsa integrazione delle esperienze di sanità digitale in particolare nei servizi territoriali.

Sono elementi certamente concreti ma non sufficienti a recuperare una credibilità del SSN tale da mantenere nella opinione pubblica ancora salda la convinzione che esso sia un indispensabile **BENE COMUNE**. Le tre criticità richiamate sono certamente importanti, ma non saremo né in grado di utilizzare i finanziamenti che il PNRR destina alla sanità né pronti per le sfide epidemiologiche e pandemiche dei prossimi tempi, se non si correggeranno molto rapidamente i successivi ulteriori limiti strutturali:

In primo luogo il SSN ha palesato un "fallimento della propria capacità di valutazione del fabbisogno assistenziale" della popolazione anche per i limiti culturali che hanno ispirato il DM 70/2015. Quel decreto ha inteso normare centralmente il dettaglio della organizzazione ospedaliera e territoriale di tutta Italia, con una visione burocratica e rigida, tutta volta a contenere la spesa senza però correlarla agli obiettivi di salute. Ad esempio, non era stato previsto un numero sufficiente di p.l. di terapia intensiva nè soprattutto erano stati approntati gli strumenti procedurali e normativi per attrezzarne rapidamente altri in caso

di necessità imprevedibili. Un fallimento annunciato. Ciò che dobbiamo abbandonare è l'idea che la programmazione consista nel prevedere i dettagli di un domani spesso imprevedibile mentre dovrebbe prevedere gli strumenti dinamici per adeguare **FLESSIBILMENTE** l'organizzazione sanitaria ospedaliera e territoriale a nuove sfide o situazioni. In altri termini, per flessibilizzare l'organizzazione sanitaria occorre semplificare le procedure, fino a prevedere norme cogenti che trasferiscano ai decisori politici ed ai manager sanitari fortissimi strumenti per soltire ed intervenire sulle "norme ragnatela" che stanno soffocando ed irrigidendo l'organizzazione sanitaria oltre ogni ragionevole limite.

Il secondo intervento o meglio "sistema di interventi" deve essere teso a facilitare l'interconnessione **OBBLIGATORIA** tra i diversi sistemi informativi, soprattutto tra diverse regioni e tra ospedale e territorio. Attualmente, ad esempio, ogni volta che un cittadino si rivolge ad una struttura accreditata (pubblica o privata) spesso si ricomincia dalla sua registrazione nell'anagrafica locale, senza potersi collegare ad archivi già esistenti e costantemente allineati tra loro. Solo

interconnettendo i diversi sistemi informativi, si potranno utilizzare i metadati, o, ad esempio, consultare il fascicolo sanitario elettronico di cittadini residenti anche in regione diversa da quella dove si richiede la prestazione.

In sintesi: programmazione dinamica per una organizzazione flessibile, interconnessa, che sappia utilizzare le tecnologie con sollecitudine ed efficacia. Il processo di evoluzione verso la sanità digitale potrà dispiegare i suoi effetti positivi sul cittadino se le Università sapranno formare nuovi professionisti sanitari, già da oggi, come "nativi digitali".

Dovrà essere la nuova sanità ad adattarsi ai bisogni del cittadino rendendo flessibile la propria organizzazione. Sarà così davvero possibile riposizionare il SSN vicino al cittadino, fornendogli risposte integrate senza che debba "rimbalzare" tra uffici e servizi.

Se riusciremo ad avviare questo rinascimento del Servizio Sanitario Nazionale sapremo anche consolidare il suo essere, non un sistema di servizi scollegati e percepiti distanti, ma davvero **BENE COMUNE**

# SALUTE, CURA, LIBERTÀ

Attualità della Costituzione  
in tempo di pandemia.

di Raffaella Messinetti<sup>(47)</sup>

Di fronte ai dilemmi etici e ai delicati problemi giuridici sollevati dall'ultima pandemia non può certamente sorprendere che si guardi alle carte costituzionali per cercare cardini ai quali ancorarsi e dai quali ri-orientarsi. Ciò riflette il "primo grande compito" delle costituzioni contemporanee: la "capitale distinzione tra legge, come regola posta dal legislatore, e i diritti umani, come pretese soggettive assolute, valide di per sé, indipendentemente dalla legge."<sup>(48)</sup>

Il caso della Costituzione italiana è – anche da questo punto di vista – esemplare e la specialità del suo linguaggio<sup>(49)</sup>, nell'enunciato dedicato al

diritto alla salute, non passa inosservata: il diritto alla salute è l'unico al quale la nostra Legge Fondamentale riserva espressamente la qualifica "fondamentale"<sup>(50)</sup>.

La ragione di questa scelta comunicativa potrebbe apparire intuitiva dal punto di vista empirico: "chiunque abbia l'esperienza della malattia sa che qualunque diritto è vuota declamazione finché la malattia lo sovrasta"<sup>(51)</sup>. Sembra "naturale", perciò, riferire al diritto alla salute ciò che si dice per connotare il diritto alla vita: "il primo dei diritti inviolabili dell'uomo" (Corte cost. 223/1996) e il "presupposto per l'esercizio di tutti gli altri" (Corte cost. 35/1997)<sup>(52)</sup>.

Non sfugge, del resto, che, diversamente dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (New York, 10 dicembre 1948), dalla Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (Roma, 4 novembre 1950) e dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (Nizza, 7 dicembre 2000), la Costituzione italiana non contiene alcuna disposizione specificamente ed esplicitamente dedicata al diritto alla vita mentre affida all'art. 32 la relazione tra vita e salute.

Il delicato intreccio tra salute e vita delinea il campo semantico delle parole che compongono l'enunciato

(47) Prof. ordinario di Diritto Privato – Sapienza Università di Roma

(48) G. Zagrebelsky, *Il diritto mite. Legge Diritti Giustizia*, Torino, p. 37.

(49) M. Ainis, *Le parole della Costituzione*, Napoli, 2014.

(50) Tra le molte decisioni si veda, in particolare, Corte cost. n. 88/1979

(51) G. Tamburino, *Epidemia-Salute-Carcere*, in "Giustizia insieme", 2020.

(52) F. Modugno, *I "nuovi diritti" nella Giurisprudenza Costituzionale*, Torino, 1995, p. 16 ss.

dell'art. 32, quali espressioni del linguaggio prescrittivo. Tuttavia, se è intuitivo che il nesso con la vita dia ragione e misura della "fondamentalità" della salute, l'operazione ermeneutica è più complessa di quanto a prima vista non appaia<sup>(53)</sup>. Per semplificarla, la scandiremo in due quesiti.

