I Convegno Pubblico Interattivo SMIPS

Determinanti socio-economico-ambientali e stili di vita condizionano benessere e salute: prevenzione, cura e assistenza

LAB QUADERNI

QUADERNI DI LAB N.4

I Convegno Pubblico Interattivo SMIPS

Determinanti socio-economico-ambientali e stili di vita condizionano benessere e salute: prevenzione, cura e assistenza

ATTI DEL CONVEGNO-DIBATTITO ORGANIZZATO DA
SMIPS - Scienza Medicina Istituzioni Politica Società

LAB Quaderni è un supplemento di LAB Politiche e Culture (www.labpolitiche.it)

Testi raccolti da **Maria Parisi**, Direttivo SMIPS

Sistema di impaginazione automatica e progetto grafico di **Teresa Signati**, coordinatrice operativa dei Quaderni di LAB

Programma del convegno



I° CONVEGNO PUBBLICO INTERATTIVO

"DETERMINANTI SOCIO-ECONOMICO-AMBIENTALI e STILI DI VITA CONDIZIONANO BENESSERE e SALUTE: PREVENZIONE, CURA, ASSISTENZA"

SABATO 22 NOVEMBRE 2025, h. 9.30–19.30
Oratorio di San Filippo Neri, Bologna, via A. Manzoni 5

INTERVENGONO

Maria Caterina Manca
Presidente Consiglio Comunale di Bologna
Francesco Domenico Capizzi
Presidente SMIPS OdV Terzo settore

INTERVENTI PREORDINATI (10') · h. 9.30–13.00, 14.00–19.30

Democrazia
Walter Tega, presidente "Fondazione Centro Studi e Ricerche Renato Zangheri"; Renzo Tosi, presidente "Associazione Nazionale di Cultura Classica"; Ildo Tumschitz, psicoterapeuta e filosofo
Povertà
Antonio Mumolo, presidente "Associazione Avvocato di strada"
Pace-guerra
Matteo Marabini, "OdV Associazione di volontariato La strada: sostegno educativo e ospitalità"
Promozione della salute in contesti diseguali
Chiara Bodini, medica, "Centro di Salute Internazionale e Interculturale"
Disparità e differenze di genere
Elda Guerra, "Associazione Orlando"
Dignità e sicurezza del lavoro
Gino Rubini, fondatore di "Diario prevenzione"
Non per forza, ma per amore
Gisberto Evangelisti, "Fondazione Pro bone Italia onlus"
Abbattere barriere
Loris Marchesini, vice-presidente di "AUSER: Autogestione di Servizi a persone vulnerabili, OdV"
Servizi alla persona
Francesca Isola, presidente "Azienda per Servizi alla cittadinanza, ASC InSieme"
Prevenzione nell'AUSL di Bologna
Paolo Pandolfi, direttore del "Dipartimento di Sanità pubblica dell'AUSL di Bologna"
Le carceri
Giulio Marchesini Reggiani, medico volontario alla "Dozza"; Gian Guido Naldi, responsabile di "Fare Impresa in Carcere"
La scommessa è guardare il mondo. Solidarietà e impegno sociale
Bruna Bellotti, presidente di "OdV Diritti senza barriere"

L'altro punto di vista
Angelo Rossi, direttivo di "SOKOS OdV per l'assistenza socio-sanitaria a persone vulnerabili"
Ecovillaggi e co-housing: comunità, ecologia, benessere
Francesco Godano, "Rete Italiana Global Ecovillage Network Europe"
Salute mentale, trovare 'corrispondenze'
Michele Filippi, psichiatra, presidente di "OdV L'Arco"
Il disagio giovanile
Franco Nanni, psicologo e sociologo, socio fondatore di "SOS Crescere"
Benessere e stili di vita: educazione e prevenzione a scuola
Elisabetta Bompieri, docente e referente di "IPSAS Benessere dell'Istituto Aldrovandi Rubbiani"
Testimonianze dalla scuola: una docente racconta
Elena Roberta Astore, docente di Scuola secondaria di primo grado
Persona al centro, investire in prevenzione
Maurizio Morini, referente di "World Health Innovation Summit, Italia"
Perché non accada ad altri
Rossana Di Renzo, responsabile del CRAMC di "Cittadinanzattiva Regione Emilia-Romagna"
Vivere in un mondo chimico
Leopoldo Magelli, medico del lavoro, primo presidente della "Società Nazionale Operatori della Prevenzione"
Cambiamenti climatici
Antonio Navarra, presidente della "Fondazione Centro euromediterraneo sui cambiamenti climatici"
I campi elettromagnetici artificiali
Francesco Filippi, "Associazione italiana elettrosensibili"
Ambiente, delitto perfetto
Vito Totire, portavoce "Rete ambientalista"
Genetica e epigenetica
Marina Marini, docente di Biologia, Università di Bologna
Malattie cronico-degenerative
Federico Licastro, docente di immunologia, Università di Bologna
Disabilità nell'infanzia: conoscere e curare le malattie rare
Carlo Hanau, presidente di "Associazione Cimadori per la Ricerca sulla Sindrome di down, l'autismo e il danno cerebrale"
Longevità in salute e felice
Giancarlo Savorani, psico-geriatra; Umberto Godano, neurochirurgo, Bologna
La spesa nel carrello degli altri. L'Italia e l'impoverimento alimentare
Andrea Segrè, docente di Economia circolare e politiche per lo sviluppo sostenibile nell'Università di Bologna, consigliere del Sindaco di Bologna per le Politiche alimentari, direttore scientifico de "L'Osservatorio Waste Watcher International-Campagna Spreco Zero"
Alimentazione per l'uomo e il pianeta e lotta contro la sedentarietà degli adolescenti
Enrico Roda, presidente di "Fondazione Scienze per la Salute", già docente di Gastroenterologia nell'Università di Bologna
Discussione generale, prospettive, progetti di cooperazione e sviluppo per il bene comune

COORDINANO

Giovanna Facilla
già dirigente scolastica
Gabriella Galletti
già dirigente AUSL
Francesco Domenico Capizzi
presidente di OdV del Terzo settore "Scienza Medicina Istituzioni Politica Società"

CON IL PATROCINIO DI

ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE BIOMEDICHE
E NEUROMOTORIE

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE MEDICHE
E CHIRURGICHE

CITTÀ METROPOLITANA DI BOLOGNA

Comune di Bologna

Regione Emilia-Romagna

SMIPS

Scienza Medicina Istituzioni
Politica Società OdV Terzo settore

auser

PROBONO

orlando associazione di donne

ASC

L'ARCO

FISS Fondazione Istituto Scienze della Salute

APRI

La Strada

SOGNI e BISOGNI
Il sito delle Associazioni per la Salute Mentale e del Dipartimento di Salute Mentale della AUSL di Bologna

Avvocato di strada



ASSOCIAZIONE ITALIANA ELETTROSENSIBILI

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

AICC
Associazione Italiana di Cultura Classica
Fondata nel 1897

DIRITTI SENZA BARRIERE

FONDAZIONE DEL MONTE
DI BOLOGNA E RAVENNA
1473

Centro Studi e Ricerche Renato Zangheri

GEN EUROPE
GLOBAL
ECOVILLAGE
NETWORK

CSI

ASC InSieme
Azienda Servizi per la Cittadinanza
Interventi Sociali Valli Reno, Lavino e Samoggia

CITTADINANZATTIVA

SoKos
ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO
PER L'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA
A PERSONE VULNERABILI

SOS crescere

SNOP
Società Nazionale Operatori della Prevenzione ETS

Indice

Prefazione 1
Francesco Domenico Capizzi
Discorso di apertura 3
Maria Caterina Manca
1. Democrazia? 4
Renzo Tosi
2. Determinanti ambientali e democrazia 7
Ildo Tumschiz
3. Sulla necessità di una legge per dare un medico ai senza dimora 10
Antonio Mumolo
4. Pace/Guerra 13
Matteo Marabini
5. La promozione della salute in contesti disuguali 17
Chiara Bodini
6. Disparità e differenze di genere 22
Elda Guerra e Marilisa De Palma
7. Dignità del lavoro e diseguaglianze rispetto alla esposizione ai rischi per la salute e la sicurezza nell'ambiente di lavoro 26
Gino Rubini
8. Abbattere barriere 31
Loris Marchesini
9. Le carceri 35
Giulio Marchesini Reggiani e Gian Guido Naldi
10. L'altro punto di vista 39
Angelo Rossi
11. Ecovillaggi e co-housing: comunità, ecologia, benessere 41
Francesco Godano e Andrea Bouchard
12. Il disagio giovanile 47
Franco Nanni
13. Disagio giovanile o... declino di una civiltà 52
Franco Nanni
14. Testimonianze dalla Scuola. Una docente racconta 53
Elena Roberta Astore
15. Il tempo negato: attesa, disuguaglianze e povertà sanitaria nel Servizio Sanitario Nazionale 56
Rossana Di Renzo
16. Vivere in un mondo chimico 61
Leopoldo Magelli
17. I campi elettromagnetici artificiali 66
Francesco Filippi

18. Ambiente, delitto perfetto 70
Vito Totire
19. Genetica, Epigenetica Ambiente, Stili di Vita e Malattia 75
Federico Licastro
20. Malattie croniche, salute e prevenzione 77
Federico Licastro
21. Disabilità nell'infanzia: conoscere e curare le malattie rare 81
Carlo Hanau
22. Interventi preventivi multifattoriali per una longevità in salute, attiva e felice. Di Successo 86
Giancarlo Savorani
23. L'idrocefalo normoteso dell'adulto e dell'anziano 88
Umberto Godano
24. Spreco, obesità, diritto al cibo e cucina popolare 90
Andrea Segre'
25. Alimentazione per l'uomo e il pianeta e lotta contro la sedentarietà degli adolescenti 93
Enrico Roda
Appendice. Manifesto-Appello sul diritto a benessere e salute 96

Prefazione

Francesco Domenico Capizzi

PRESIDENTE S.M.I.P.S. ODV

Il I° Convegno pubblico interattivo «*DETERMINANTI SOCIO-ECONOMICO-AMBIENTALI e STILI DI VITA CONDIZIONANO BENESSERE e SALUTE: PREVENZIONE, CURA, ASSISTENZA»,* voltosi nell'intera giornata del 22 novembre 2025 a Bologna nell'Oratorio di San Filippo Neri con il Patrocinio di Università di Bologna, Regione Emilia-Romagna, Comune e Area Metropolitana di Bologna, nasce dall'esigenza di arricchire la collaborazione fra Associazioni di volontariato che agiscono per il Bene comune mediante modalità e azioni specifiche le più varie con l'obbiettivo di svelare le radici che alimentano grande parte delle malattie. Bisogna constatare che Medicina, Politica e Istituzioni continuano a restare estranee al *diritto alla salute inteso come pieno benessere, non solo come assenza di malattia* (OMS, 2007) mentre persegue soprattutto un suo *sviluppo clinico-tecnologico-tecnocratico* piuttosto che promuovere anche un complessivo *progresso socio-economico-culturale-ambientale* per contrastare le radici delle diffuse e incalzanti malattie cronico-degenerativo-neoplastiche ed acute tipiche delle società industrializzate: tumori, affezioni cardiocircolatorie e respiratorie, obesità, cirrosi, patologie infettive ed autoimmuni, demenze e disagi giovanili, traumi psico-fisici e da isolamento socio-economico, ecc.

Dette malattie posseggono vaste e profonde radici etiologiche e patogenetiche: sorgono e si espandono nelle variegate pieghe organizzativo-produttive e di consumo della nostra *Società* (non a caso *dei consumi*), sostenute in larga parte da un ecosistema (Costituzione art. 9, 41) sempre più malato e patogenetico e da incalzanti fattori culturali e disagi socio-economici, spesso trascurati nella trasmissione del sapere medico, nella pratica clinica e nella visione generale di Istituzioni politico-scolastico-amministrative e sanitarie indirizzate quasi soltanto alla cura della malattia. Infatti, gli orientamenti, di fatto, sono incentrati su alterazioni anatomo-patologiche (*visione oggettivista della malattia*), calcoli e formule logistico-matematiche che si tramutano in crescenti tecnologie, sofisticate farmacopee e complessità di macchinari e gestionali, necessari ma non esaustivi, che si autoriproducono con conseguente occultamento di legami fra malattie, sistemi sociali, produzioni e consumi (*visione soggettivista della malattia*). In sostanza, occorre una visione olistica della salute da considerare come

pieno benessere e non soltanto come assenza di malattia, cittadine e cittadini come persone nella loro pienezza di vita quotidiana.

In questo contesto «oggettivista» le grandi classi di malattie assumono, nella percezione comune, il senso di eventi ineluttabili e fatali come la forza di gravità, i movimenti tellurici, le maree... E intanto oltre 1/3 di popolazione e 2/3 di ultra-sessantacinquenni risultano portatori di malattie cronico-degenerative, neoplastiche ed acute in costante crescita, in larga parte evitabili (*prevenzione primaria*) oltre che prevedibili e prevenibili (*prevenzione secondaria=diagnosi precoce*), non facilmente guaribili, più spesso curabili con terapie dagli effetti compensativi e palliativi i cui costi sono già, e più diverranno, incompatibili con l'*universalismo* del *Servizio Sanitario Nazionale.*

Discorso di apertura

Maria Caterina Manca

PRESIDENTE DEL CONSIGLIO COMUNALE DI BOLOGNA

Buongiorno e grazie al Prof. Capizzi per l'invito che mi dà, innanzitutto, l'opportunità di portare a tutte e tutti i saluti del Sindaco e dell' intera amministrazione comunale.
È davvero un piacere essere qui oggi in rappresentanza del Sindaco e dell' amministrazione comunale, per aprire il Primo Convegno Pubblico Interattivo dedicato a un tema che conosco bene e che mi sta particolarmente a cuore: il legame tra determinanti socio-economico-ambientali, stili di vita, benessere e salute.
Nel precedente mandato ho avuto l'onore di presiedere la Commissione Sanità e Welfare, un'esperienza che mi ha permesso di approfondire questi temi e di lavorare insieme a tanti di voi per rafforzare le politiche pubbliche della nostra città. Approfondimento ulteriore alla mia vita professionale.
Oggi, come Presidente del Consiglio comunale, continuo ad avere una attenzione particolare per tutto ciò che riguarda la salute pubblica, la prevenzione, l'equità e il benessere delle nostre comunità.
La pandemia ci ha insegnato che la salute non nasce solo negli ospedali, ma nelle case, nei quartieri, nei luoghi di lavoro, nella qualità dell'ambiente che ci circonda. È frutto di un equilibrio complesso, che dobbiamo proteggere e costruire insieme.
Per questo il confronto di oggi è così importante: perché ci permette di unire competenze, esperienze e responsabilità, mettendo al centro le persone e i loro bisogni reali.
Grazie di cuore ai relatori e a tutte le persone presenti Grazie ancora per l'invito al Prof. Capizzi in particolare.

Buon lavoro e buona giornata di dialogo a tutte e tutti!
Resto a disposizione come amministratore locale per qualsivoglia attività io possa essere di contributo fattivo.

1. Democrazia?

Renzo Tosi

PRESIDENTE “ASSOCIAZIONE NAZIONALE DI CULTURA CLASSICA”

Preliminarmente, occorre precisare che quando si parla di democrazia nel mondo antico si fa riferimento a un’organizzazione politica diversa rispetto alle democrazie attuali: essa si basava sull’effettiva partecipazione di tutti i cittadini liberi all’organizzazione dello stato, e questo comportava che tutte le magistrature (escluse quelle militari) fossero assegnate per sorteggio e che donne e schiavi fossero esclusi dalla vita politica. Va da sé che una simile forma di governo poteva essere adatta solo a piccole comunità, come erano appunto le poleis greche e che si contrapponeva a qualsiasi guida di tipo aristocratico o oligarchico, in cui una élite aveva in mano le redini del potere. Ci sono alcuni studiosi, come Luciano Canfora, che suppongono che il nome “democrazia” fosse proprio coniato in senso spregiativo da quelle élite per designare una forma di governo contraria al buon senso, perché gestita a caso da appartenenti al demos, al popolo, che, peraltro era sempre pronto a farsi convincere da brillanti e ambiziosi demagoghi. La prima e più nota esperienza di questo tipo, quella ateniese, era funzionale agli interessi delle classi imprenditoriali, dei commercianti e degli artigiani, e si basava sul dominio esercitato dalla flotta, in particolare su quelli che nominalmente appartenevano a una lega guidata da Atene, ma che in realtà erano dei sudditi della città egemone. Le scelte politiche ed economiche erano fatte a favore di quella classe e a detrimento di quella dei proprietari terrieri, i quali, peraltro, si vedevano ulteriormente depauperati perché, durante la guerra contro Sparta, Atene lasciava le loro terre in balia alle invasioni e alle devastazioni operate dal nemico. In questa situazione, è chiaro che un maggiore benessere di una certa classe era bilanciato da un depauperamento di un’altra, ma, in realtà, sappiamo poco delle reali condizioni socio-sanitarie della gente comune. Un dato significativo, che mostra come la veneranda età di certi autori fosse eccezionale e che mette in guardia contro troppo frettolose esaltazioni della medicina di quei tempi, è che le indagini condotte sui resti in un cimitero ateniese hanno rivelato che la vita media era tra i 30 e i 40 anni. La medicina, comunque, aveva fatto notevoli progressi e, come mostra l’ampio *corpus* di testi che va sotto il nome del favoloso Ippocrate, si era laicizzata: non era più appannaggio dei santuari, come in epoca arcaica, ma si erano formate varie scuole e l’élite culturale ateniese, anch’essa caratterizzata da un pensiero laico, guardava

con interesse al metodo medico, tanto che esso fu estrapolato e adottato per altri campi. In questo modo, nacquero quelle che noi chiamiamo "scienze umane" (e in particolare la psicologia, individuale e sociale), nelle quali era fondamentale, di fronte a un problema, la raccolta scrupolosa dei dati (come in medicina quella dei sintomi), il loro confronto con altri casi simili di cui si era mantenuta la memoria in appositi archivi, un'accurata analisi che preludeva a una sintesi (parallela alla diagnosi medica), la quale a sua volta doveva portare a una congettura sulle conseguenze e sui rimedi delle situazioni incresciose.

Per quanto riguarda invece la questione se la democrazia procurasse maggiore benessere psico-fisico dei cittadini poco si può dire: eppure, qualcosa emerge dalle nostre testimonianze letterarie. Farò qui un paio di esempi, a mio avviso, significativi.

L'ideale democratico è espresso in un discorso presente all'interno dell'opera storica del grande Tucidide, l'*Epitafio di Pericle*. In esso si parla anche della vita privata e del fatto che l'individuo, all'interno del sistema ateniese, sarebbe caratterizzato dallo sviluppo pieno della persona, fino a una sua completa autosufficienza e autonomia psichica e fisica: «affermo che la nostra città, nella sua totalità, è scuola permanente della Grecia e mi sembra che ogni uomo, da noi, possa rivolgere la propria autonoma personalità a ogni genere di attività, in modo versatile e raffinato». Nei capitoli successivi all'*Epitafio*, però, c'è il resoconto della terribile peste che colpì Atene nel 430 a.C. Tale descrizione è precisa dal punto di vista medico, ma anche oltremodo attenta agli effetti sociali della peste, al disintegrarsi di quel tessuto che era stato messo in luce nell'*Epitafio.* Per questo motivo, la grande maggioranza degli studiosi vi ha visto anche una valenza metaforica e politica: la peste è il primo serio colpo all'ideale democratico pericleo, che proprio nella coesione del tessuto sociale aveva la sua forza e che aveva sviluppato una concezione totalizzante che gli storici moderni chiamano "ideologia della città". In questa situazione è significativo che Tucidide evidenzi come viene a meno anche per l'individuo proprio quell'autonomia, quell'autosufficienza che era stata esalta nell'*Epitafio*: «Nessun corpo, forte o debole che fosse, si dimostrò tanto autonomo da resistere al male, ma li portò via tutti, anche quelli curati con il regime migliore».

Un altro indizio ci viene da un'operetta di un avversario della democrazia, dalla *Costituzione degli Ateniesi* dello Pseudo-Senofonte, che intende mettere in luce tutte le aberrazioni del sistema democratico. Per noi essa è preziosa perché risponde quasi puntualmente alle argomentazioni dell'*Epitafio di Pericle* e ci dà un'idea del sentire della parte avversa, ci mostra come in realtà l'ideologia della città non coinvolgeva tutti i citta-

dini. In essa si legge: «Per quanto riguarda gli schiavi, in Atene godono di una grandissima licenza, dove tu non puoi picchiare uno schiavo né lui ti cederà mai il passo. Ma ora dirò la ragione di questa consuetudine. Se fosse costume che un cittadino libero potesse picchiare uno schiavo, spesso gli capiterebbe, credendolo uno schiavo, di bastonare un Ateniese, perché il popolo ad Atene non è migliore degli schiavi, né per abito, né per aspettoPPPerP». Se in una società come quella antica, dove la divisione fra liberi e schiavi era netta e indiscutibile, si poteva dire questo, se davvero si erano ridotte, almeno apparentemente, le diversità, possiamo supporre che la democrazia, pur con tutti i suoi difetti e limiti, aveva in qualche modo operato per il miglioramento del benessere anche delle categorie più deboli.

2. Determinanti ambientali e democrazia

Ildo Tumschiz

PSICOTERAPEUTA E FILOSOFO

E’ impossibile pensare alla prevenzione della salute e alla ecologia senza fare riferimento alla società in cui vorremmo vivere.

Occorre pertanto identificare le istituzioni e le politiche che promuovono il benessere nell’interesse generale e per la sopravvivenza dei cittadini.

Come ci ricordava Norberto Bobbio, nella nostra costituzione si sottolinea la dimensione sociale dei diritti e la circostanza che questi hanno valore proprio perché consentono lo sviluppo della personalità. Il riferimento alla dignità dei cittadini presenta una spiccata connotazione, incentrata sulla concretezza delle condizioni di vita. L’impegno dei poteri pubblici alla rimozione degli squilibri e delle disuguaglianze trova espresso riconoscimento nell’art. 3 della costituzione. Infatti un tratto caratteristico del costituzionalismo democratico consiste nell’assumere quelle finalità di riequilibrio e di protezione dei soggetti più deboli, di contenimento dei poteri privati nel campo dei rapporti di lavoro e della salute art. 32 cost.).

La nostra costituzione ci autorizza così a beneficiare di diritti non teorici o illusori, ma concreti e effettivi. Arendt parlava di diritto di avere diritti. Soprattutto il diritto di vivere in un ambiente equilibrato e rispettoso della salute, il diritto di preservare l’ambiente.

Ma la nostra democrazia industriale si configura come una civiltà industriale consumistica, dominata dalla tecnica, senza alcuna tendenza alla riparazione. Sembra aver smarrito il sentimento di colpevolezza nei confronti dell’ambiente intenzionalmente depredato. Registriamo un aumento spaventoso di tutte le energie consumate, non solo quelle necessarie alla sopravvivenza. Il principio di efficienza, connesso allo sviluppo senza limiti, rischia di portare la nostra esistenza a tollerare una trasformazione distruttiva dell’ambiente e dell’habitat umano, assai simile a taluni aspetti del processo psicotico. La psicosi consiste proprio nella perdita di una capacità di comportamento adatto alla sopravvivenza. Il rapporto predatorio con l’ambiente, alimentato da politiche governative irresponsabili, determina a livello psicoanalitico un’angoscia di matricidio, che sorge quando si distruggono gli oggetti che ci fanno vivere. Le angosce provocate da

politiche ambientali distruttive mobilitano difese che travagliano il mondo interiore. Assistiamo oggi ad una difesa dilagante: la fuga esasperata nella tecnica, nel mondo degli oggetti tecnologici. Questi oggetti possono essere utilizzati per mettere riparo alle catastrofi ambientali e sanitarie ma finiscono per ridurre l'uomo a mero funzionario dell'apparato tecnico, piegato al suo funzionamento. Come ci avverte Umberto Galimberti, nell'era delle tecnologie i mezzi hanno vinto sui fini. Anche la democrazia è a rischio se pensiamo all'uso prevalentemente manipolatorio e militare della nuova innovazione, l'intelligenza artificiale. In questo contesto socio-politico cosi ambiguo e turbolento possiamo comprendere l'aumento di diffidenza e angoscia persecutoria che attraversa il mondo occidentale e si proietta sull'ambiente e sulla salute.

Occorre pertanto una forte motivazione affettiva e culturale per rifinalizzare la nostra esistenza promuovendo l'identificazione con gli oggetti che ci fanno vivere e uno stile di vita che ci permetta una consapevole tutela della nostra integrità psicofisica. Il sociologo Bruno Latour ci invitava ad

«esplorare tutte le capacità di sopravvivenza, per cospirare, per quanto possibile, con le forze agenti che hanno reso abitabili i luoghi dove siamo atterrati...». L'Italia ha compiuto nel 1978 un atto di grande civiltà democratica istituendo il Servizio sanitario nazionale, quale strumento di equità e coesione sociale. La tutela della salute viene riconosciuta come il primo requisito per la libertà e la vita democratica. Un medico costituente, Mario Merighi, che ha promosso l'art. 32 della Costituzione era solito dire «se sei malato non sei libero».

La Corte costituzionale, dopo più di 40 anni, ha sottolineato la «deriva americanizzante che oggi investe la sanità italiana, privata delle risorse e del sostegno organizzativo necessari». La Corte coglie a pieno questo rischio e fa notare come già oggi i dati sulla spesa privata siano allarmanti, in quanto incidono negativamente sui valori fondanti della democrazia, l'equità e la coesione sociale. Anche gli autori del libro intitolato «Pensare la sanità», Antonini e Zamagni, ritengono che di questo passo si metterà a rischio la tenuta della democrazia. La crisi e le disfunzioni che si sono formate nell'ultimo quarantennio e la scoperta che la salute di ciascuno dipende da quella di tutti, comporta l'impegno di considerarla un «bene comune» da cui non si può prescindere. Occorre affidarla non solo ai migliori esperti, ma è necessario coinvolgere la società civile, i cittadini, per ritrovare una capacità di partecipazione e consapevolezza che investa tutti gli stili di vita sbagliati, in quanto contrari a ciò che ci permette di vivere una buona vita. Deve comunque intervenire come precondizione, una elaborazione del lutto, un feed-back riparatore da parte di tutti gli interessati al benessere.

Mi riferisco in particolare alle scelte finali di natura politica perché siano responsabili e all'altezza della crisi che stiamo attraversando.

3. Sulla necessità di una legge per dare un medico ai senza dimora

Antonio Mumolo

PRESIDENTE “ASSOCIAZIONE AVVOCATO DI STRADA”

Quando una persona diventa così povera da non potersi più permettere di pagare un affitto o un mutuo finisce in strada.

Una volta in strada perde anche la residenza ovvero viene cancellata dall’anagrafe del comune.

La legge italiana collega una serie di diritti fondamentali -come il diritto al lavoro, il diritto al Welfare, Il diritto al voto ed **il diritto alla salute - al possesso di una residenza**.

In particolare la legge 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, stabilisce all’art. 19, terzo comma che «*Gli utenti del servizio sanitario nazionale sono iscritti in appositi elenchi periodicamente aggiornati presso l'unita' sanitaria locale nel cui territorio hanno la residenza.*»

Pur esistendo un diritto soggettivo alla residenza, moltissimi comuni la negano alle persone senza dimora, con le più disparate motivazioni (per un approfondimento *https://www.avvocatodistrada.it/senza-tetto-non-senza-diritti-il-nostro-rapporto-di-ricerca-su-residenza-anagrafica-e-persone-senza-dimora/)*.

E’ questo uno dei motivi per cui tante persone in Italia sono prive di residenza e vale poco dire che i Comuni dovrebbero iscriverle in anagrafe. I Comuni non lo fanno, **la norma è interpretabile e le persone restano senza residenza e senza medico.**

Inoltre in alcuni casi è la legge stessa che impedisce alle persone di chiedere ed ottenere la residenza (ovvero l’iscrizione all’anagrafe). Di seguito evidenzio alcuni esempi.

1. Una persona, finita in strada, viene ospitata da un amico/parente che vive in un alloggio dell’edilizia residenziale pubblica. Quella persona avrà un tetto sulla testa ma non potrà chiedere la residenza perché i regolamenti degli alloggi pubblici vietano di prendere la residenza a coloro che non sono assegnatari degli alloggi stessi. **Quella persona rimarrà senza medico di base.**

2. Una persona, sfrattata e finita in strada, trova alloggio in un immobile occupato (parliamo di migliaia di persone a Roma, Milano, Torino ed in tutte le grandi città). Quella persona avrà un tetto sulla testa ma non potrà chiedere la residenza perché l'art. 5 del Decreto Lupi vieta di prendere la residenza a coloro che occupano l'immobile. **Quella persona rimarrà senza medico di base.**

Ci sono poi tutte quelle persone che vengono ospitate da privati, i quali le ospitano ma non consentono loro di prendere la residenza perché temono che questo comporti pignoramenti mobiliari in casa (esiste la presunzione legale per cui i beni mobili presenti in una casa sono di proprietà di chi vi risiede per cui se l'ospite ha molti debiti, e prende la residenza in quella casa, potrebbero esser sottoposti a pignoramento anche i beni dell'ospitante). **Quelle persone avranno un tetto sulla testa ma non avranno il medico di base.**

Anche per tali motivi è necessario garantire il diritto alla salute delle persone senza dimora, prive di residenza, **modificando la legge attuale e garantendo il medico di base anche a chi non riesce ad ottenere l'iscrizione all'anagrafe.**

In Emilia Romagna, Marche, Puglia, Abruzzo e Liguria è già stato garantito un medico di base alle persone senza dimora (prive di residenza) attraverso una legge regionale e con fondi regionali.

Tutte queste leggi sono state approvate all'unanimità, sia nelle due regioni dove governa il centrosinistra sia nelle due regioni dove governa il centro-destra.

Sarebbe giusto che intervenisse una legge nazionale anche considerando che:

- le persone senza dimora in Italia sono oltre 100.000 secondo gli ultimi dati Istat-Caritas:

- queste persone oggi non hanno un medico ed hanno diritto solo a prestazioni da pronto soccorso;

- non hanno la possibilità di effettuare tamponi né di vaccinarsi.

Il Covid ci ha insegnato che il diritto salute è un diritto collettivo e non solo individuale e che è interesse della collettività che tutti possano curarsi.

La legge nazionale sarebbe sorretta da motivi solidaristici, di giustizia sociale, di vicinanza dello stato nei confronti dei più deboli e comporterebbe la oggettiva riduzione delle disuguaglianze.