Il primo: che cosa significa sul piano tecnico-giuridico qualificare il diritto alla salute "diritto fondamentale"? Il secondo: attesa l'unicità di questa qualificazione nella Carta costituzionale, può dirsi che la salute sia un diritto "più fondamentale" tra gli altri diritti ritenuti parimenti fondamentali nel discorso costituzionale italiano ed europeo, oppure una tale differenziazione è insensata sul piano logico-giuridico?

Un rapido sguardo alla topografia costituzionale basta per riscontrare una risonanza: l'espressione "fondamentale" contenuta nell'art. 32 coincide con quella che la Carta utilizza per un'altra e diversa regione del suo edificio: quella dedicata ai principi fondamentali dell'ordinamento giuridico italiano.

Il richiamo non sembra occasionale, coinvolgendo subito un principio considerato "supremo" del sistema costituzionale: quello della tutela giuridica della persona umana, sancito dall'art. 2. Infatti, sebbene il diritto alla salute non figuri espressamente in nessuno dei 12 articoli della Costituzione che declinano i principi fondamentali, si ritiene indubitabile che, proprio quale "fondamentale diritto dell'individuo" (art. 32), il diritto alla salute appartenga al novoro dei "diritti inviolabili": quelli che, in virtù dell'art. 2, la Repubblica riconosce e garantisce alla persona umana sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità. Come è noto, secondo

l'univoca interpretazione dottrina e giurisprudenziale, i diritti inviolabili della persona umana sono diritti "fondamentali".

In quanto tali, essi danno "sostanza" all'immagine giuridica di persona umana, posta al centro dell'ordinamento costituzionale. In questa operazione, il diritto alla salute svolge un ruolo peculiare non tanto perché amplia un elenco di diritti fondamentali ma perché ri-orienta lo sguardo del diritto sulla persona umana stringendolo sulle condizioni reali dell'esistenza. Sotto questo profilo, la "fondamentalità" intuitiva del diritto alla salute (quella – come abbiamo detto – restituita dall'esperienza empirica della malattia) manifesta con forza ineguagliata che l' "essere umano" si dispiega nella realtà concreta delle condizioni materiali e spirituali dell'esistenza e nelle relazioni che intessono il suo mondo vitale. L'intreccio con l'art. 3 Cost. si fa tanto chiaro quanto stretto<sup>(54)</sup>: l'essere in salute condiziona senso ed effettività della libertà e dell'eguaglianza; incide sul libero sviluppo della personalità e sull'effettività della partecipazione democratica; decide in merito alle reali "possibilità di essere e di fare della persona"<sup>(55)</sup>.

Si capisce, in questa prospettiva, che nel discorso costituzionale complessivo il diritto alla salute è centro di una trama fittissima di principi ed origina perciò questioni complesse. Ma andiamo con ordine.

Il collegamento dell'art. 32 all'art. 2 Cost. manifesta innanzitutto che, quale diritto fondamentale della persona umana, il diritto alla salute coinvolge e si svolge anche nella dimensione della libertà. Non solo perché – intrecciata con la vita – la salute è presupposto per l'esercizio di ogni altro diritto: in questo senso, è "condizione" di effettività

del libero sviluppo della personalità. Ma perché quello alla salute è (anche) diritto di libertà: autodeterminarsi rispetto agli interventi terapeutici sul proprio corpo e perciò rispetto alla propria salute. Le implicazioni sono chiare: il diritto alla salute, "come tutti i diritti di libertà, implica la tutela del suo sviluppo negativo: il diritto di perdere la salute, di ammalarsi, di non curarsi e di vivere le fasi finali della propria esistenza secondo canoni di dignità umana propri dell'interessato, finanche di lasciarsi morire"<sup>(56)</sup>.

Come sappiamo, questo aspetto cruciale del patto costituzionale concluso nell'art.32 si è esplicitato con chiarezza solo di recente, nelle risposte della giurisprudenza alle nuove domande di tutela della persona emergenti dagli approdi inediti delle scienze mediche. Ma, a ben guardare, restituisce una estensione della libertà individuale che non deve stupire: al contrario, "... è conforme al principio personalistico che anima la nostra Costituzione, la quale vede nella persona umana un valore etico in sé, vieta ogni strumentalizzazione della medesima per alcun fine eteronomo ed assorbente, concepisce l'intervento solidaristico e sociale in funzione della persona e del suo sviluppo e non viceversa, e guarda al limite del «rispetto della persona umana» in riferimento al singolo individuo, in qualsiasi momento della sua vita e nell'integralità della sua persona, in considerazione del fascio di convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche che orientano le sue determinazioni volitive. Ed è altresì coerente con la nuova dimensione che ha assunto la salute, non più intesa come semplice assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico e psichico, e quindi coinvolgente, in relazione alla

(53) G. Azzariti, *Interpretazione e teoria dei valori: tornare alla Costituzione*, in *L'interpretazione della legge alle soglie del XXI secolo*, a cura di A. Palazzo, Napoli, 2001, pp. 231 ss.

(54) G. Alpa, *Diritto «alla salute»* in *Nov. Digesto It.*, Appendice, VI, 1986, p. 913 ss.; P. Perlingieri, *La persona e i suoi diritti*, cit. p.3 ss.;

(55) È la nota impostazione di M. C. Nussbaum, *Creare capacità*, Bologna, 2014.

(56) Corte Cass., Sez. I Civile, sentenza n. 21748 del 16 ottobre 2007.

percezione che ciascuno ha di sé, anche gli aspetti interiori della vita come avvertiti e vissuti dal soggetto nella sua esperienza.”<sup>(57)</sup>

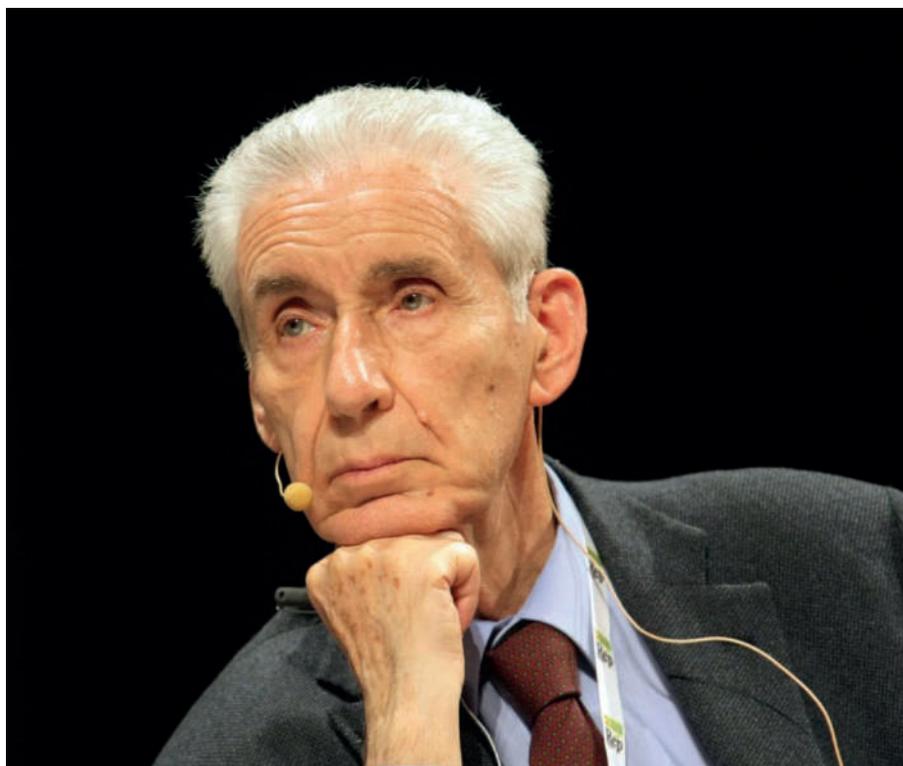
Si comprende allora perché “deve escludersi che il diritto alla autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita.”<sup>(58)</sup> È – questo – un aspetto decisivo del rispetto della persona umana che l’art. 32 individua come limite insuperabile – persino – per il legislatore. Come Rodotà ha evidenziato, nell’art. 32 vi “è una delle dichiarazioni più forti della nostra Costituzione” perché “Quando si giunge al nucleo duro dell’esistenza, alla necessità di rispettare la persona umana in quanto tale, siamo di fronte all’*indecidibile*. Nessuna volontà esterna, fosse pure quella coralmemente espressa da tutti i cittadini o da un parlamento unanime, può prendere il posto di quella dell’interessato”<sup>(59)</sup>.

Non per caso è soltanto il diritto alla salute ad essere nominato fondamentale: la specialità del linguaggio si adegua a quella della sostanza in gioco (l’intreccio tra salute e vita) per denotare la specialità del patto costituzionale sancito dall’art. 32: la sovranità della persona sul proprio corpo e sulla sua salute/vita è istituita e protetta costituzionalmente quale “attributo” inseparabile dalla persona umana.

Il fatto che il rispetto della persona umana costituisca un vincolo insuperabile per il legislatore non significa che il diritto all’autodeterminazione terapeutica non incontri limiti costituzionali e che perciò non possa mai soccombere nel conflitto che, in concreto, lo opponga ad altri e diversi interessi di eguale rango gerarchico. Nel linguaggio giuridico l’espressione “fondamentale”, riferita a un diritto

soggettivo, non equivale a quella “assoluto”: capace cioè di prevalere astrattamente – prima e al di fuori di ponderazioni misurate sulle peculiari

situazioni in cui la salute non riguarda solo il singolo individuo ma coinvolge gli altri e tutta la comunità *naturaliter*. Limitiamo l’osservazione ad un solo



circostanze dei casi concreti<sup>(60)</sup>.

Queste precisazioni possono apparire superflue proprio alla stregua dell’enunciato dell’art. 32: la possibilità giuridica di trattamenti sanitari obbligatori manifesta che il diritto all’autodeterminazione terapeutica non è parametro capace di risolvere tutti i conflitti che coinvolgono la salute. In questi casi, la decisione dell’individuo non è conclusiva per definizione e il limite del rispetto della persona umana si realizza in virtù di meccanismi giuridici diversi dal consenso. Il problema, allora, è delimitare correttamente i due contesti: quello governato dall’autodeterminazione e quello che non lo è. Ad esempio, possono darsi

*Nell’art. 32 vi “è una delle dichiarazioni più forti della nostra Costituzione” perché “Quando si giunge al nucleo duro dell’esistenza, alla necessità di rispettare la persona umana in quanto tale, siamo di fronte all’*indecidibile*. Nessuna volontà esterna, fosse pure quella coralmemente espressa da tutti i cittadini o da un parlamento unanime, può prendere il posto di quella dell’interessato*

(57) Corte Cass. cit.

(58) G.U. Rescigno, *Dal diritto di rifiutare un determinato trattamento sanitario secondo l’art. 32, comma 2, Cost, al principio di autodeterminazione intorno alla propria vita*, in *Dir. pubbl.*, 2008, p. 102 ss.;

(59) Esplicitamente, S. Rodotà, *Il diritto di avere diritti*, cit., p. 257.

(60) Corte cost. n. 264/2012...

aspetto: è il caso in cui la malattia del singolo mette in pericolo la salute/vita degli altri. Questa “nuda” contrapposizione rende trasparenti sia il senso della doppia qualificazione costituzionale della salute sia il fondamento che giustifica e legittima l'intervento terapeutico coattivo. Sotto questo profilo, l'enunciato dell'art. 32 fuga ogni dubbio proprio in virtù del vincolo insuperabile del rispetto della persona umana: i trattamenti sanitari sono obbligatori nei soli casi espressamente previsti dalla legge, “sempre che il provvedimento che li impone sia volto ad impedire che la salute del singolo possa arrecare danno alla salute degli altri e che l'intervento previsto non danneggi, ma sia anzi utile alla salute di chi vi è sottoposto” (Corte cost., sentenze n. 258 del 1994 e n. 118 del 1996).

Appare chiaro che la limitazione non riguarda la salute in senso oggettivo ma l'autodeterminazione terapeutica. Il “nucleo” dell'interesse protetto dal diritto soggettivo, sinteticamente rappresentato

dal binomio salute-vita, non può essere sacrificato non solo nel conflitto con altri diritti fondamentali ma neppure in quello con il diritto alla salute degli altri e con l'interesse della collettività. Il diritto alla salute è fondamentale – in certo senso “più fondamentale” di altri diritti parimenti inviolabili – anche in questo senso. La ragione – evidente – è il suo rapporto con la vita<sup>(61)</sup>.