La legge comporterebbe inoltre un notevole risparmio perché:

- prevenire costa meno che curare malattie in fase avanzata;

- un medico di base costa circa 80 euro l'anno a persona, mentre **un solo** accesso al pronto soccorso costa in media 250 euro; si tenga presente che le persone prive di medico di base possono rivolgersi solo al pronto soccorso, anche per una forte emicrania, e quindi vi accedono decine di volte in un anno;

- diminuirebbero i giorni di degenza di queste persone, oggi costrette a fare anche la convalescenza in ospedale non avendo un medico di base; si ricorda che un solo giorno di degenza in ospedale costa in media 600 euro.

A Novembre del 2024 è stata approvata definitivamente in Parlamento una legge presentata in questa legislatura, alla Camera dei Deputati, dall'Onorevole Marco Furfaro.

La legge prevede che le persone senza dimora prive di residenza possano avere il medico di base, ma è una legge sperimentale e si applica solo nelle città metropolitane.

La nostra battaglia continua fino a quando la legge non si applicherà su tutto il territorio nazionale.

4. Pace/Guerra

Matteo Marabini

ODV ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO “LA STRADA: SOSTEGNO EDUCATIVO E OSPITALITÀ”

Che l'ondata bellicista che ci ha travolti in questi anni comprometta benessere e salute, credo sia ben noto a tutti e non solo per il dirottamento in armi di enormi risorse e il conseguente indebolimento delle politiche sociali e sanitarie, ma anche e soprattutto per il contagio in cui le posture e i propositi bellicisti trascinano menti e cuori, soprattutto dei ragazzi, suscitando sentimenti di durezza nelle relazioni, incapacità di dialogo e di relazione dialettica, affidamento alla logica della forza e alimentando pure consuetudini con le armi, almeno con un coltello o un piccolo machete che, come si sa, sono spesso presenti negli zaini dei ragazzi, oggi.

La guerra dispiega quindi il suo potere patogeno pure nei paesi che non vi sono direttamente coinvolti e che vi assistono anche solo come spettatori.

Tre brevi riflessioni, allora, per cogliere, sul confine tra l'esistenziale e il politico, tre dinamiche del nostro tempo, utilizzando come spunto tre episodi di questi mesi, semplici, ma orientativi.

LA RIMOZIONE DEL LIMITE

Il primo eè un "fuori onda" sfuggito (forse) il 3 settembre scorso a Pechino: il contesto è la immensa e spettacolare esibizione della potenza militare cinese in una gigantesca parata e i due presidenti, quello cinese e quello russo, presenti e compiaciuti, dialogano tra di loro sulla possibilità che la scienza oggi consentirebbe di un prolungamento indefinito della vita biologica, per cui - si dicono a vicenda - a settant'anni si è' ancora ragazzini...

L'accostamento di questi discorsi a quella oscena esibizione di potenza militare segnala una cifra interpretativa del nostro tempo: il sentimento dell'illimitato, l'imperativo del superamento di ogni limite nel campo biologico,

economico, finanziario, politico, militare, un delirio di onnipotenza che travolge ogni remora, ogni norma giuridica, ogni misura nelle relazioni, ogni etica, ogni dignità.

E questa ondata patologica di idolatria della forza e di illusione

di onnipotenza che ha segnato i nostri giorni, ha convocato pure il diritto divino come ispiratore e garante della propria giustezza e si è affidata alla potenza della tecnologia e dell'intelligenza artificiale per dilatare oltre ogni limite - lo abbiamo visto a Gaza - la propria distruttività.

Allora il primo " farmaco "che questa follia suggerisce è proprio la cura del sentimento del limite, della propria finitezza, della parzialità della propria cultura, della fragilità della terra che ci ospita, della precarietà di ogni progetto che orienti a "una pace giusta" o non del tutto ingiusta, nei contesti bellici.

Senza la consapevolezza del limite non c'è umanizzazione, non c'è possibilità relazionale, non c'è dialogo, non c'è compromesso possibile, non c'è' orizzonte etico e dunque non c'è possibilità di pensare e di attuare il diritto, non a caso così umiliato e violentato in questi tempi.

L'OSSESSIONE DEL RIARMO

Il secondo episodio di cui abbiamo avuto notizia è di questi giorni: finalmente il Giappone ha superato il timore ereditato dalla tragedia di Hiroshima e Nagasaki e si è detto disposto, nelle parole del suo governo, a ospitare armamenti nucleari nel suo territorio.

Questa notizia che fa il paio con quella del forsennato riarmo tedesco già avviato con lo scopo di diventare la prima potenza militare europea e si intreccia con la cinica corsa dei grandi fondi finanziari internazionali per sostenere e dotare di immense potenzialità economiche l'industria delle armi, l'industria delle costruzioni (strade per gli eserciti, ospedali per i feriti, nuovi modelli edilizi con i bunker incorporati...) e, ovviamente, l'industria delle ricostruzioni (a Gaza e in Ucraina già svolazzano gli avvoltoi...).

Questa grande operazione economica, finanziaria, politica, culturale, richiede - e già lo vediamo - il dispiegamento di una capillare rieducazione delle menti, di una forte riproposizione dei "nostri valori", ecco allora

- il bisogno di un nemico che entro il 2030 certamente ci invaderà;

- lo svelamento di un nemico che già si è infiltrato, già ci ha invaso e, in attesa che le norme europee, a giugno 2026, limitino ulteriormente il diritto di asilo e ci consentano di sbarcare gli "invasori" in Albania e poi cacciarli

indietro, intanto li lasciamo annegare, ostacolando in tutti i modi chi cerca di soccorrerli e paghiamo i regimi africani perchè facciano da barriera;

- il culto rinnovato della VITTORIA, secondo cui gli uomini si dividono

in "vincenti" e " perdenti" e, di conseguenza, "guai ai vinti", per cui l'essere sconfitti è "perdere dignità", come si è detto in questi giorni;

- l'affidamento, come orizzonte strategico delle politiche a una massima, "*si vis pacem para bellum*", ritenuta di somma sapienza e che la storia, invece, ha rivelato essere massimamente stolta e fallace.

Allora il secondo "farmaco" che questo potente inganno, questa potente induzione a un conformismo della credulità richiede è dunque l'affinamento di uno spirito critico, la cura di una informazione approfondita, l'attitudine al dubbio e all'interrogazione dinanzi agli slogan banali e assertivi che ci indirizzano e ci orientano, insomma l'attitudine a un risveglio, a una mite ribellione dinanzi al rullo compressore di questa cultura tanto stolta quanto contagiosa.

IL RISVEGLIO DEI GIOVANI

La terza sequela di episodi (che allevia un po' il nostro rassegnato disincanto) è che è in atto in diversi paesi dell'Africa (dal Kenia al Madagascar al Marocco) e dell'Asia (Nepal, Sri Lanka, Bangladesh) un risveglio fortissimo di proteste dei giovani che stanno ponendo in seria difficoltà i loro governi, accusati di corruzione e di inerzia dinanzi alla mancanza di lavoro e di prospettive.

Anche in Europa, soprattutto in Germania e anche in Italia, la tragica vicenda di Gaza ha risvegliato una protesta ancora viva oggi, in cui si tenta di "normalizzare" il crimine compiuto e di "finire il lavoro" sotto l'ombrello ufficiale della "tregua".

Questi ragazzi che nelle rituali "giornate della memoria" hanno sentito deprecare il "voltarsi dall'altra parte" di chi sapeva, affacciandosi alla drammaticità della storia di Gaza, si sono detti: "qua tutti sanno, ma si voltano dall'altra parte, anzi riforniscono di armi gli uccisori e, se protestiamo, ce lo vietano, questa è complicità..."

Questi ragazzi hanno compreso che tutta la retorica della memoria è vacuità, che il "mai più" non è vero, che anche i figli e i nipoti delle vittime del passato possono diventare carnefici (Primo Levi, Wiesel, Hillesum, Arendt ce lo avevano detto in tanti modi), che Gaza è stato un laboratorio delle guerre future, dove la simbiosi tra la tecnologia dell'AI e lo sfondamento di ogni limite etico e giuridico ha prodotto la normalizzazione del disumano.

Dinanzi all'avvilente spettacolo dei politici italiani, europei (e non solo) questi giovani hanno lanciato un grido di protesta in nome di un po' di umanità.

Allora il terzo "farmaco" è questa speranza resistente che può risvegliare la grande stanchezza e disillusione che ci paralizza e ci impegna a ravvivare questo fuoco emerso dalla cenere della nostra rassegnazione e alimentarlo e dargli respiro e farci carico di aiutare, con gratitudine, questi ragazzi che ci rammentano l'urgenza sempre rinnovata del diventare umani.

5. La promozione della salute in contesti disuguali

Chiara Bodini

MEDICA, "CENTRO DI SALUTE INTERNAZIONALE E INTERCULTURALE"

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riconosce che la salute delle persone e delle comunità è radicata nel tessuto sociale e che fattori politici, economici, sociali, culturali, comportamentali e biologici possono intervenire tutti nell'influenzarla. Poiché l'esposizione a tali fattori non è uguale per tutta la popolazione, anche la distribuzione di salute e malattia non è casuale ma riflette le direttrici strutturali delle disuguaglianze sociali (fortemente orientate da classe sociale, genere e razzismo).

Analogamente, è necessario riconoscere che i processi e i luoghi di cura sono parte dei meccanismi di produzione e riproduzione delle disuguaglianze. Il modo in cui la cura viene pensata, organizzata, agita e ricevuta non è neutrale, ma può contribuire a rafforzare o a contrastare le iniquità esistenti.

Partendo da tali premesse il presente contributo, basato sull'esperienza ventennale del Centro di Salute Internazionale e Interculturale di Bologna, offre una prospettiva di lavoro di contrasto alle disuguaglianze orientata alla promozione della salute e alla *Comprehensive Primary Health Care*.

Dai determinanti alla determinazione sociale di salute in una prospettiva intersezionale

I determinanti sociali della salute non agiscono singolarmente ma in modo sinergico, interdipendente e fattoriale, influenzando in modo diverso l'accesso alle risorse e alla libertà di scelta delle persone. A parità di condizione socio-economica, l'esperienza di svantaggio e l'impatto sulla salute può variare in funzione della compresenza di altri fattori correlati al genere, all'identità sessuale, all'etnia e l'area geografica di provenienza, alla disabilità e al colore della pelle. Per tale motivo, adottare una lente intersezionale alla salute permette di riconoscere ed evidenziare la complessa interazione che i diversi processi di discriminazione sociale hanno nell'esperienza delle persone, nella loro capacità di autodeterminazione e nelle loro opportunità di salute.

L'approccio della determinazione sociale della salute si distingue dalla teoria epidemiologica dei determinanti sociali perché propone una lettura

strutturale delle disuguaglianze di salute. Mentre i determinanti sociali tendono a correlare gli esiti in salute a fattori separabili e misurabili (es. reddito, istruzione), la determinazione sociale interpreta la salute come esito dinamico di processi storici, politici, economici e culturali tra loro interconnessi e in grado di influenzare la distribuzione di risorse e potere tra le persone.

Le disuguaglianze non sono quindi semplici differenze di esposizione, ma il prodotto di relazioni di potere incorporate nelle istituzioni, nelle politiche e nelle pratiche sociali. In questa prospettiva, capitalismo, colonialismo, sessismo e razzismo strutturale modellano i modi di vita dei gruppi sociali e si riflettono sulle traiettorie di salute e malattia. La salute è concepita come il risultato dialettico tra processi protettivi e processi distruttivi, storicamente prodotti e riprodotti (metabolismo sociale). Sul piano metodologico, ciò implica il superamento di modelli causa-effetto lineari e l'adozione di strumenti capaci di indagare meccanismi strutturali, processi di riproduzione sociale e dinamiche intersezionali di incorporazione delle disuguaglianze. L'obiettivo non è solo descrittivo, ma orientato alla trasformazione delle condizioni che producono iniquità evitabili.

La promozione della salute

Sulla base di questa visione teorica, il Centro di Salute Internazionale e Interculturale di Bologna propone un approccio basato sulla promozione della salute, intesa come il processo che consente alle persone e alle comunità di esercitare un maggiore controllo sui fattori che qualificano la propria vita e di migliorarla. Mentre gli approcci centrati unicamente sull'individuo e sui suoi stili di vita mirano a cambiare i suoi comportamenti senza considerare i fattori che ne limitano la libertà di agire, la promozione della salute richiede di comprendere innanzitutto quali dinamiche limitano la capacità delle persone di esercitare controllo sulla propria vita (l'eziopatogenesi sociale delle condizioni di sofferenza e di disagio).

Se la salute non è l'assenza di malattia, ma ha a che fare con la capacità di condurre la propria vita alla luce di ciò che le dà valore, occorre pensare a dispositivi, approcci e strumenti capaci di comprendere al meglio le prospettive di chi abbiamo davanti. Servizi che adottano approcci di prossimità creano le premesse, da un lato, per comprendere cosa è importante per l'esistenza delle persone, dall'altro per identificare gli ostacoli che stanno limitando la loro capacità di esercitare un controllo sulla propria vita e quindi sulla propria salute.

Prossimità, in questa accezione, non significa semplicemente vicinanza fisica dei servizi ai contesti di vita delle persone ed erogazione di prestazioni: significa piuttosto creare spazi in cui tessere relazioni che abbiano un signi-

ficato per gli attori coinvolti. Questa declinazione relazionale del principio di prossimità mira a favorire la partecipazione delle persone, in particolare quelle che non fanno parte di collettivi istituiti e quelle più marginalizzate, nella co-costruzione del loro miglior interesse. La prossimità rappresenta la cornice per pensare un lavoro di relazione capace di mettere le persone in condizione di partecipare nell'esplorare ciò che ne qualifica l'esistenza, fornendo così ai servizi preziose indicazioni per orientare l'azione di cura in modo integrato.

La partecipazione, ovvero il processo che permette di prendere parte alle decisioni relative alle condizioni che influiscono sulla propria salute, diventa quindi una condizione necessaria per rendere le persone e le comunità più in grado di controllare la propria salute e quindi di migliorarla. Avere relazioni sociali aumenta la nostra capacità di azione e si configura come un'azione di promozione della salute agendo sulla creazione di vincoli comunitari. Servizi capaci di creare relazioni di fiducia possono quindi promuovere la partecipazione delle persone: nella definizione dei propri bisogni/interessi; nella produzione di forme di appartenenza comunitarie.

Poiché le disuguaglianze sociali influiscono sulla possibilità e capacità di dare voce ai propri bisogni, è fondamentale assicurarsi che soprattutto le persone e le comunità strutturalmente marginalizzate possano avere spazio di espressione. Per garantire equità è importante pensare a strumenti e pratiche di partecipazione accessibili e forme di *empowerment* individuali e collettive.

Dal "to cure" al "to care"

Di fronte alle dimensioni intrecciate e complesse che legano la salute al contesto di relazioni (personali, sociali e ambientali) in cui le persone nascono, crescono e vivono, l'organizzazione dei servizi risulta molto frammentata e spesso in grado di dare risposte solo parziali a singole dimensioni della sofferenza. La frammentazione si riscontra all'interno dei servizi sanitari, tra questi e i servizi sociali, educativi, e rispetto al terzo settore. La frammentazione dei e nei servizi porta a una frammentazione della persona e del suo vissuto in elementi inquadrabili all'interno del ventaglio di prestazioni erogabili. D'altro canto, le persone stesse tendono a definire i propri bisogni a partire dalla risposta che immaginano sia per loro disponibile da parte delle istituzioni, con il rischio di lasciare silenti esigenze non precedentemente considerate.