Proviamo a riassumere. Il patto costituzionale sancito nell'art. 32 istituisce in virtù della doppia qualificazione della salute una fondamentale divisione. Da un lato, l'area in cui la salute dell'individuo non coinvolge quella degli altri e l'interesse alla salute della collettività. In questa situazione il rispetto dovuto alla persona umana prescrive che la persona sia “sovrana” del proprio corpo e della propria salute/vita. La libertà individuale di autodeterminazione pone – conclusivamente – la regola del caso. Che ciò avvenga sul piano del diritto – non soltanto su quello dei fatti – risulta chiaro da due

profili: quello in cui la libertà individuale è confine reso invalicabile dal diritto (e verso il diritto); quello in cui tutelare l'autodeterminazione individuale implica interventi e attività necessari ad assicurarne l'effettività. Non a caso, il consenso informato è “sintesi” dei due diritti fondamentali alla salute e all'autodeterminazione. E perciò va “preso sul serio<sup>(62)</sup>,” qualunque ne siano contenuto e conseguenze. Se, infatti, non esiste un principio di ordine pubblico che obblighi l'individuo a curarsi, “la comunità deve mettere a disposizione di chi ne ha bisogno e lo richiede tutte le migliori cure e i presidi che la scienza medica è in grado di apprestare per affrontare la lotta per restare in vita, a prescindere da quanto la vita sia precaria e da quanta speranza vi sia di recuperare le funzioni cognitive. Lo reclamano tanto l'idea di una universale eguaglianza tra gli esseri umani quanto l'altrettanto universale dovere di solidarietà nei confronti

(61) D'obbligo rammentare Cass. S.U., n. 5172 del 6 ottobre 1979.

(62) Riferimento scontato alla notissima opera di R. Dworkin, *I diritti presi sul serio*, Bologna, 1982.



di coloro che, tra essi, sono i soggetti più fragili<sup>(63)</sup>.

L'altro lato è quello del conflitto tra autodeterminazione individuale rispetto alla salute, diritto alla salute degli altri e interesse collettivo alla salute. In quest'ambito la decisione dello Stato si sostituisce a quella individuale in un solo caso: quando la malattia del singolo possa pregiudicare la salute/vita degli altri. Il caso dell'epidemia da Covid19 è esemplare: manifesta che la salute è interesse collettivo nel senso che non può essere realizzato altro che in modo unitario da tutta la collettività<sup>(64)</sup>. Il senso di una tale unitarietà si rivela in un doppio aspetto: il dovere dello Stato e il dovere degli individui che compongono la collettività. Il primo è restituito con chiarezza dalla Corte costituzionale, nella recente sentenza n. 37 del 24 febbraio 2021: "A fronte di malattie altamente contagiose in grado di diffondersi a livello

globale, ragioni logiche prima che giuridiche (Corte cost. 5/2018) radicano nell'ordinamento costituzionale l'esigenza di una disciplina unitaria, di carattere nazionale, idonea a preservare l'uguaglianza delle persone nell'esercizio del fondamentale diritto alla salute e a tutelare contemporaneamente l'interesse della collettività".

In queste situazioni, è palese che la cura della propria salute per preservare quella degli altri sia doverosa, così come rispettare le limitazioni agli altri diritti fondamentali che per la stessa ragione siano – proporzionalmente e temporaneamente – necessarie. Se, per un verso, in un ordinamento pluralista e democratico il conflitto tra i valori fondamentali è normale, per l'altro è ragionevole che la peculiare "fondamentalità" del diritto alla salute, alla stregua del suo intreccio con la vita, abbia la forza di orientare il bilanciamento e la soluzione<sup>(65)</sup>. Comprimere

gli altri diritti non è solo una esigenza logica, imposta dal coesistere di sfere individuali, ma si spiega anche alla stregua di una ragione giuridica affatto differente: il principio di solidarietà.

*Come il Preambolo della Carta dei diritti fondamentali dell'UE rammenta, "il godimento di quei diritti fa sorgere responsabilità e doveri nei confronti degli altri come pure della comunità umana e delle generazioni future".*

(63) Corte Cass, 21748/2007, cit.

(64) G. Tamburino, *Epidemia*, cit.

(65) Sulla peculiare "fondamentalità" del diritto alla salute/vita si veda Corte cost. n. 58/2018, in relazione dialettica con Corte cost. n. 85/213; G. Amendola, *Ilva e il diritto alla salute. La Corte costituzionale ci ripensa?* in *Questione giustizia*, 10/4/2018.



# La crisi pandemica ed il settore dello spettacolo

di **Domenico Barbuto**<sup>(66)</sup>

La pandemia da Coronavirus, d'ora in avanti anche Covid-19, ha colpito violentemente le nostre vite, sradicando il vivere quotidiano. Al fine di contrastare il contagio, sono state introdotte misure restrittive che hanno investito innanzitutto i luoghi extra-domestici e le manifestazioni fisiche della vita associata, come quelle della cultura e delle arti<sup>(67)</sup>, sospendendo quindi tutte le attività di spettacolo e musica dal vivo e l'offerta nelle sale di prodotti cinematografici al pubblico<sup>(68)</sup>.

## Il Covid-19 e lo spettacolo dal vivo

Le attività di spettacolo dal vivo, sono state sospese, a causa dell'emergenza sanitaria,

dalla fine di febbraio, in Lombardia, Emilia-Romagna e zone limitrofe e successivamente in tutta Italia, con l'adozione del DPCM del 4 marzo 2020, dal 10 marzo al 15 giugno 2020<sup>(69)</sup>. Tale DPCM, ha infatti disposto che "sono sospese tutte le manifestazioni, gli eventi e gli spettacoli di qualsiasi natura, ivi inclusi quelli cinematografici e teatrali, svolti in ogni luogo, sia pubblico sia privato, che comportano affollamento di persone tale da non consentire il rispetto della distanza di sicurezza interpersonale di almeno un

(66) Direttore Associazione Generale Italiana dello Spettacolo (AGIS)

(67) C. Spada, P. A. Valentino, *Il settore culturale e il COVID-19. Emergenze e futuro*, in *Economia della cultura*, fasc. n. 1/2020, p. 4.

(68) Ibidem.