Inoltre, i servizi e le pratiche di cura sono attraversati da dinamiche micropolitiche che, nel quotidiano, riflettono e spesso riproducono assetti istituzionali e gerarchie professionali, norme implicite e rappresentazioni

sociali, incidendo su rapporti di potere, inclusione/esclusione e sulla possibilità di emancipare o perpetuare le disuguaglianze.

Al contrario la *Comprehensive Primary Health Care*, formulata nella dichiarazione di Alma Ata (OMS, 1978), propone di tenere insieme cura, prevenzione e promozione della salute, intervenendo sui determinanti sociali e riconoscendo la partecipazione delle persone e delle comunità come componente costitutiva (non accessoria) delle cure primarie. In questa prospettiva, la cura è vista innanzitutto come un lavoro soggettivo, prodotto e agito nello spazio relazionale dell'incontro: tra servizio e professionista, tra professionista e persona. La cura non può essere intesa come semplice applicazione di protocolli o di tecnologie, ma come processo vivo, nel quale si attivano le cosiddette «tecnologie leggere» – ascolto, accoglienza, riconoscimento, costruzione di fiducia – che danno senso e direzione alle conoscenze tecniche e agli strumenti organizzativi. La cura è dunque un lavoro etico e culturale, che può orientarsi, a seconda delle posture professionali, dei linguaggi e delle tecniche relazionali adottate, verso la produzione di equità o, al contrario, verso la sua negazione.

Nonostante le innegabili sfide che rendono il diritto alla salute un campo di crescente incertezza anche nel nostro Paese, le recenti riforme organizzative dei servizi territoriali (in primis il Decreto Ministeriale n. 77/2022) rappresentano un campo di sperimentazione aperto e potenziale per introdurre e rafforzare approcci basati sulla promozione della salute e sulla *Comprehensive Primary Health Care*. Si tratta di individuare e agire le leve politiche, culturali e organizzative che, traendo forza dalla spinta normativa, siano in grado di ricomporre a diversi livelli (comunitario, professionale, gestionale, programmatorio, istituzionale) il lavoro di inquadramento e presa in carico dei bisogni di salute evitando così la riproduzione delle disuguaglianze.

Bibliografia:

- Carta di Ottawa per la Promozione della Salute (OMS, 1986)
- Monica Eriksson, Bengt Lindström. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter, Health Promotion International, Volume 23, Issue 2, June 2008, Pages 190–199
- Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna (2022). L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna. Report delle attività di ricerca https://centri.unibo.it/csi/it/progetti/l-equita-nel-diritto-alla-salute/report-lequita-nel-diritto-alla-salute_10012023.pdf/@

@download/file/Report%20L'equit%C3%A0%20ne%20diritto%20alla%20salute_13.01.23_full.pdf

- Jennie Popay et al. Power, control, communities and health inequalities I: theories, concepts and analytical frameworks, Health Promotion International, Volume 36, Issue 5, 2021, pp. 1253–1263
- Capra et alii (2018), Coinvolgimento della comunità per il contrasto alle disuguaglianze di salute, https://www.dors.it/documentazione/testo/201809/policybrief_def_20anni.pdf
- Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI). La promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita. Toolkit. 2025. https://csiaps.org/2024/06/26/promuovere-salute-ed-equita-nei-primi-1000-giorni-di-vita
- Da Mosto D., Mammana L., Adami E., Riccio M., Bodini C., Botovelo A., Kiefel Y., Müller S., Öztürk L., (2026) THRIVE-CARE Toolkit: Una guida pratica su Potere, Salute e Cure Primarie Trasformative https://csiaps.org/2025/01/13/thrive-care-transforming-health-through-responsive-interdisciplinary-ventures-and-community-engagement-in-vet-for-primary-health-care/

6. Disparità e differenze di genere

Elda Guerra e Marilisa De Palma

ASSOCIAZIONE "ORLANDO"

Più di due anni fa, al primo convegno di Smips per il lancio del Manifesto appello, concludendo il mio intervento sugli effetti della pandemia dal punto di vista delle disuguaglianze di genere, auspicavo che sempre più si diffondessero sguardi capaci di tener conto delle soggettività e delle loro differenti espressioni, in un movimento pratico e teorico di decostruzione delle rappresentazioni culturali tradizionali dei sessi e dei generi, nonché delle disparità ad esse connesse. Devo dire che i tempi che stiamo vivendo non sembrano andare in questa direzione: di qui l'importanza sempre maggiore di momenti di riflessione e iniziativa che contrastino le tendenze in atto, richiamandosi al patrimonio di saperi accumulato e mantenendo aperte la ricerca e la sperimentazione.

Per questa occasione, pur da profana, mi è sembrato utile declinare il tema assegnatomi attraverso alcune osservazioni intorno al significato della medicina di genere vale a dire un approccio capace di tener conto di quelle differenze e disparità, a cui ho fatto, cenno in ambito sanitario**.**

Da qualche tempo a questa parte Orlando – associazione di donne e femminista a cui appartengo e che gestisce il Centro di documentazione delle donne di Bologna – grazie all'iniziativa di un gruppo composto tra le altre da Marilisa De Palma, ha avviato una riflessione sul tema da una parte attraverso iniziative con la presenza di studiose, esperti responsabili di dipartimenti istituzionali, presidi ospedalieri, enti di ricerca, dall'altra attraverso momenti di approfondimento delle esperienze vissute, dei saperi femminili, della relazione e dell'ascolto da parte di mediche e professioniste sanitarie. Mi limito a citare

la prima iniziativa sulla *Medicina di genere nel sistema sanitario regionale, percorsi di cura e di equità* e l'ultima, appena conclusosi, dal suggestivo titolo *Medicamentose* che ha messo a tema il dolore nascosto delle donne[1].

Si tratta di un lavoro in svolgimento pensato e attuato con l'intento di

[1]Per le locandine e il programma, cfr., https://orlando.women.it/eventi-passati/. Sulla prima iniziativa cfr. anche l'intervista a Marilisa De Palma in www.smips.org.

promuovere la diffusione delle conoscenze, reti dal basso che accrescano la consapevolezza intorno al nodo differenze/disuglianze con effetti sulla salute delle donne e dei generi e accesso alle cure nonché possibili dialoghi istituzionali.

Detto questo, vorrei cominciare con un cenno al quadro giuridico-istituzionale. Imprescindibile momento iniziale è l'art. 2 della Costituzione, che – come è noto – riconosce il diritto alla salute da garantire a tutti sulla base del principio di uguaglianza. Rendere concreto tale principio ha comportato e comporta tener conto delle differenze e quindi anche delle differenze di sesso e di genere nell'ambito della salute.

Già dalla fine degli anni Novanta la questione era stata, affrontata dall'Organizzazione mondiale della Sanità attraverso indicazioni via sempre più esplicite sulla necessità di un approccio di genere alla salute a partire dal riconoscimento delle differenze esistenti tra i sessi e delle disuglianze legate alla dimensione gerarchica delle costruzioni sociali di genere, assumendo così quest'ultimo tra i determinanti socio-politici dello stato di salute. In Italia ciò è avvenuto con l'approvazione della legge 3 del 2018, dove viene fatto riferimento specifico all'inserimento del parametro di «genere» e vengono poste le premesse per il primo piano relativo alla sua applicazione e diffusione.

Ma quali sono stati i passaggi di questo percorso non semplice e tuttora in salita?[2].

All'origine vi è stata la critica femminista portata da donne e da altri soggetti a un discorso medico che si era basato in tutti i suoi aspetti essenzialmente su un corpo maschile, giovane e bianco, aveva confinato la differenza del corpo femminile agli organi riproduttivi e alla funzione della maternità e, solo in questo ambito, il corpo delle donne e la sua salute erano stati oggetti ossessivi di indagine e governati da regole morali, sociali e giuridiche. L'intento era chiaro: controllare il corpo delle donne e la loro capacità di autodeterminazione. Si sono invece tralasciate altre differenze per costringere l'insieme dei corpi in un sistema binario e gerarchico.

Molti possono essere gli esempi delle conseguenze che la prevalenza, anzi il dominio di quel modello, ha comportato. Rispetto alla ricerca farmacologica, solo nel 1993 la statunitense Food and Drug Administration

[2]La bibliografia in proposito è assai vasta. Tra i titoli in lingua italiana, cfr. F. Rescigno, *Per un habeas corpus di «genere»*, Napoli, Editoriale scientifica, 2022; A. Viola, *il sesso è (quasi) tutto*, Milano, Feltrinelli, 2022; A. Carè, *Che cos'è la medicina di genere?,* Roma, Carocci, 2025.

(che gli ultimi provvedimenti stanno cercando di svuotare) ha chiesto che nelle sperimentazioni gli studi clinici includessero sempre le donne in numero equivalente rispetto agli uomini. E ancora recentemente rispetto alla gestione delle recenti e necessarie campagne vaccinali per il Covid, scarsa è stata l'attenzione alla questione delle differenze tra i sessi. Non si è pensato, infatti, di valutare il rapporto rischi/benefici sulla base del genere, oltre che dell'età. Oppure sul piano della prevenzione, della diagnosi e della cura non sempre sono stati recepiti gli studi che hanno evidenziato come molte malattie si manifestino con incidenza e sintomi diversi tra uomini e donne. Il caso più noto è quello dell'infarto miocardico che si manifesta nelle donne in modo subdolo e meno eclatante con tutte le conseguenze facilmente immaginabili in termini di tempestività della diagnosi e dell'appropriatezza delle cure, ma anche rispetto alla prevenzione.

In sintesi, un corpo scarsamente studiato è talvolta anche scarsamente curato o curato male e ancora pesano stereotipi culturali intorno all'emotività femminile, quando non all'isteria. Basti pensare al tema del dolore nascosto delle donne e dei generi, quel dolore non creduto, minimizzato dallo sguardo maschile sulla cura perché «si sa, le donne sono esagerate».

Questo riferimento agli stereotipi conduce a riflettere sull'altro aspetto, vale a dire la costruzione sociale e gerarchica del genere. Sappiamo come la persistenza del *gender gap*, anche in Europa, comporti minore accesso alle risorse, distribuzione assolutamente ineguale del tempo da dedicare alla cura di sé, minore accesso al potere decisionale, persistenza di culture patriarcali di sopraffazione con l'incidenza della violenza sessuale tra i fattori maggiori di disparità. Tutte le cose che la recente pandemia ha messo pesantemente in evidenza[3].

In conclusione vorrei portare un esempio, a mio parere, particolarmente pregnante dell'intreccio tra tutti gli aspetti del discorso che ho cercato di fare. L'esempio riguarda la questione dell'autoderminazione femminile rispetto ai diritti riproduttivi e il paradosso costituito dalla pillola contraccettiva.

Se sicuramente la pillola è stata uno strumento di emancipazione, tuttavia, quella scoperta - apparentemente così liberatoria - portava in sé non solo un evidente squilibrio di genere, ma lo stigma legato al fatto che la sua sperimentazione, alla fine degli anni Cinquanta, avesse coinvolto essenzialmente donne svantaggiate per appartenenza

[3]Cfr. European Institute for Gender Equality, Gender *Equality Index* 2024, (https://eige.europa.eu/).

etnica e di classe, senza dare loro tutti gli strumenti di conoscenza. Un fatto che, fin dagli anni Settanta, è stato oggetto di denuncia da parte delle femministe di colore che hanno messo in luce la stratificazione delle forme di dominio gravanti sulle loro esistenze nell'intreccio tra colonialismo, razzismo, sessismo.

Oggi quell'intreccio viene definito intersezionalità e ci richiama ad un approccio più complesso in cui gli aspetti di disparità legati al genere femminile o allo status socio-economico s'intersecano, in un gioco simultaneo di inclusione ed esclusione, con quelli legati all'etnicità, alla collocazione geografica, all'età, alle disabilità, a diverse identità di genere e di orientamento sessuale[4].

Allora, per concludere penso sia questo l'orizzonte in cui muoversi, facendo tesoro delle conoscenze e delle pratiche acquisite per superare le disparità e dare spazio alle differenze e resistendo al *backlash* che appare incombere su questo stesso orizzonte.

[4] Per un primo approccio, cfr., E. A. G. Arfini, *Che cos'è l'intersezionalità?*. Roma, Carocci, 2024

7. Dignità del lavoro e diseguaglianze rispetto alla esposizione ai rischi per la salute e la sicurezza nell'ambiente di lavoro

Gino Rubini

FONDATORE DI “DIARIO PREVENZIONE”

Vorrei cominciare con un’osservazione.

Dalla lettura dei dati dei report istituzionali sulla materia si può affermare che in molte realtà lavorative non sono diminuite le disuguaglianze rispetto alla esposizione ai rischi per la salute e la sicurezza tra lavoratori dello stesso comparto lavorativo, che svolgono le stesse mansioni e che dovrebbero essere tutelati con gli stessi standard previsti dalle norme: in Italia il Dlgs 81/2018.

Come sappiamo, i determinanti sociali, economici, culturali e tecnici che definiscono l’esposizione a rischio in uno specifico e preciso processo produttivo dipendono dalla struttura dell’impresa, dalle disponibilità finanziarie e dalla sua collocazione nella filiera della produzione del valore.

Purtroppo le modifiche legislative attinenti al diritto del lavoro e alla definizione delle responsabilità dell’azienda, negli ultimi dieci anni non sono state orientate al miglioramento delle condizioni di lavoro e degli standard di sicurezza. Se pure è rimasto pressoché immutato nella sostanza il Dlgs 81/2008 in quanto vincolato alla Direttiva europea 391/89, rilevanti cambiamenti in negativo sono avvenuti per quanto attiene la possibilità da parte della

stazioni appaltanti di affidare parti del ciclo produttivo ad appalti e subappalti a cascata.

Questi cambiamenti normativi hanno consentito in diversi settori e comparti produttivi un’esternalizzazione delle responsabilità nella valutazione e gestione dei rischi.

In molti casi tali responsabilità sono passate dalla stazione appaltante o azienda committente verso singoli lavoratori «autonomi» o piccole aziende che spesso non hanno le risorse o le competenze per la gestione dei

rischi. Ciò avviene in particolare modo nel settore delle costruzioni e nella logistica.

Si è generalizzata, così, una pratica di *gestione informale del lavoro maligna*, in quanto divenuta esterna ad una necessaria regia e alla responsabilizzazione dei diversi livelli decisionali e di controllo di chi è in capo al processo produttivo.

L'indebolimento delle tutele giuridiche dei lavoratori rispetto alla possibilità di essere licenziati (si veda la disciplina dei licenziamenti nel Jobs Act del 2016) hanno in diversa misura favorito l'accettazione di condizioni di lavoro più rischiose.

Molti sono gli eventi tragici degli ultimi anni che sono connotati da questi aspetti di adattamento a condizioni di lavoro pericolose o nocive.

Riporto solo due esempi.

La tragedia di Brandizzo ove un treno investì una squadra di 5 lavoratori di un'azienda in appalto che lavoravano alla sostituzione di nove metri di rotaia, senza che ci fosse stata un'interruzione della circolazione. Una comunicazione errata sui treni in transito attesi fu alla base della tragedia…

Un lavoro che sarebbe stato sicuro se vi fosse stata un'interruzione della circolazione notturna per la durata dei lavori.

Un altro caso estremo della lontananza tra una corretta gestione dei rischi le pratiche informali di organizzazione del lavoro è avvenuto in provincia di Palermo, a Casteldaccia, cioè la morte per asfissia da idrogeno solforato di cinque lavoratori che pulivano una vasca fognaria, in ambiente

confinato senza DPI e senza una formazione adeguata rispetto al rischio specifico.

Questa tragedia è del maggio 2024, non di un secolo fa.

Potrei fare molti altri esempi, il denominatore comune è spesso la struttura inadeguata dell'impresa in appalto che non è in grado di gestire sia i rischi specifici della lavorazione che gli viene affidata sia quelli di sito. Non puoi mandare in un ambiente confinato come una vasca biologica sotterranea

dei lavoratori senza avere prima testato la presenza di gas tossici (normalmente prevedibili) e bonificato l'ambiente e averli dotati comunque di DPI appropriati. Gli stessi lavoratori devono essere informati e formati rispetto ai rischi specifici del proprio lavoro.

La esternalizzazione delle lavorazioni non può essere esternalizzazione delle responsabilità riguardanti la gestione dei rischi senza una valutazione preventiva di quanto l'azienda cui decentri la lavorazione pericolosa sia in grado di gestire quel rischio specifico.

Sono molti gli esempi degli infortuni mortali e gravi evitabili che potete leggere, se volete, approfondire nel sito del DORS, che trovate indicato nei riferimenti.

Ad ogni tragedia si ripropone il tema dell'assenza o della scarsa presenza dei controlli da parte delle Autorità di vigilanza preposte.

È vero che la deterrenza dei controlli in questi anni si è molto indebolita, ad aprile 2025, i

tecnici della prevenzione impegnati nella funzione ispettiva in tutta Italia erano poco più di 2.000, ovvero 2.108 unità.

Secondo diverse fonti mancherebbero alle ASL oltre 3000 operatori di diverse professionalità per raggiungere un livello di controllo adeguato. In ogni caso la presenza di un sistema di controllo adeguato richiede che vi sia una gestione responsabile delle aziende. Per quanto attiene, poi, alle nuove disuguaglianze emerse in questi anni rispetto a SSL emergono le condizioni precarie ed esposte ad una molteplicità di rischi dei riders. Ci vorrebbe un convegno ad hoc per affrontarle, qui posso solo accennare al fatto che hanno una totale dipendenza dalle piattaforme digitali e che vi sono state iniziative sindacali positive per dare un po' di dignità al loro lavoro ma siamo ancora molto lontani di standard accettabili.

È la povertà il determinante principale che induce tanti giovani immigrati

e non solo, ad accettare un lavoro rischioso, con pochi diritti ed esposto anche a forme di sfruttamento illegali.

Un altro aspetto delle nuove disuguaglianze è il loro accrescimento in determinati settori. Emblematico è il caso dei Servizi del SSN, degli ospedali, dei Pronto Soccorso dove sono state conseguenza ancora una volta di determinanti strutturali: l'inadeguato finanziamento della sanità pubblica, il blocco delle assunzioni per troppo tempo, l'esodo di operatori in ragione dei trattamenti salariali e dei carichi di lavoro...

È diffusa una protesta per le condizioni di lavoro insostenibili per gli orari e i carichi di lavoro da parte di medici e infermieri oggetti spesso di violenze fisiche e verbali da parte di parenti dei pazienti.

Un solo dato significativo: a fronte di una percentuale del 31,8% secondo il Rapporto Censis-Eudaimon del febbraio 2025, dei lavoratori dipendenti, in generale, coinvolti da fenomeni di stanchezza cronica e che ha provato sensazioni di esaurimento o distacco dal lavoro, riconducibili a forme di burnout, quasi la metà dei professionisti sanitari italiani (il 49,6% del campione di 2000) si dichiara affetto dai medesimi sintomi.

La percentuale è più alta tra i medici (52%) rispetto agli infermieri (45%). I dati evidenziano anche che il burnout colpisce maggiormente le donne rispetto agli uomini e aumenta con l'avanzare dell'età. Fare prevenzione in questo campo vuol dire investire in risorse per assunzioni e in trasformazione dei modelli organizzativi orientati ad una maggiore welfare aziendale, elasticità dei vincoli di orario di lavoro e godimento delle ferie... Ancora una volta i determinanti delle cause di disagio riguardano misure organizzative e disponibilità di risorse necessarie per avere una migliore qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie e assistenziali.

Queste sono le emergenze di questa epoca difficile che richiederebbe una diversa modalità di elaborazione di strategie di medio periodo per decostruire i determinanti negativi e costruire le basi per condizioni di lavoro dignitose e sicure. Purtroppo le politiche in quasi tutti i settori sono

basate sulla ricerca del consenso immediato misurabile nel tempo di un ciclo elettorale.

Riferimenti

Diario Prevenzione: https://www.diario-prevenzione.it/

Open Data Inail su Infortuni e Malattie Professionali: https://dati.inail.it/portale/it.html

Storie di infortunio: www.storedinfortunio.dors.it

Codice Appalti: il subappalto a cascata (https://www.ingenio-web.it/articoli/il-subappalto-a-cascata/

Calenzano: ancora appalti (al risparmio?) dietro la strage https://www.diario-prevenzione.it/2024/12/22/calenzano-ancora-appalti-al-risparmio-

dietro-la-strage/

Impedire il subappalto a cascata https://www.filleacgil.net/tutto/137-comunicazione/17374-impedire-subappalto-a-cascata.html

Rischi psicosociali nel settore dell'assistenza sociosanitaria, nuovi

documenti EU-OSHA https://amblav.it/rischi-psicosociali-nel-settore-dellassistenza-sociosanitaria-nuovi-documenti-eu-osha/

An overview of work-related psychosocial risks and mental health outcomes

in the EU health and social care sector (https://osha.europa.eu/en/publications/overview-work-related-psychosocial-risks-and-mental-health-outcomes-eu-health-and-social-care-sector

Cura dei curanti a cura di A. De Santi, E. Longo, P.M. Risi, C. Aguzzoli, M.

Rimondini – ISTISAN https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2024/05/28/24-1%20web.pdf

8. Abbattere barriere

Loris Marchesini

VICE-PRESIDENTE DI "AUSER: AUTOGESTIONE DI SERVIZI A PERSONE VULNERABILI, ODV"

Ringrazio innanzitutto il prof. Capizzi per l'invito e per aver organizzato un convegno con tantissimi relatrici e relatori davvero competenti. Pochi esempi vi sono di convegni come questo.

Inizio presentando l'associazione di volontariato che qui rappresento. Auser è un'associazione presente in tutto il territorio nazionale, forse meno conosciuta di altre perché la sua azione si svolge non tanto con manifestazioni pubbliche di richiamo, quanto con l'impegno volontario di tanti singoli, ognuno dei quali svolge una parte dei servizi che la comunità ci chiede.

Auser nazionale ha 280.000 iscritti, di cui 41.000 sono volontari attivi. Ora cerco di fornire alcune informazioni sulla struttura di Auser Bologna, che opera in tutta la Città Metropolitana, escluso il circondario imolese.

AUSER TERRITORIALE BOLOGNA ODV-ETS (Associazione per l'invecchiamento attivo)

- Costituita nel 1989 da un'idea di Bruno Trentin
- Attiva a Bologna dal 1991
- Presidente Antonella Lazzari

Nel 2024 (da bilancio sociale)

- 3.110 soci iscritti di cui 2.263 soci volontari
- 50 Gruppi territoriali, 6 Distretti, 43 Comuni
- 49 automezzi di proprietà, 11 in comodato d'uso
- 451.210 ore di volontariato, 4.122 beneficiari, 2.242.331 km percorsi, 152.521 interventi

PROGETTI SOCIALI DI AIUTO ALLA PERSONA (con 1.106 volontari)

- Trasporto sociale protetto di persone fragili per: visite mediche, terapie, centro diurno, spesa, lavoro, scuola, piccole commissioni
- Ausilio per la spesa in accordo con Coop Alleanza 3.0
- Socializzazione, compagnia e cura di persone con fragilità.

PROGETTI SOCIALI DI AIUTO ALLA COMUNITA' (con 598 volontari)

- Attività di sorveglianza presso le scuole, supporto al pre e post scuola. Scuolabus e pedibus
- Iniziative di incontro sul territorio, progetti a sostegno delle persone fragili e della loro socializzazione
- Supporto e accoglienza nelle strutture sanitarie e servizio Ambulatorio Amico
- Attività a sostegno delle nuove povertà (gestione empori, collette alimentari, recupero e distribuzione generi di prima necessità).

VOLONTARIATO CIVICO (con 763 volontari)

- Accoglienza e sorveglianza nei musei, istituzioni ed enti per mostre e iniziative culturali
- Valorizzazione e tutela del patrimonio bibliotecario nei territori dove è difficile tenere aperte le biblioteche comunali
- Tutela patrimonio istituzionale (es. digitalizzazione atti processuali)
- Cura, tutela e vigilanza nei luoghi pubblici, parchi e giardini
- Mercatini del riuso, accoglienza e informazioni presso le stazioni ecologiche
- Attività di supporto e piccole manutenzioni
- Incontri culturali organizzati dai volontari, iniziative pubbliche con partecipazione dei volontari.

I NOSTRI PROGETTI

- e-Care
- Arte in rete (11 Comuni della montagna bolognese)
- Corpo e salute. Mi muovo, mangio bene e vivo meglio (Casa di Quartiere Katia Bertasi)
- Allattami – Banca del latte
- I love Bolognina
- Contaminazioni Lab
- Punto Abba
- C.I.A.O. per persone non vedenti
- Portierato di comunità
- Fimmina lingua longa
- Salotto della Stazione di Borgo Panigale e Casetta dei Libri
- Diversamente giovani (teatro)

- Isola del tesoro del Trebbo – Biblioteca e iniziative culturali gestite da volontarie
- Auser Cultura: gruppo di lettura, concorsi «Racconti di memoria», diario di un deportato e progetto PIETRE VIVENTI
- Ambiente: 17 incontri sull'Agenda ONU 2030
- Sportelli di supporto informatico: Spid e altre procedure digitali per contrastare il divario digitale
- Abitare Solidale
- Podere Canova per reinserimento persone con difficoltà sociali e produzioni biologiche.

IN SINTESI LAVORIAMO PER RIDURRE LE BARRIERE CHE OSTACOLANO IL REALE ESERCIZIO DEI DIRITTI NEI SEGUENTI AMBITI:

- **Mobilità** attraverso il trasporto sociale in 43 Comuni (convenzioni) di persone fragili, disabili, sole
- **Cultura** rendendo possibile l'apertura e la sorveglianza di musei, biblioteche e mostre, un gruppo di lettura e la pubblicazione di libri sulla memoria
- **Socializzazione con relazioni umane per vincere la solitudine** tramite progetti nelle Case di Quartiere, il teatro dilettante e il turismo sociale
- **Alimentazione con la consegna della spesa per** chi non riesce ad uscire per acquistare ciò che gli serve, tramite il servizio Ausilio Spesa Coop e gli empori solidali
- **Autonomia digitale con la facilitazione/assistenza digitale** attraverso volontari a Bologna e in provincia che supportano anziani e stranieri con difficoltà con le procedure digitali pubbliche
- **Casa** attraverso il progetto «*Abitare solidale*» gestito da volontarie di Bologna e provincia
- **Buona salute con iniziative sulla prevenzione** tramite incontri, dialoghi e attività di movimento.

ABBATTERE BARRIERE ARCHITETTONICHE

Infine, anche se non è un progetto di Auser, inserisco di seguito alcune informazioni sul primo stralcio del PEBA (Piano Eliminazione Barriere Architettoniche) del Comune di Bologna, presentato nel febbraio scorso, presentazione a cui anche la nostra associazione ha partecipato.

La giunta comunale lo ha approvato dopo un percorso di costruzione e di redazione del piano condiviso e presentato lo scorso 22 febbraio. Il

primo stralcio del progetto è cofinanziato dalla Regione Emilia-Romagna e riguarda i lavori per eliminare le barriere architettoniche nelle zone vicine alle linee rossa e verde del tram.

Si tratta di lavori e migliorie all'intero paesaggio urbano, con interventi basati su raccolte di dati geolocalizzati visibili sul Comune di Bologna. «*Questo Piano si concentra su un approccio integrato con gli interventi di trasformazione legati alla realizzazione delle prime due linee tranviarie in corso di realizzazione. Il nuovo sistema di trasporto tranviario prevede già la fornitura di mezzi accessibili e comporta il rifacimento di marciapiedi e percorsi, con la creazione di fermate ad alta accessibilità alle linee. A seguito dell'approvazione del Peba, a partire dalle aree interessate dalle nuove infrastrutture si interverrà progressivamente per creare una rete di percorsi privi di barriere, che colleghino le stesse linee ai principali servizi pubblici posti nelle vicinanze*» (nota del Comune).

9. Le carceri

Giulio Marchesini Reggiani e Gian Guido Naldi

MEDICO VOLONTARIO ALLE CARCERI “DOZZA” - RESPONSABILE DI “FARE IMPRESA IN CARCERE”

Il dibattito sulle carceri ha occupato spazio nell’agenda politica questi ultimi anni, spesso associato ai temi della giustizia e della sicurezza, ma le condizioni reali nelle quali si trovano le persone detenute rimangono per lo più sconosciute alla maggior parte della cittadinanza. Opportunamente a Bologna è stato recentemente costituito presso il quartiere Navile, nel quale si trova la casa, circondariale bolognese comunemente identificata come «La Dozza» per la sua sede, un tavolo di lavoro nel quale affrontare i problemi dei rapporti tra città e persone private della libertà ed in particolare il difficilissimo passaggio dal dentro al fuori a fine pena.

Sono trascorsi 50 anni da quando una nuova legge (n. 354 del 1975) ha sostituito il famigerato «codice Rocco» del 1931, che intendeva la detenzione come un mero trattamento punitivo, separando i reclusi dal mondo esterno, e poneva l'istruzione come elemento irrinunciabile del trattamento penitenziario. La legge ha introdotto all’interno del carcere educatori, assistenti sociali, insegnanti e psicologi, venivano attivati corsi scolastici in tutte le carceri e percorsi universitari in alcune sedi, ed infine si è dato spazio ad accordi con il volontariato per il reinserimento sociale.

In questa realtà, l’Associazione Volontari Carceri (AVoc), assieme ad altre associazioni bolognesi religiose e laiche si è spesa negli anni per dare dignità alle persone private della libertà, fornendo loro sostegno ed aiutandole a mantenere i contatti con il mondo di fuori, in sinergia con le istituzioni, per facilitare ed integrare il processo educativo (corsi di lingua per i tanti stranieri), per gestire il difficilissimo passaggio dal dentro al fuori – nel quale spesso si gioca la reiterazione del reato – , attraverso la gestione di alloggi temporanei, ma anche per surrogare le istituzioni in bisogni elementari (vestiario, prodotti di igiene, piccoli sussidi economici che permettano di soddisfare alcuni bisogni, ecc.), ed infine per aprire il dibattito sul carcere nella cittadinanza, nelle istituzioni, nelle scuole.

Nonostante gli interventi, in generale la situazione delle carceri italiane è andata negli anni deteriorandosi per il sovraffollamento, per il degrado egli istituti carcerari, in rapporto anche al progressivo modificarsi della popolazione carceraria con un numero crescente di stranieri.

Così, nel gennaio del 2013, la Corte europea dei diritti dell'uomo condannò l'Italia per violazione dell'art. 3 della Convenzione, quello che vieta la tortura o i trattamenti inumani o degradanti. La violazione consisteva nel fatto che in molte carceri non era rispettato il parametro minimo di 3 m² a disposizione di ogni detenuto. La sentenza costrinse il Paese a reagire e, per riportare nella legalità il sistema penitenziario, si approvarono riforme di vario tipo:

- istituzione del Garante nazionale delle persone private della libertà personale;
- introduzione del regime delle celle aperte e della sorveglianza dinamica, garantendo alle persone detenute di poter rimanere fuori dalla propria cella per molte ore;
- accesso al rimedio risarcitorio per chi subisse trattamenti inumani o degradanti;
- provvedimenti momentanei per riportare il numero delle persone detenute entro limiti sostenibili (aumento di giorni della liberazione anticipata da 45 a 70 ogni semestre).