(69) Si veda O. Ponte di Pino e G. Alonzo, *I festival culturali italiani: la scommessa della post pandemia*, in *Economia della cultura*, fasc. n. 1/2021, a. XXXI, p. 114.

## Abstract

Sommario:

1. Premessa;
2. Il Covid-19 e lo spettacolo dal vivo;
3. Le attività di spettacolo durante la pandemia;
4. Il post pandemia ed il ritorno in sala;
5. Osservazioni conclusive

spettacolo in presenza: si sono svolte, però, diverse attività online<sup>(74)</sup>. La terza stagione, dal 15 al 25 ottobre, è stato possibile programmare eventi culturali e spettacoli, anche se con forti limitazioni; infine, a partire dal 25 ottobre, sono stati nuovamente sospesi gli eventi<sup>(75)</sup>.

## Le attività di spettacolo durante la pandemia

La ricchezza di cui godiamo nell'era in cui viviamo, ha contribuito alla resistenza dello svolgimento delle attività di spettacolo nonostante la chiusura imposta. Si tratta chiaramente della conoscenza del digitale e dei suoi relativi usi. Infatti, grazie alla "Rete", è stato possibile offrire agli utenti lo spettacolo in formato digitale<sup>(76)</sup>. L'intero settore dello spettacolo, dai teatri agli enti lirici, con l'aiuto di esperti ed esponenti dello spettacolo e dell'informazione, hanno allestito una variegata offerta di prodotti che nel corso delle settimane di "confinamento domestico", si è articolata in veri e propri palinsesti di offerta ai loro abbonati o soci ed in generale al grande pubblico della rete. In questa spiacevole realtà vissuta a causa del Covid-19, i maggiori enti e imprese, attivi nel campo dello spettacolo sono entrati nell'economia della Rete, riuscendo a dominare la scena<sup>(77)</sup>.

metro<sup>(70)</sup>. Solo con il DPCM dell'11 giugno 2020<sup>(71)</sup>, gli spettacoli dal vivo sono stati autorizzati a svolgersi, nel rispetto delle indicazioni contenute nelle "Linee guida per la riapertura delle attività economiche e produttive della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome dell'11 giugno 2020", contenute nell'allegato 9 del Decreto in questione.

La risalita dei contagi nella stagione autunnale, ha visto nuovamente l'introduzione di restrizioni e limitazioni, intervenute con l'adozione del DPCM del 24 ottobre 2020<sup>(72)</sup>, che anche se ha previsto limiti meno significativi

rispetto al primo periodo di emergenza sanitaria, o primo lockdown, ha comunque disposto la totale chiusura dei luoghi di spettacolo e degli eventi culturali pubblici<sup>(73)</sup>.

Durante lo scorso anno, il settore dello spettacolo è stato interessato da quattro stagioni, tenendo conto le misure restrittive e di contenimento adottate. In un primo periodo, gennaio e febbraio, c'è stata una situazione di normalità; dal mese di marzo al 15 giugno, si è avuto un primo lockdown, che ha imposto la chiusura totale anche dei luoghi della cultura, con conseguente sospensione di tutte le attività di

(70) Art. 1, co. 1, lett. b), Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM), del 4 marzo 2020: "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale", pubblicato in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.55 del 04-03-2020.

(71) Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM), dell'11 giugno 2020: "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19". Pubblicato in Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n.147 del 11-06-2020.

(72) Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM), del 24 ottobre 2020: "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»". Pubblicato in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.265 del 25-10-2020.

(73) O. Ponte di Pino e G. Alonzo, *I festival culturali italiani: la scommessa della post pandemia*, cit., p. 114.

(74) Per approfondimenti si rimanda al prossimo paragrafo.

(75) O. Ponte di Pino e G. Alonzo, *I festival culturali italiani: la scommessa della post pandemia*, cit., pp. 114 e 115.

(76) Si veda C. Spada, P. A. Valentino, *Il settore culturale e il COVID-19. Emergenze e futuro*, cit., p. 4.

(77) Sul punto C. Spada, P. A. Valentino, *Il settore culturale e il COVID-19. Emergenze e futuro*, cit., p. 5.

# Prevenzione della salute mentale in tempo di pandemia per la promozione del bene comune

di Maura Ianni<sup>(78)</sup>

**T**empo di pandemia, tempo di cambiamento e di riflessioni. Riflessioni che da un punto di vista psicologico non possono non declinare temi come salute e bene comune. Il bene comune ci rimanda inevitabilmente al concetto di civiltà. Una civiltà che corre veloce e ci impone continui cambiamenti, che, a volte, ci confondono e ci rendono fragili di fronte alla cultura dell'usa e getta e del tutto e subito che impone i diktat sociali, economici e morali della società 2.0. Società che Christopher McCandless definisce civiltà suicida e che nega fuggendo alla ricerca di "terre selvagge" dove perdersi, ritrovarsi

e morire. Morire come muoiono le speranze delle nuove generazioni che mostrano la loro fragilità causa della mancanza di una prospettiva futura libera dalla pandemia. Generazione dei tik tok, dei Mi piace di una realtà virtuale dietro la quale nascondono paure, angosce, desideri e speranze. Speranze che in tempo di pandemia si celano dietro il sorriso mascherato da presidi sanitari che ci proteggono dalla contaminazione. Protezione garantita dalla distanza sociale. Un metro e ottantadue centimetri, senza stretta di mano, senza abbracci e baci è la giusta distanza e la condotta sociale da adottare per sconfiggere il pericolo di

una terribile pandemia che ha mandato in tilt il sistema sanitario mondiale. Il rispetto della giusta distanza e di una corretta condotta sociale fanno di ciascuno di noi cittadini rispettosi, responsabili e coscienti. La giusta distanza COVID-19 inevitabilmente innesca reazioni psicologiche e sociali. Reazioni che stanno evidenziando l'insorgere di sintomatologie di tipo ansioso e depressive. Lo studio condotto dall'Università dell'Aquila in collaborazione con l'Università di Roma Tor Vergata e pubblicato sulla rivista "MedRxiv", rivela come, su un campione di 18mila persone, il 37% degli intervistati presenta

(78) Docente Psicologia Generale Università Tor Vergata, Roma



sintomi da stress post traumatico, il 20% ansia severa, il 7% insonnia e il 21% stress. Questi dati ci spronano a considerare come chi è costretto alla quarantena vive uno stato sintomatologico che si ripercuote anche a livello psicologico e avrebbe bisogno non solo delle necessarie cure farmacologiche e di un' adeguata assistenza sanitaria ma anche di un supporto psicologico che offra un contenitore di elaborazione dell'angoscia, della paura, del senso di precarietà e fragilità conseguente all'isolamento sociale. Chi è costretto a cambiare le proprie abitudini e chi vede trasformarsi la vita sociale intorno a sé vive un senso di profonda precarietà psichica. Precarietà psichica che trova terreno fertile nella distanza di sicurezza e nel protocollo di

protezione che, da un lato, garantisce protezione fisica ma da un altro lato scatena un "virale" senso di persecuzione e isolamento. È isolato sia chi si trova a curare ma anche chi è curato. Il curante e il curato necessitano di un tempo e di uno spazio di condivisione all'interno del quale poter depositare le preoccupazioni, la rabbia, il senso di smarrimento e il peso della responsabilità verso sé stessi, i propri familiari e tutti coloro che sono e sono stati vicini. Pazienti, cittadini, sanitari nel tempo della distanza "1.82" hanno bisogno di trovare la giusta distanza che permetta alla loro mente di collocarsi tra il senso di protezione e il bisogno di contatto. Contatto emotivo necessario all'elaborazione del senso di smarrimento conseguenza del vitale

e necessario cambiamento delle abitudini quotidiane COVID-19. Contatto emotivo che trova nella rete virtuale (videochiamate, telefonate, chat...) il canale privilegiato per annullare la necessaria barriera "1.82". Oggi più che mai per la salute della nostra mente è importante mantenere la distanza di sicurezza ma anche rimanere in contatto. Un contatto che dovrebbe rappresentare la priorità nell'analizzare, programmare e organizzare azioni sociali. Azioni sociali che dovrebbero rispondere alla domanda: cosa dovrebbero fare amministratori responsabili e "competenti" per non permettere che il COVID 19 diventi una pandemia psichica? Forse dovrebbero "solo" coniugare i verbi osservare, analizzare, valutare, discernere e fare.

Fare attenzione alla salvaguardia della salute mentale in tempo di pandemia è necessario tanto quanto assicurarsi che la maggior parte delle persone facciano il vaccino. La cura della mente è una pratica di benessere sconosciuta ai più, una pratica di benessere ostacolata da radicati pregiudizi che collocano il prendersi cura della propria salute mentale solo se si è entrati nel tunnel del disagio psichico. Inconscio, meccanismi di difesa, pulsione di vita e pulsione di morte sono solo alcuni dei meccanismi psichici che vengono conosciuti solo da chi ha avuto esperienza di attacchi di panico, episodi depressivi, sintomatologie psicosomatiche di vario genere, attacchi d'ansia e chi ne ha più ne metta nel paniere dei disturbi che fanno paura. La paura di conoscere il funzionamento inconscio della mente, paura che non ha ancora abbattuto i muri dei manicomi che Basaglia ha demonizzato tanto tempo fa. Paura che detta le leggi di un silenzio assordante nei tavoli che dovrebbero occuparsi della programmazione del benessere psichico-fisico. Un processo di benessere che, in tempo di pandemia, necessita anche di "vaccinazioni" che non hanno a che fare con sostanze chimiche iniettate ma che hanno a che fare con la capa-

psicologico solo ad appannaggio della patologia mentale e non di una complessa operazione di prevenzione, di informazione e di buone pratiche. Buone pratiche che dovrebbero coinvolgere la scuola, l'ambito lavorativo, la famiglia, il carcere, l'ospedale, ogni luogo dovrebbe essere luogo di divulgazione di un dire e di un fare che coniuga le parole funzionamento mentale, emozioni, pulsioni, proiezioni, rimozioni. Chi è chiamato a svolgere ruoli educativi, di cura, di sostegno, di accompagnamento non può non essere formato e informato di come funziona la mente. Gli insegnanti, i medici, gli agenti delle forze dell'ordine, i genitori, gli amministratori non possono ignorare il funzionamento della mente individuale, gruppale e sociale. Una mente sociale intrisa di indiscussa tecnologia che ha allargato gli orizzonti del sapere ma ha anche creato barriere di contatto con l'essere e fortificato il mondo virtuale dell'apparire. L'esaltazione dell'apparire che invade la mente dell'uomo globalizzato e informatizzato. Mente che si illude

creando l'inganno che permette di sedurre, conquistare, ammaliare. Mente che produce "uno, nessuno e centomila" maschere alla ricerca di continue conferme per tollerare l'angoscia di un presente che impone il rifugio verso la realtà virtuale per scongiurare il contagio. Realtà virtuale che esalta l'essere sempre connessi attraverso un esserci in modo superficiale e senza confini. Mancanza di confini che invade la mente in pandemia. Mente in pandemia che fa registrare un boom di internet, smartphone e social network. Il 17° Rapporto Censis sulla comunicazione ci mostra numeri da capogiro che evidenziano un +76,6% di utilizzo dei social e un +83% per quello degli smartphone. Numeri che percorrono il tortuoso sentiero delle nuove dipendenze e che mostrano un quadro psicopatologico che ha il sapore amaro di un profondo disagio sociale che si consuma tra smarphon e tablet. Disagio sociale che tanto racconta della contaminazione psicopatologica la cui presa in carico va oltre la mascherina, l'igiene delle mani e la distanza "1.82".

*Christopher McCandless definisce civiltà suicida e che nega fuggendo alla ricerca di "terre selvagge" dove perdersi, ritrovarsi e morire*

cià di saper identificare i virus mentali che, quotidianamente, minacciano il sano funzionamento del nostro apparato mentale e che creano "epidemie" psichiche che fanno paura. La paura può essere sconfitta se si sconfigge il pregiudizio che delinea l'ambito



SENSAZIONI, PAURE, RIFLESSIONI VISSUTE IN  
UNA MALEDETTAMENTE ATTUALE “DIRETTA”

# Un Ambientalista ad un Ecodisastro ovvero mai abituarci ai rischi di un oggi che ci nega il futuro

di Enrico Matteo Ponti<sup>(79)</sup>

## Dalla Versilia passando per il Giappone, l'Ucraina, gli Stati Uniti e...

**I**n una calda domenica di luglio, cominciavo a svegliarmi dopo un sabato passato saltando da un treno all'altro per arrivare – aspettato – in un piccolo centro marino del Tirreno. La stanza dell'albergo si presentava con pezzettini di parete illuminati dai giochi geometricamente irregolari della luce frantumata dalle stecche della serranda della finestra.