Finita quella stagione riformatrice le carceri sono tornate a chiudersi, ad affollarsi e quelle violazioni sono diventate ancora una volta la quotidianità, senza fare notizia. Il sovraffollamento nelle carceri italiane ha superato il 135%: circa 63mila persone recluse per meno di 47 mila posti utili. In nome dell'idea che questo potesse portare ad una maggiore sicurezza, il governo ha risposto con l'istituzione di nuovi reati ed inasprimento delle pene; basta ricordare il reato di «rivolta penitenziaria», che punisce anche la resistenza passiva, e il «decreto Caivano», che ha indebolito la giustizia minorile. Questa risposta sanzionatoria e muscolare fa dimenticare il significato rieducativo della reclusione e contribuisce solo ad aumentare il numero delle persone private della libertà.

Per dare solo pochi numeri della Dozza, la casa circondariale ha circa 480 posti, ma accoglie oltre 800 detenuti: di questi solo 80 sono donne e circa 750 sono uomini; il 50% è straniero; circa un terzo è tossico-dipendente. Gli agenti di custodia sono in numero pari a quasi la metà dei detenuti, ma a fronte di questo esistono solo 9 educatori (1 ogni 90 detenuti). Questi numeri chiariscono quale tipo di risposta si vuole dare di fronte ai reati!

Molto più notizia fa il numero dei suicidi in carcere: nel 2024 sono stati oltre 90, ma anche 9 agenti di custodia non hanno retto di fronte allo stress generato da tanta violenza e sofferenza.

L'associazione Antigone denuncia che il ricorso ai Tribunali di Sorveglianza si fa sempre più comune e, con il peggiorare della condizione di sovraf-

follamento, aumentano anche le condanne. Le segnalazioni accolte sono raddoppiate tra il 2018 ed il 2024 (da 3000 a 6000), eppure, a differenza del 2013, quando l'Europa ci definì indegni di un paese civile e spinse lo Stato a cambiare, oggi che lo dicono i nostri stessi giudici, dalle istituzioni si ricava solo silenzio o proclami.

Accanto ai volontari, si muove peraltro a Bologna anche una parte della società civile e del mondo imprenditoriale, impegnato nel fornire formazione e lavoro, creando un ponte tra il dentro e il fuori.

Fare Impresa in Dozza (FID), impresa sociale, continua la sua attività da più di 13 anni, dopo 2-3 anni di lavoro preparatorio occupando mediamente 15 dipendenti carcerati che svolgono lavori di montaggio (gruppi di varia complessità); ideata in collaborazione col prof. Italo Minguzzi, fatta propria dai maggiori imprenditori del packaging: Isabella Seragnoli, Alberto Vacchi, Maurizio Marchesini, titolari di IMA, G.D., Marchesini Group. La mission dell'azienda è «dare la possibilità a chi si trova in carcere di imparare un lavoro in modo che, a fine pena, sia possibile reinserirsi nella società.» Ciò significa imparare un lavoro complesso, poco ripetitivo e tecnicamente impegnativo, attraverso una formazione teorica propedeutica, svolta dalla Fondazione Aldini Valeriani, e continuare a imparare lavorando con il sostegno tecnico decisivo dei tutor, assicurando la qualità necessaria. I tutor sono operai specializzati in pensione che, volontariamente, a turno, sono presenti in azienda; il loro supporto, nella realtà, va oltre l'aspetto tecnico: è un rapporto padre/figlio; è un confronto fra due diverse approcci alla vita, la cultura del lavoro che si confronta/scontra con l'idea del guadagno facile.

In questi anni FID è stato un luogo di lavoro comune, di incontro fra culture diverse: pensionati professionalizzati e giovani magrebini, slavi, pachistani, italiani; la cultura d'impresa delle 3 aziende e di FAAC, che sta collaborando al progetto, la loro cultura di responsabilità sociale; una cultura del lavoro solidale di ispirazione sindacale laica socialista e/o cristiana. Non è facile svolgere una attività produttiva in carcere che, naturalmente, ha le sue ragioni di sicurezza, però, dopo il periodo di reciproca conoscenza, abbiamo trovato molta collaborazione nelle Direzioni del carcere che si sono avvicendate, nel sistema educativo, nel personale di custodia. In 13 anni di attività, dopo 6 cicli formativi, sono state assunte circa 75 persone; 5 di queste, per varie ragioni, hanno lasciato il percorso mentre 60 lo hanno già terminato e sono state aiutate a trovare un lavoro nelle aziende dell'indotto packaging. Attualmente almeno una trentina di ex dipendenti FID stanno lavorando in quel contesto anche con ottimi esiti professionali. Vi sono stati anche problemi, e qualche sconfitta inevitabile, comunque dolorosa!! Peraltro, l'indice di reiterazione del reato per i gli ex-dipendenti

FID è del 12-13% contro una media del 70% nelle carceri italiane. Rispetto all'inizio abbiamo ora una consapevolezza in più; il lavoro è fondamentale ma non basta. Lo stigma nel contesto sociale, le difficoltà materiali, la rottura dei legami preesistenti (quelli buoni ...), la solitudine, il riaffiorare di vecchie fragilità, sono problemi enormi che vogliamo affrontare assieme alle Istituzioni e alle tante realtà sociali e di volontariato di cui il nostro territorio è ricco. Il tessuto sociale ed imprenditoriale continua infatti a fornire risposte e, negli ultimi mesi, un'altra azienda bolognese ha allacciato contatti con FID per offrire nuove opportunità di lavoro «dal dentro al fuori»!

Conoscere il carcere è la chiave per esercitare un'azione di cittadinanza consapevole! Grazie a SMIPS per averci permesso di presentare la nostra esperienza e di accogliere nuovi suggerimenti.

10. L'altro punto di vista

Angelo Rossi

DIRETTIVO DI “SOKOS ODV PER L’ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA A PERSONE VULNERABILI”

Sokos (dal greco *sano, salvo, incolume*)è una Associazione di Volontari che nasce a Bologna nel maggio 1993 dalla volontà consapevole di un gruppo di 6 amici, medici e non solo, che volevano produrre qualcosa di socialmente utile mettendo a disposizione le proprie esperienze di volontariato in Italia e all’estero senza pregiudizi.

E’ un’Associazione di volontari e volontarie che si occupa di fornire assistenza socio-sanitaria gratuita a migranti senza permesso di soggiorno, alle persone senza dimora e a chiunque viva in una condizione di esclusione sociale. Cioè agli INVISIBILI, cioè a tutte quelle persone che non sono censiti in alcun registro o ufficio, quelle persone che nessuna sa, o fa finta di non sapere, che esistono e che noi vediamo e con cui interagiamo ogni giorno.

Dapprima erano i volontari che andavano sugli argini dei canali ove in tende di fortuna o capanne fatiscenti essi vivevano, fintanto che il Comune di Bologna non pensò di offrirci un punto d’appoggio coperto.

In via Montebello, via Castagnoli, via Beroaldo sono stati i primi posti ove c’era la sede di Sokos, fino al 2014 quando il Quartiere Navile ed il Comune di Bologna ci hanno concesso in comodato d’uso una sede attrezzata e capiente in via Gorki,12 dove siamo operativi al momento. E’ un insieme di ambulatori aperti 3 pomeriggi alla settimana con Medici di Medicina Generale che dalle 15 alle 19 prestano la loro opera GRATUITAMENTE.

A questi volontari si affiancano Infermieri, personale di accoglienza e una serie di Specialisti, dai cardiologi ai gastroenterologi, dagli ortopedici ai diabetologi, dai ginecologi ai fisioterapisti etc, che in seconda istanza visitano e curano chiunque ne abbia bisogno.

Per accedervi non è necessario avere permessi vari, non importa la provenienza, il colore della pelle, il credo politico o religioso. Chiunque abbia un problema di tipo sanitario può rivolgersi a Sokos e troverà sempre un volontario che si prenderà cura di lui.

Nel corso degli anni le prestazioni sono sempre cresciute: sempre più persone imparano che in Via Gorki c’è una Associazione di Volontari che gratuitamente presta la propria opera al servizio di chi ne ha bisogno ma non può permetterselo.

Dapprima i nostri pazienti erano soprattutto le badanti dei Paesi dell'Est Europeo a volte accompagnate dai loro compagni; negli ultimi anni abbiamo pazienti dei ogni parte del mondo: dai peruviani ai pakistani, dai nord-africani agli indiani,dai siriani agli slavi in genere vengono nei nostri ambulatori con patologie acute e soprattutto croniche che necessitano di cure adatte. E noi si cerca di risolvere il problema facendoci carico anche di eventuali farmaci o presidi sanitari elementari.

Ma il dato che salta agli occhi e ci preoccupa è che cresce costantemente il numero di Italiani che si rivolgono a noi perché non trovano risposte nel SSN: tickets, liste di attesa infinite, impossibilità a sostenere eventuali spese per i farmaci spingono sempre più italiani a chiedere aiuto a noi.

Sono i nuovi poveri che anche l'ISTAT è costretta a censire.

Dal marzo 2019 Sokos ha aperto anche un Ambulatorio Odontoiatrico ove 3 dentisti volontari prestano per 3 giorni alla settimana la loro opera gratuitamente a chi ne ha bisogno, escludendo qualsiasi terapia protesica.

Come ogni soggetto che presta la propria opera a chi ne ha bisogno, anche noi di Sokos abbiamo un sogno nel cassetto: vorremmo diventare «inutili». Ma i tempi che viviamo ci dicono che al momento questa è solo un desiderio, una pia illusione.

11. Ecovillaggi e co-housing: comunità, ecologia, benessere

Francesco Godano e Andrea Bouchard

RETE ITALIANA GLOBAL ECOVILLAGE NETWORK EUROPE

1. Introduzione

Cosa sono ecovillaggi, cohousing e altre comunità intenzionali ecologiche? E in che modo possono contribuire al benessere delle persone? Negli ultimi anni, è cresciuto l'interesse verso forme di vita più rispettose dell'ambiente, più vicine ad una prospettiva comunitaria, attente alla crescita spirituale e alla sostenibilità delle relazioni fra le persone. Si stanno così sempre più diffondendo esperienze di vita comunitaria rurali e urbane, di ispirazione ecologica e/o spirituale, che cercano di sperimentare idee e pratiche diverse da quelle di una società primariamente individualistica, cittadina, stretta nei meccanismi produttivistici e consumistici del mondo post-industriale. Nella loro grande varietà, tali esperienze sono accomunate dalla ricerca di un rapporto armonioso con natura, del benessere pisco-fisico e di relazioni amorevoli e collaborative, della partecipazione equa e significativa delle persone alla vita sociale. Una ricerca difficile, piena di insidie e contraddizioni; ma non per questo meno affascinante e - crediamo - necessaria.

In questo breve scritto cerchiamo di fornire una breve presentazione di questo mondo ancora non molto conosciuto, cercando di evidenziarne l'impatto sulla salute ed il benessere delle persone. Parleremo prima della natura e delle caratteristiche delle comunità ecologiche, e di seguito delle organizzazioni italiane ed europee che ne promuovono le attività.

2. Comunità ecologiche e pratiche per il benessere psico-fisico

Chi sceglie di vivere in comunità lo fa per sperimentare stili di vita più coerenti con i propri valori, che riguardano la sfera ecologica, sociale, economica e culturale/spirituale (Le quattro dimensioni della sostenibilità, formulate da *Gaia Education*[5], organizzazione europea per l'educazione sociale e ambientale).

Le comunità intenzionali che aderiscono alla Rete Italiana Villaggi Ecologici hanno varie forme:

[5]https://www.gaiaeducation.org/ede-ecovillage-design-education.

- l'**ecovillaggio**, ovvero un gruppo di persone che sceglie di andare a vivere insieme, a stretto contatto con la natura, con un intento trasformativo dello stile di vita e un progetto che riguarda tutte e quattro le dimensioni di sostenibilità;
- il **cohousing**, generalmente urbano, nel quale le persone decidono di andare a vivere nello stesso stabile, con appartamenti privati e spazi comuni, con un intento di maggiore socialità e sostegno reciproco, senza necessariamente una visione comune su altre tematiche;
- le **comunità diffuse,** invece, condividono un progetto (ecologico, sociale o educativo) e una vicinanza abitativa, senza praticare la convivenza.

In altre comunità l'identità è definita principalmente dalla visione spirituale dalla relativa missione, con una condivisione abitativa opzionale.

Uno degli intenti delle comunità intenzionali è quello di condurre una vita più sana dal punto di vista del corpo e della psiche, che in una visione olistica non vengono considerati parti separate.

Nel caso di ecovillaggi e comunità rurali, la vita a contatto con la natura, lontana dall'inquinamento e dai ritmi frenetici della città, rappresenta già di per sé un fattore di benessere e maggiore serenità. A questo si affianca un'attenzione all'alimentazione sana, e la pratica di produrre il più possibile in proprio il cibo, biologico, che si consuma. Inoltre nella maggior parte degli ecovillaggi si fa un uso molto limitato di alcol, fumo ed altre sostanze che creano dipendenza e nuocciono alla salute.

La vita all'aria aperta, il movimento fisico e il lavoro manuale, distribuito in genere su tutti i membri della comunità, rappresenta ulteriore fattore salutare per mente e corpo.

C'è inoltre un modo diverso di concepire il lavoro, che non viene visto in funzione della contropartita monetaria o dell'ascesa sociale, ma come momento da vivere in presenza, con amore, che non trova significato solo nel raggiungimento di un obiettivo, ma anche nel piacere dell'azione creativa. Un tempo di vita da valorizzare di per sé, nella sua dimensione di realizzazione personale, di occasione relazionale, di servizio alla comunità.

Il lavoro inoltre occupa una parte della giornata, non tutta. Questo è reso possibile anche dalle economie che si realizzano nella vita comunitaria. Minori costi di affitto, vitto, vestiario, automobili, baby sitter, cura degli anziani ecc.

Ci sono poi fattori di benessere psicologico legati ad una socialità che prende come valori di riferimento l'empatia, il sostegno reciproco, l'affettività, puntando a contenere l'individualismo e la competizione. Questo atteggia-

mento collettivo produce un senso di sicurezza, che tende a ridurre l'ansia, la solitudine e la depressione.

3. Le sfide della vita in comune

Nella vita di comunità ci sono tuttavia anche degli elementi che possono creare affaticamento emotivo ed ansia.

Gestire quotidianamente una molteplicità di relazioni personali crea un grado di complessità inedita per la maggior parte delle persone. Gli altri fanno da specchio ai nostri irrisolti, a volte inconsapevoli e li portano alla luce facendo vacillare sicurezze ed equilibri psicologici abituali. Possono anche creare dinamiche conflittuali, che nella coabitazione diventano più rilevanti che in un contesto in cui si può scegliere come e quando incontrarsi.

La vita in comune inoltre può rendere difficile mantenere un confine definito tra la propria sfera emotiva individuale e quella degli altri, che può portare ad accumulare emozioni senza avere tempo e spazio sufficiente per elaborarle ed in certi casi ad un burn out emotivo.

Un altro fattore di stress può essere la responsabilità di portare avanti un progetto complesso con obiettivi ambiziosi, senza una distinzione chiara tra “lavoro” e tempo di svago e rilassamento.

Un’ultima considerazione riguarda più strettamente la cura della salute fisica. In alcune comunità c'è una visione molto critica della medicina convenzionale a favore di cure naturali e olistiche. In alcuni casi questa scelta radicale può portare e ha portato evitare o rimandare terapie poi rivelatesi necessarie e non sostituibili con altre non convenzionali.

E’ importante però evidenziare che questa complessità relazionale ed emotiva nelle comunità viene vissuta anche come un’opportunità. Grazie a strumenti come il co-ascolto, il cerchio empatico, le facilitazioni, le mediazioni nei conflitti, la comunicazione nonviolenta ed altri ancora, il disagio relazionale e il conflitto diventano spesso occasioni di crescita personale, verso una maggiore conoscenza e integrazione dei nostri lati di luce e di ombra, e più consapevole capacità di gestione emotiva. Il che può portarci, infine, ad una maggiore intimità con noi stessi e con gli altri.

4. Reti e progetti comunitari: la Rete Italiana dei Villaggi Ecologici (RIVE)

Molte delle esperienze qui descritte - ma non tutte - sono parte di una rete organizzativa che in Italia prende il nome di RIVE - Rete Italiana dei Villaggi Ecologici. RIVE è un’Associazione di Promozione Sociale che ha l’obiettivo di promuovere e coordinare l’azione di ecovillaggi ed altre comunità intenzionali, favorire la collaborazione ed il supporto reciproco, contribuire allo sviluppo e alla diffusione della cultura comunitaria e rigenerativa.

Come si è già detto, i progetti comunitari intenzionali hanno ispirazioni, dimensioni, collocazioni e obiettivi diversi. Possono quindi aderire a RIVE le comunità che: 1) sono composte da un numero minimo di persone (variabile a seconda dei casi) che vivono in uno o più spazi abitativi limitrofi, in città o in aree rurali; 2) dedicano almeno una parte del proprio tempo alla vita in comune e a progetti condivisi; 3) si dedicano ad almeno una delle già citate dimensioni della sostenibilità di Gaia Education.

Sono circa 80 le comunità che fanno parte della rete, distribuite soprattutto nel centro-nord della penisola[6]. Segnaliamo che alcune comunità, pur potendo far parte della rete, scelgono di non farlo, normalmente perché assumono una posizione politica più radicale (di solito di stampo anarchico) che predilige un'azione slegata da un'ottica di collaborazione con altri soggetti politico-istituzionali.

Inoltre, RIVE è composta anche da tanti soci sostenitori individuali, che sostengono il movimento, e spesso forniscono un contributo decisivo per realizzare le attività dell'associazione.

La missione principale di RIVE è quella di sostenere e diffondere valori e pratiche di sostenibilità, di salvaguardia del pianeta e contrasto alla crisi ambientale, di cooperazione e solidarietà, di partecipazione democratica effettiva, di educazione alla pace. Il principale veicolo di questa missione è il Raduno Estivo RIVE, un evento ricreativo e formativo aperto al pubblico, che attira circa 300 persone ogni anno, e accoglie le comunità e i progetti ecologici che offrono conferenze e laboratori, spazi di discussione e celebrazione. L'associazione organizza anche diverse attività formative e culturali, e offre supporto ai propri membri e ai terzi su diversi ambiti, dalla comunicazione non-violenta alla permacultura, dalla sociocrazia[7] all'alfabetizzazione emotiva, dalla facilitazione alle tecnologie appropriate. Le attività sono organizzate anche all'interno di progetti internazionali, in particolare quelli del programma educativo Erasmus+[8], che offre opportunità di crescita, formazione e scambio culturale a molti giovani e adulti vicini a RIVE.

Insieme ad altri partner, RIVE è coinvolta anche in attività di stampo politico, fra cui possiamo citare il «Disegno di Legge per il riconoscimento delle comunità intenzionali»[9], recentemente ripresentato in Parlamento,

[6]Negli ultimi tempi, a seguito della crescita di interesse verso queste esperienze di vita, si è formato dentro RIVE un gruppo di lavoro, chiamato RiveSud, dedicato proprio alla promozione di progetti comunitari nel Sud Italia.

[7]https://www.sociocracyforall.org/.

[8]https://erasmus-plus.ec.europa.eu/.

[9]https://www.terranuova.it/news/ecovillaggi-e-cohousing/riconoscimento-e-disciplina-delle-comunita-intenzionali.

che mira a dare dignità giuridica e un inquadramento normativo alle diverse forme di esperienze comunitarie.

5. Le reti internazionali e SALUS Network

La RIVE non è un organismo isolato, ma fa parte di una rete globale di comunità intenzionali e progetti ecologici, GEN Global Ecovillage Network[10]. Il GEN si estende sui 5 continenti, raggruppando circa 5.000 membri; la sua sezione europea, GEN Europe, conta circa 700 comunità, ed è attiva in iniziative e progetti europei in ambito formativo ma anche di innovazione e ricerca (attraverso soprattutto il programma Horizon[11]). Insieme a GEN Europe, RIVE ha costruito il programma formativo europeo per lo sviluppo di iniziative comunitarie CLIPS (Community Learning Incubator Programme for Sustainability)[12], che fornisce strumenti pratici e teorici per costruire progetti comunitari sostenibili e resilienti nel tempo.

RIVE è anche membro di Ecolise[13], una rete europea di «iniziative a base comunitaria» (ecovillaggi, cohousing ma anche centri di permacultura, progetti di attivismo locale, orti urbani, ecc.) che si occupa di promuovere la cultura comunitaria ed ecologica sul piano politico, attraverso attività di formazione e di advocacy con le istituzioni locali, nazionali e con l'Unione Europea. Fra le iniziative recenti di Ecolise, possiamo citare il Policy Paper sulla nuova Politica Agricola UE (Reclaiming the Future of Food, 2025)[14], ed un Programma di ricerca e Manifesto sull'attuale, profonda crisi abitativa e sui modelli abitativi sostenibili (European Manifesto to Lead the Way out of the Housing Crisis, con Housing Europe, 2024)[15].

Una considerazione a parte, per concludere, merita SALUS Network[16], organizzazione internazionale che, nel contesto di una prospettiva progettuale comunitaria ed ecologica, ha come oggetto direttamente la salvaguardia della salute e del benessere delle persone.

Nata nel 2019 per impulso dell'ecovillaggio Lumen (in provincia di Piacenza) e dalla sua lunga esperienza in naturopatia e pratiche medicinali tradizionali, SALUS è una rete di oltre 40 organizzazioni presenti in 9 paesi europei, che si pone l'obiettivo di porre la promozione della salute e della sostenibilità ambientale al centro delle politiche europee, valorizzando il ruolo

[10] https://ecovillage.org/.
[11] https://research-and-innovation.ec.europa.eu/.
[12] https://clips.gen-europe.org/
[13] https://ecolise.eu/.
[14] https://ecolise.eu/publications/reclaiming-the-future-of-food-community-pathways-to-resilience-justice-and-regeneration/
[15] https://www.housingeurope.eu/european-manifesto-to-lead-the-way-out-of-the-housing-crisis/.
[16] https://www.salusnetwork.eu/.

della naturopatia e delle pratiche medicinali tradizionali (cinese, ayurvedica ed europea/mediterranea)[17].

Alla base dell'azione della rete sta la convinzione che uno stile di vita sano, una corretta alimentazione e l'utilizzo di rimedi naturali stimolino la capacità di conservazione e autoguarigione del corpo, costituendo quindi un fattore di prevenzione fondamentale per il benessere e la salute. E giova precisare che la dimensione comunitaria dell'esistenza è uno dei tratti stilistici considerati benefici per la persona. I principi che muovono SALUS sono quindi tre «mutamenti di prospettiva»:

1. Affiancare al trattamento delle malattie la promozione attiva della salute;
2. Affiancare all'intervento settorializzato un approccio olistico e integrato;
3. Affiancare al finanziamento delle cure il finanziamento della vita salutare e duratura.

Su queste fondamenta, SALUS Network coordina e promuove l'azione delle organizzazioni europee incentrate sulle discipline olistiche per la prevenzione della salute, intraprendendo attività di formazione e ricerca, da un lato, e attività di sensibilizzazione politica e advocacy a livello nazionale ed europeo. In particolare, l'associazione è attiva su diverse iniziative legislative in tema di medicina tradizionale, stili di vita e comunità. Fra le iniziative recenti, menzioniamo qui il Policy Paper sulla sulla «Traditional European Medicine» (TEM) del 2025[18], e la creazione, nel 2024, di un Intergruppo per la Promozione della Salute incardinato presso il Parlamento Italiano[19].

[17] Fra di esse ricordiamo, a titolo puramente esemplificativo, discipline quali fitoterapia, riflessologia, iridologia, pulsologia, terapie termali.

[18] https://www.salusnetwork.eu/tem-forum-2025/.

[19] https://www.salusnetwork.eu/intergruppo-italia-2024-2027/.

12. Il disagio giovanile

Franco Nanni

PSICOLOGO E SOCIOLOGO, SOCIO FONDATORE DI “SOS CRESCERE”.

Immaginiamo che in una «realtà parallela» accada un fatto strano... un misterioso decreto stabilisce che:

- Per ogni nuova nascita o adozione: 24 mesi di congedo parentale
- Istituite figure-guida alla genitorialità
- Nido non prima dei 18 mesi, non più di 6 ore/giorno
- Scuola infanzia: gioco libero per non meno del 60% del tempo didattico
- Almeno 50% del gioco libero all’aperto
- Divieto d’uso autonomo/incontrollato dei device elettronici fino ai 14 anni, poi:
- Videogame max 3 ore/settimana (è così in Cina dal 2021. https://is.gd/yamanu)
- Vietati i social network basati su algoritmi
- Vietati i videogame violenti/criminali
- Sport agonistici non prima dei 16 anni
- Scuole aperte il pomeriggio LU-VE anche nella stagione estiva con spazi gestiti anche sociali e ricreativi
- Durante le scuole aperte uso possibile di spazi all’aperto
- L’intero sistema dell’educazione/istruzione (dall’infanzia all’università) diviene un corpo indipendente dello Stato (sul modello della Magistratura)
- Esclusa ogni ingerenza di interessi privati nel sistema dell’istruzione.
- Abolito l’Istituto INVALSI e l’uso di prove standardizzate in genere
- Creazione di un Istituto Centrale Pedagogico (ICP) autonomo e indipendente da altri poteri e da stakeholder economici.
- Orari scolastici frontali non superiori a 25 ore/settimana e 5 ore/giorno
- Classi di 15, max 20 alunni/e
- Istituita la figura del pedagogista d’istituto (in organico ICP) con funzione di controllo in itinere della qualità didattica
- Non permesso l’anticipo scolastico

- Abolito il voto numerico per tutta la scuola dell'obbligo
- Aboliti i compiti a casa nella scuola primaria
- Controllo rigoroso della pressione temporale a scuola e a casa
- Le scuole devono dotarsi di spazi laboratoriali:
  - Scientifici
  - Tecnici (scuole superiori)
  - Ricreativi (musica, arte, teatro, ecc)
- Attività all'aria aperta non meno del 10/20% tempo-scuola
- Attività in laboratorio non meno del 10/20% tempo-scuola

Ipotesi surreali?

Forse.

Vediamone i presupposti: iniziamo ricordando che lo sviluppo psico-neurologico di un nuovo individuo è un processo insieme biologico, relazionale e socioculturale.

Appena partorito il neonato incarna aspettative in larga parte biologicamente determinate, ma storico e socioculturale è il modo di soddisfarle (o anche di ignorarle). La ricerca di vicinanza e attenzioni da parte del caregiver («attaccamento») ha una fondamentale importanza nel successivo sviluppo psicologico. L'attaccamento è un sistema di motivazioni e comportamenti altamente flessibile ma lambirne o superarne i margini comporta importanti conseguenze negative sulla vita futura dell'individuo (autoregolazione emotiva, adattamento sociale, relazioni, motivazione e apprendimento).

Nella prima e seconda infanzia si costruiscono e consolidano le basi cognitive e emotive della vita della persona. Hanno luogo processi altamente complessi e flessibili, ma il superamento dei loro margini di flessibilità comporta rischi di **disorganizzazione.**

La nostra civiltà ha delegato al mercato non solo la gestione degli ambiti strettamente economici, ma anche le scelte in ambito educativo, scolastico, pedagogico, tecnologico, medico, e in quasi ogni ambito della cultura e della ricerca scientifica. E non basta mai: non passa giorno senza che qualcuno invochi per un qualche settore una maggiore presenza e influenza dei privati, delle imprese, del privato sociale, del «territorio»...

Un bambino di oggi cresce immerso in una fitta rete di rappresentazioni del mondo, ma gran parte di queste rappresentazioni è generata, gestita o promossa da istanze di tipo economico. Sempre meno presente è l'esempio vivente prossimale, evanescenti sono ormai le forme di comunità locali, il tutto scalzato da esperienze vicarie su web e social network. Alla pedagogia,

alla psicologia dello sviluppo e alle neuroscienze viene riservato un ruolo ancillare e subalterno al dominio economicistico. I bisogni del bambino e dell'adolescente sono considerati solo in qualità di «ganci motivazionali» su cui far leva per conseguire scopi di mercato. La rete di rappresentazioni del mondo che circolano nella società odierna è relativamente coerente rispetto a fini economici, ma sono fini evidentemente estranei e disorganici rispetto ai processi di integrazione del cervello-mente e della socializzazione.

Il cervello-mente delle nuove generazioni è dunque primariamente terreno di conquista dell'economico. Questo passaggio è stato accompagnato da lunghi e complessi processi culturali che hanno modificato lo status dell'individuo e dei suoi scopi. Le società neoliberiste contemporanee sottendono una sorta di meta-messaggio implicito, che solo talvolta viene anche verbalizzato:

- La società non ha bisogno di te. Sei tu a doverti fare spazio in essa in concorrenza con gli altri (non c'è posto per tutti), e sappi che potresti fallire.
- Fare una famiglia è una *tua* scelta, come lo è fare figli, ecc. Tutto è una *tua* scelta, e sappi che potresti sbagliare. Ciò che sceglierai sarà comunque una *tua* responsabilità.
- Autorealizzati, diventa te stesso. Qualunque cosa significhi, sei *tu* che devi saperlo, eventualmente consultando le rappresentazioni sociali che la società ti fornisce, e in ogni caso sei *tu* a prenderti la responsabilità di decidere cosa significa *autorealizzarti.*
- Una volta che avrai scelto la tua via di autorealizzazione chiediti costantemente se ce la farai. Non c'è davvero altro che conti, che drammaticamente conti come *farcela.*
- Questa società pseudo-permissiva in realtà prescrive all'individuo non più un *modo di agire* ma *un modo di essere.*
- I nuovi nati si trovano così pressati tra prescrizioni incompatibili: intraprendenti ma obbedienti, teneri ma duri, autonomi ma a modo nostro.

Consideriamo i nati dal 2005 in poi: i loro genitori sono mediamente nati dal 1970 in poi. Anch'essi sono intrisi dei medesimi principi, il che li rende genitori fragili, dubbiosi e insicuri. Né convintamente permissivi né autoritari, oscillano pericolosamente tra i due poli a seconda delle circostanze. Hanno sempre meno tempo per i figli ma non sanno cosa pensarne: sbandano dalla colpa alla fiera autonomia, sobillati da messaggi contraddittori provenienti da giornalisti, pedagogisti, influencer e altre fonti. I genitori d'oggi, immersi nella società degli allarmi (molti dei quali pienamente giustificati), vedono il

mondo come un luogo ostile e pericoloso nel quale bisogna entrare dotati di armi caratteriali, muscolari, intellettuali e forse di più. Nasce così il genitore strabico: con un occhio guarda un mondo che preoccupa anche lui stesso, con l'altro occhio guarda i figli domandandosi tormentosamente se ce la faranno.