Con la luce entrava l'aria e con l'aria un odore...

Quello che avvertivo e che cominciavo a capire avermi svegliato non era, però, il solito profumo proveniente dal parco o dal mare né quello che verso le sette iniziava sempre a salire dalle cucine dove si cominciava a preparare le colazioni.

Era un odore troppo disgustoso rispetto ai soliti e troppo diverso anche solo per riuscire a comprenderne la specie e la provenienza.

Acre, intenso, pungente, penetrante, fastidioso e, col passare dei minuti, sempre più nauseante, quasi insopportabile. Non fumo ma un odore che, ormai, si andava, progressivamente, trasformando in puzza.

Dalle scale salì una imprecazione stizzosa che riempì il silenzioso vuoto del mattino.

Di lì a poco, il chiaro accento toscano del direttore dell'albergo riprende, quindi, a farsi sentire. Gli si sovrappongono le voci di una donna e quella del portiere di notte.

In coro, all'unisono, fanno capire.

*“La maledetta fabbricaccia ha preso fooco...”*

*“Questo gli è puzzo d'inferno. Dio stramaledica quella osa!”*

Conoscendo la zona so che la “*maledetta fabbricaccia*” è uno stabilimento di pesticidi – a soli tre chilometri dal mare – da tempo dichiarato ad alto rischio ambientale.

(79) già Presidente dell'Associazione Cittadini per l'Ambiente

Praticamente dentro la città di Massa e attaccato a quella di Carrara.

Le imprecazioni accompagnate anche da altre sacramentazioni dialettali sono l'effetto della rabbia verso un nemico avversato da sempre con ogni mezzo ma non vinto per tante, troppe, contiguità e interessi di varia natura.

Già in passato questo sgradito vicino di casa si era fatto notare con fughe di gas e piccoli incendi ma questa volta la macchia nera che in lontananza andava, quasi goffamente, figurandosi in fungo, portava a pensare ad un qualcosa di più e di peggio.

Di molto di più e di molto, molto peggio.

Goffamente ma pericolosamente, come tutti gli avversari stupidi e crudeli, il fungo cresceva alimentato da un continuo getto di fumo ora grigio, ora bianco, ora marrone, ora bruno, ora ocra, come ad evidenziare, anche cromaticamente, le diverse componenti che, incendiandosi, si andavano fondendo fra loro.

Stranamente, però, in cielo tutti i colori si ricompattavano in uno unico: il nero. E il fungo nero cresceva e stava sempre più minaccioso e orrendo su di noi. Assurdamente, sembrava quasi voler risolidificare nell'aria le strutture ed i materiali che stavano bruciando sulla terra.

A fatica il vento ne frantumava il cappello mandandone i filamenti verso le montagne apuane

E poi verso il mare. Su per La Spezia, giù per Viareggio.

Ma era soprattutto la paura a viaggiare nell'aria.

L'ora e la giornata festiva tenevano ancora inavvertita ai più la causa dell'incidente.

Mano a mano che cominciavano a comprenderne la portata e, ignorandone tutti i possibili effetti, molti, per non correre rischi, preferivano fuggire e fuggendo davano la misura della paura che cresceva ogni istante di più.

Mascherine sulla bocca, latte accaparrato nei primi, pochi bar aperti, macchine, col clacson pigiato, correre verso

un non pensato dove. Un dove, però, verso il quale il vento che li inseguiva faceva sì che continuassero, comunque, a portarsi appresso l'odore...

Quell'odore...

Dopo la prima ondata la fuga sembrò fermarsi.

In quel momento, allora, tanti, e sempre di più, urlando e protestando, si ritrovarono avvicinandosi allo stabilimento. Fin sotto, quasi fin dentro...

Le forze dell'ordine faticavano a tenere lontani i cittadini che, forse, qualcuno non avrebbe esitato a definire curiosi o incoscienti.

I vigili del fuoco, intanto, inondavano l'impianto, ormai nero e quasi ischeletrito, distruggendo, con mezzi e mazze, ponteggi e strutture e muri e pannelli e tramezzi.

Sembrava di assistere ad un rito pagano. Senza necessità, anzi rischiando – e molto – si superava ogni timore per assistere alla sconfitta dell'odiato nemico, all'abbattimento del mostro forse più pericoloso ora di prima, essendo saltati, con l'incidente, i sistemi di sicurezza nel mentre un enorme serbatoio contenete il Rogor, in soluzione al 45% con cicloesanone, andava pericolosamente surriscaldandosi.

Ma si voleva assistere. Bisognava assistere. Da vicino.

Sempre da più vicino.

Per assurdo, ma poi non tanto..., in molti davano l'impressione di voler partecipare attivamente e in prima persona alla distruzione dell'obbrobrio, ora ancora più orribile in quanto deformato e irriconoscibile. In molti sembravano rammaricarsi di non poter contribuire alle operazioni che, per loro, non dovevano essere di spegnimento ma di demolizione totale e definitiva dello stabilimento che per tanti anni aveva imposto la sua lugubre e spaventosa presenza.

E non era follia.

Era paura. Di quando e ancora per quanto la "cosa" sarebbe potuta tornare in attività.

*"Nessuno qui vicino muore di vecchiaia. Tutti di tumore!"*

*"Basta! Rivogliamo la nostra vita!"*

*"Ridateci una città normale!"*

E altri dieci, cento commenti come questi da quella mattina cominciarono ad essere scritti su muri e cartelli, stampati su manifesti, urlati nei cortei, gridati nei bar e nei mercati.

E la tensione saliva.

E con la tensione montava anche qualche violenza gratuita contro chi protestava. Tanti gli interessi in gioco, tante le contrastanti posizioni.

*"Qualcosa ogni tanto va storta e non sempre lo si viene a sapere..."*

*"Si può vivere con una pistola carica puntata alla tempia ventiquattrore al giorno?"*

*"L'abitudine può superare il terrore?"*

Eppoi ancora *"Trecento posti di lavoro possono valere più della sicurezza di un intero territorio, di città e di paesi e della salute di tutti coloro che vi abitano?"*

E la conta dei danni? All'agricoltura, al turismo, all'immagine, ai polmoni?

Nel mentre il fiume Lavello portava le scorie (poche? tante?) verso il mare

E nonostante tutto molti facevano il bagno nello stesso mare: tranquilli, incoscienti, disinformati, fatalisti.

Voci e notizie contraddittorie, vaghe, quando magari di parte... contribuivano a far ritornare alla normalità o a far mantenere la paura anche a causa di quel pulviscolo che ancora l'aria portava con sé specie quando il vento lo sollevava dal terreno sul quale si era posato.

Poi, dopo ben tre giorni, "Balneazione vietata!". Poi, dopo altri cinque riammessa.

Tardivo o inutile il primo provvedimento. Affrettato o superficiale il secondo.

Chissà?

Ma quante di queste "cose" sono presenti, vive, dentro le nostre città?

Evidenti, visibili, conosciute oppure nascoste, misteriose, truccate ....

Enormi depositi di carburante, di antiparassitari, fabbriche che trattano e producono sostanze più, molto più, pericolose delle armi convenzionali.

Senza emozioni e senza generalizzazioni, il dove e il come degli insediamenti

va valutato con una visione che metta in primo piano i cittadini e non solo con l'occhio del profitto aziendale e, soprattutto garantendo che le misure di sicurezza non vengano progettate e gestite con criteri spargnini.

Bisogna, infatti, pensare, che a "tirare il grilletto" non è mai il caso né la fatalità ma, bensì, le azioni o le omissioni degli uomini.

Uno sbalzo termico, una dilatazione delle guarnizioni. Una caduta di tensione o uno sbalzo della pressione. Un numero mal letto sul display o una piccola, insignificante lampadina che si fulmina nel momento peggiore.

Un malore.

Una distrazione.

Non appaia esagerato ma bisogna sempre prevedere e prevenire ogni e qualsiasi eventualità.

Questa deve essere la regola del gioco. Altrimenti, spiacenti, non si gioca.

Le accuse di chi, accusato, si difende attaccando, sono note: superficialità, semplicismo, ignoranza, arretratezza culturale, provocazione di coloro che rifiutano il frutto della modernizzazione. Ovviamente questa patente viene attribuita a chi si permette di esigere il rispetto integrale di quelle garanzie previste dalle norme .... Ma guarda tu che pretese...

Si può, umilmente, accettare, comunque, l'accusa.

Però, ci si consenta una domanda: "Perché "ogni tanto" un "qualcosa" succede?"

Cosa ci ricordano questi nomi: Chernobyl in Ucraina, Fukushima in

Giappone, Three Mile Island negli USA, Saint Laurent in Francia, ThyssenKrupp a Torino, il Ponte Morandi a Genova e potremmo continuare facendo il giro del mondo e la conta dei morti...

E se non è errore o imprevidenza che cos'altro è?

Economie criminali sui materiali? Ma via... certamente no...

Improvvisazione dei top manager? Escluso...

Mancanza di aggiornamento e formazione degli addetti? Assurdo...

Cinica imperizia progettuale? Impossibile...

Casualità? Incidenti che non suonano come un campanello d'allarme perché statisticamente insignificanti? Rischio ponderato? Ma via... non scherziamo. Era strano pensare, intuire, capire...

Era strano affidarsi a queste riflessioni in una domenica di luglio fra la Versilia e la Riviera di Levante mentre la pelle si scuriva non per la tintarella ma per la fuliggine e le scorie che, lente, scendevano a coprire tutto e tutti. Eppoi la pelle di chi? Di chi aveva deciso di passare qualche giorno nel vicino mar Tirreno e non alle Bahamas in alberghi a sette stelle o su uno yacht di 60 metri...

Che vuoi che sia...

La gente pensava, pur nella confusione e nello stordimento, pensava...

Il fungo piano piano iniziava a sparire.

Ma gli effetti... Quelli no...

Non si intimizzavano in un mistico *cupio dissolvi* ma si miscelevano fino a

confondersi nell'aria, nelle falde acquifere, nelle coltivazioni, sui davanzali... Oggi tutto è ufficialmente rientrato e superato. Forse...

Il fuoco ha soltanto distrutto ovvero redistribuito altrove un serbatoio contenete 40 mila litri di soluzione Rogor e cicloesanone, fortissimo e micidiale insetticida derivato dall'acido ditiofosforico.

Le conseguenze, dicono, se mai ci sono state sono sparite.

I danni, assicurano, risarciti.

Ma quali?

E chi, e quando, e come, esprimerà un giudizio sulle responsabilità politiche, storiche, morali e non solo amministrative e tecniche?

Un giudizio su chi ha consentito un simile insediamento immergendo nel rischio due grandi città e tutto il territorio intorno ad esse?

La fabbrica, dopo oltre 15 anni di attività costellati da ben 42 incidenti, di cui alcuni mortali, è stata finalmente e definitivamente chiusa.

La paura, però, quella, resta...

La paura degli effetti che si evidenzieranno a lunga scadenza nel corpo delle persone che hanno respirato per ore quei fumi, quelle esalazioni, quei veleni. La paura di un'altra domenica, o lunedì, sul Tirreno o sullo Ionio, vicino alle Alpi o agli Appennini, in Italia o dovunque...

Dovunque ci sia una disinnescata "cosa" che possa farci risvegliare una mattina con un odore acre nel naso... ..o non farci più risvegliare....





**Presidente**

Romano Bellissima

**Dove siamo:** Via Caroncini, 19 - Roma

**Contatti e informazioni:** Tel. 06/8077486

**Email:** [info@fondazionenenni.it](mailto:info@fondazionenenni.it)

**Orario di aperture al pubblico Biblioteca e Archivi**

Lunedì - Venerdì 9.30-16.30

**Sito:** [www.fondazionenenni.it](http://www.fondazionenenni.it)

**Blog:** [Fondazionenenni.blog](http://Fondazionenenni.blog)

La Fondazione Pietro Nenni è un Istituto di studi e di ricerca politica, storica e sociale che nasce nel 1985 riconosciuto con decreto del Presidente della Repubblica del 20 novembre 1986, n. 1001.

**Per inviare articoli, proposte, segnalazioni e contributi scrivere a:**  
[info@fondazionenenni.it](mailto:info@fondazionenenni.it)

**La responsabilità dei contenuti è sempre a carico degli autori**

**Le foto presenti in questa pubblicazione sono state tratte da Internet e quindi considerate di pubblico dominio**

**Questo numero è stato chiuso il 30 giugno 2021**