L'utilizzo (per molte ore al giorno) di device connessi al web da parte di bambini e adolescenti comporta imponenti conseguenze negative sull'umore, sull'attenzione, sul sonno, sulla motivazione e in generale sulla salute mentale. Dopo 1 ora/giorno di utilizzo, più ore al giorno di utilizzo quotidiano dello schermo sono state associate a:

- minore benessere psicologico
- minore curiosità
- minore autocontrollo
- maggiore distraibilità
- maggiore difficoltà a fare amicizia
- minore stabilità emotiva
- maggiore difficoltà di cura e incapacità di completare le attività

Ragazzi di età compresa tra 14 e 17 anni utilizzatori elevati di schermi (7+ ore/giorno confrontati con utilizzatori al di sotto di 1 ora/giorno) avevano (negli ultimi 12 mesi) probabilità più che doppie di:

- ricevere una diagnosi di depressione (+probab. x 2,39)
- una diagnosi di ansia (x 2.26)
- di essere curato da un professionista della salute mentale (x 2.22)
- assumere farmaci per un problema psicologico o comportamentale (x 2.99)

(Twenge, Jean M, and W Keith Campbell. «Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study.» Preventive medicine reports vol. 12 271-283. 18 Oct. 2018)

Anche l'utilizzo massivo di videogiochi, gran parte dei quali hanno contenuti esplicitamente violenti, non è privo di conseguenze inquietanti che la ricerca ha individuato sinteticamente in:

- Innesco e disinibizione di impulsi aggressivi preesistenti
- Promozione di uno stile cognitivo aggressivo
- Diminuzione dell'empatia

- Disumanizzazione delle vittime
- Aumento del livello di stress fisiologico
- Incremento della «hostile attribution bias», cioè la frequenza con cui si attribuiscono agli altri intenzioni ostili in realtà inesistenti.

In conclusione: che fare allora? Prima di tutto, abbandoniamo l'illusione che tutto ciò che va perso in nome del profitto e del predominio dell'interesse economico possa essere recuperato con qualche ora (scolastica) di «educazione-a-qualcosa». Occorre prevenire, e seriamente. Forse potremmo dare una chance di successo alle «surreali» proposte esposte all'inizio...

13. Disagio giovanile o... declino di una civiltà

Franco Nanni

Lo sviluppo psico-fisico di un individuo non avviene nel vuoto, ma in una serie di macro-contesti: (Bio)Chimici, Relazionali, Culturali, Esperienziali, Epigenetici, Politico-economici. Se consideriamo la vastità di questi contesti e delle loro implicazioni, sorgono tante possibili domande sui rischi psico-neurologici di coloro che crescono in un ambiente culturale fortemente deformato e deformante (ad es. gli algoritmi di *social* come TikTok), esposti ad allarmi continui (clima, guerra, malattie, crisi...), a inquinanti, a sostanze con sospetta (e talvolta certa) neurotossicità, a modalità di accudimento e ambiti di vita sempre più poveri di contatti personali *vis-a-vis*, trascorrendo ore e ore sui *device* connessi al *web*, in un ambiente sociale, economico e politico sempre più piegato alle sole esigenze del mercato e non di principi pedagogici e bisogni di altro tipo, e infine in una cultura estrema della «scelta» che finisce per iper-responsabilizzare un individuo sempre più in ansia. Cosa implica crescere in questo modo? Ne sappiamo poco, e non abbiamo certezze al riguardo. E quand'anche ci fossero, risolverle implicherebbe cambiamenti economici e sociali talmente radicali da rendere la riuscita assai improbabile.

Il cosiddetto disagio giovanile non è dunque un evento accidentale ma un prodotto dei contesti nei quali lo sviluppo del bambino ha luogo. Non abbiamo molto altro da fare che prenderne atto e fare i conti con questa nuova realtà, tentando di modificare ciò che realisticamente è possibile.

14. Testimonianze dalla Scuola. Una docente racconta

Elena Roberta Astore

DOCENTE DI SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

L'inizio dell'anno scolastico è sempre contraddistinto da emozioni contrastanti, da pensieri e azioni: c'è la felicità di rivedere i ragazzi e ragazze, osservare i loro cambiamenti che d'estate arrivano in modo repentino, riprendere la relazione educativa e riprendere il contenuto didattico, verificare quali abilità, conoscenze e competenze hanno acquisito; ma c'è anche la paura di non riuscire a creare una relazione educativa con alcuni di loro, paura per i ragazzi e ragazze che arrivano nella Scuola Secondaria di I Grado per la prima volta; c'è stanchezza e poca fiducia che la scuola possa ancora fare la differenza nella comunità educante.

Con il passare del tempo l'ingenuo entusiasmo di un'insegnante di trent'anni in classe comincia a vacillare e la testa è appesantita da molti fardelli: disillusioni, una immagine sociale negativa del docente, l'incapacità della scuola di essere quell'ascensore sociale che dovrebbe portare un miglioramento a coloro che la frequentano, e infine il disagio giovanile che irrompe sempre più precocemente nella scuola. Il disagio non è più emergenza ma fatto organico di una società che non guarda i ragazzi come *Sapiens* in via di sviluppo che hanno bisogni speciali.

Mentre si porta il peso di questi fardelli arrivano le riunioni e gli adempimenti burocratici, che con il tempo diventano un ulteriore peso e non una risorsa per migliorare. Le riunioni sono necessarie, soprattutto quelle di inizio anno, perché se ben condotte servono per la progettazione didattica e anche per la condivisione di idee. Il passaggio di informazioni e condivisione di buone pratiche è un ottimo modo per cominciare l'anno scolastico; qualche volta è necessario leggere «carte» relative a diagnosi con i loro numeri ed etichette che poco hanno a che fare con le vite dei ragazzi e ragazze. Numeri ed etichette spesso diventano «casi».

Il mio racconto inizia qui, quando mi è capitato il «caso difficile», quello ritenuto da tanti, forse, impossibile; leggo la diagnosi, ascolto i racconti «apocalittici» delle maestre. Pur essendo preparata, motivata e armata di ottimismo, questa volta il mio primo incontro con «il caso» è disastroso. Durante l'attività di accoglienza ascolto i ragazzi e le ragazze, le loro paure e aspettative; mentre facciamo il giro della scuola proviamo a conoscerci, ma

Elsa (nome di fantasia) risponde male, non racconta o lo fa non rispettando il turno, vuole uscire, parla a sproposito, vuole qualcosa ma anche la cosa opposta, la lista delle intemperanze è lunga e la mia disperazione è già al colmo. Passano i giorni e lei continua ad invadere spazi non suoi, il gruppo classe è sequestrato dai suoi bisogni... mi trovo a pensare: «Come faccio? L'anno è appena iniziato!».

In casi come questi serve formazione e ricerca di informazioni. Tutti i manuali sono utili e un docente deve ricorrere sempre alla ricerca di informazioni per mettere in atto protocolli adeguati. Ma sempre più spesso mettere in pratica il protocollo non basta: qui non si tratta di cucinare un piatto elaborato seguendo la ricetta. In questo caso difficile ho utilizzato qualcosa che è insito nella nostra essenza di umani: intessere una relazione fatta di sguardi, di contatti e di parole come «mi importa di te», «a noi, gruppo classe, interessa che tu stia bene». Ogni giorno quindi il messaggio è «mi importa di te», mi interessa se impari qualcosa perché penso che possa servirti, mi interessa se stai bene perché così stiamo bene tutti. Ti vedo e sento ciò che provi, non siamo arrabbiati se ti comporti male ma solo dispiaciuti perché sei a disagio... Agire in questo senso ha prodotto risultati positivi: Elsa, pur con un disturbo importante del comportamento, ha progressivamente regolato meglio il suo agire anche in assenza di rinforzi estrinseci. Sentirsi pensata dall'adulto di riferimento non è stato un semplice sentimento, ma ha costituito per Elsa un incentivo relazionale efficace. Utilizzando con costanza queste modalità di azione l'anno è terminato e la disperazione iniziale, grazie a letture, corsi, master, buon senso ma soprattutto messaggi impliciti ed espliciti sull'importanza che per me ha Elsa, è diventata leggerezza, una specie di felicità.

Ci sono anni in cui arrivano i disturbi d'ansia, l'autolesionismo, i disturbi alimentari, il mutismo selettivo. Sfide dove non sempre si vince. Avere a che fare con questi disagi è intrinsecamente difficile, e per di più non si è per niente preparati.

Un giorno, di fronte ad un gesto inconsulto nella solitudine di un bagno scolastico, l'istinto mi ha guidato verso una svolta. La scena iniziale è quella di un'insegnante che piangendo abbraccia quell'alunna dicendole: «non permetterò mai che tu ti faccia del male, non puoi farmi questo, ho paura, ti voglio bene, non farmi questo». Si potrebbe facilmente obiettare che sono parole che può dire una madre o un'amica, non un'insegnante formata a stare con alunni e alunne e con cui **deve** instaurare un rapporto asimmetrico. Fuori da ogni protocollo ho così abbandonato «malamente» il ruolo del docente, ma accade qualcosa di sorprendente: quel gesto risolve la situazione drammatica e addirittura si arriva ad accennare un sorriso.

Così, dopo aver asciugato le lacrime, si torna in classe a fare lezione come se niente fosse. Però, una volta tornata a casa, per me comincia l'ansia del «fuori protocollo», poiché non c'è nessun manuale che prescriva il comportamento che ho tenuto. Ciò mi spinge a consultare i professionisti di riferimento del caso, a cui relaziono l'accaduto: le loro parole risuonano come una assoluzione, ma la vera assoluzione è stata il salto di qualità della relazione con l'alunna, relazione che da quel momento in poi ha compiuto tanti piccoli passi sempre in avanti.

La vita di una docente può essere facilitata se nella scuola dove insegna esistono buone pratiche che vengono condivise. Il nostro istituto tra i suoi progetti ha il teatro. Un progetto che si realizza da 40 anni e che aiuta i ragazzi a mettere in gioco le loro emozioni attraverso il corpo, la relazione tra i corpi, dapprima diretta e poi mediata dalle parole. In questo modo imparano a dare un nome alle emozioni e condividerle. Quell'anno avevo di fronte una classe bloccata dalla paura, che non mostrava coraggio neanche nell'affrontare verifiche o la fatica dello studio. Nell'ambito dell'attività teatrale la classe decide di affrontare quell'emozione e metterla in scena. Dopo quell'esperienza sarebbe stato bello poter dire: ora che abbiamo vinto la paura tutti a studiare e con profitto, bello ma irrealistico. Tuttavia ho assistito al graduale rinsaldarsi della mia relazione didattica, poiché da quel momento, di fronte ad una loro mancanza, mi era chiaro che non significava «non voglio fare» ma «ho paura di fare». Alla fine dell'anno scolastico, dopo gli esami di terza media, al netto di tante sconfitte e poche vittorie, porto a casa il ricordo di momenti emozionanti che spesso immortalo in immagini fotografiche. Immagini che anche ora, nel raccontarle, mi appaiono alla mente e mi fanno amare questo mestiere.

Bisogna

andare da quelli

che hanno le corazze più sottili,

I visi

più sbattuti.

Bisogna guardarli

e dire:

a me importa.

(Aino Suhola)

15. Il tempo negato: attesa, disuguaglianze e povertà sanitaria nel Servizio Sanitario Nazionale

Rossana Di Renzo

CITTADINANZATTIVA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Quando l'attesa diventa disuguaglianza

Il titolo originariamente attribuito a questo contributo – *Perché non accada ad altri* – richiama un principio fondativo dell'azione di Cittadinanzattiva: le difficoltà di accesso ai servizi sanitari, quando assumono carattere sistemico, non possono essere interpretate come episodi individuali o accidentali, ma devono diventare oggetto di analisi pubblica e di responsabilità collettiva. Ciò che accade ad alcuni non può essere accettato come destino inevitabile per altri.

Tra i temi più ricorrenti nelle segnalazioni di cittadini e cittadine, uno emerge con particolare forza: l'attesa.

Nel dibattito sui determinanti socio-economici della salute, l'attenzione si concentra tradizionalmente su fattori quali reddito, istruzione, condizioni abitative, ambiente o stili di vita. Meno visibile, ma altrettanto incisiva, è una variabile che attraversa silenziosamente tutte le altre: **il tempo, e in particolare il tempo dell'attesa sanitaria**.

Nel Servizio Sanitario Nazionale l'attesa non può più essere ricondotta a una mera inefficienza organizzativa. Essa si configura sempre più come una barriera strutturale all'accesso alle cure, capace di produrre disuguaglianze profonde e di trasformare un diritto universalmente riconosciuto in un'esperienza selettiva e differenziata. In questo senso, il tempo assume progressivamente i tratti di un vero e proprio determinante socio-economico della salute.

Il tempo dell'attesa non è neutro.

È tempo sottratto alla diagnosi, alla prevenzione, alla continuità assistenziale e alla relazione di cura. Il suo peso grava in modo diseguale sulle persone, in base alle risorse economiche, culturali, sociali e familiari di cui dispongono. Analizzarne il ruolo significa interrogarsi non solo sull'efficienza del sistema sanitario, ma sulla sua equità e sulla capacità

di garantire che il diritto alla salute non venga progressivamente eroso da meccanismi impliciti di selezione.

Il tempo di cura come determinante di salute

Il tempo nel percorso di cura non può essere ridotto a una semplice misura quantitativa. Esso comprende il tempo dell'ascolto, della comprensione delle informazioni, dell'elaborazione delle decisioni, dell'accompagnamento e della continuità assistenziale. Quando le liste d'attesa si dilatano fino a mesi o anni, questa qualità del tempo viene progressivamente annullata.

Il ritardo diagnostico, l'interruzione dei percorsi, la frammentazione delle prestazioni e l'assenza di un tempo adeguato di relazione incidono direttamente sugli esiti di salute. La cronicità si aggrava, la possibilità di prevenire si riduce, la capacità delle persone di partecipare consapevolmente alle decisioni di cura viene compromessa.

Non è un caso che, a fronte di un aumento dell'aspettativa di vita complessiva, la speranza di vita in buona salute abbia registrato una flessione, scendendo a 59,2 anni nel 2023 rispetto ai 60,1 del 2022. Si vive più a lungo, ma si trascorrono più anni in condizioni di malattia, disabilità o non autosufficienza. Questo fenomeno ha un impatto crescente non solo sul Servizio Sanitario Nazionale, ma sull'intero sistema di welfare e sulle famiglie.

Il tempo opportuno della cura è cruciale nella prevenzione, nella diagnosi precoce e nella gestione delle decisioni cliniche complesse, come quelle legate alla cronicità avanzata o al fine vita. Quando il «tempo giusto» viene perso, le conseguenze non sono soltanto cliniche: diventano sociali, economiche e relazionali.

Il tempo della cura si configura così come un determinante di salute e un indicatore di giustizia sociale.

Rinunciare alle cure: la sanità per censo

L'attesa produce una selezione implicita.

Chi dispone di risorse economiche sufficienti può acquistare tempo nel settore privato; chi non le ha, è costretto ad attendere o a rinunciare alle cure. I dati disponibili restituiscono un quadro ormai strutturale:

- il 7,6% dei nuclei familiari dichiara di aver rinunciato almeno una volta a prestazioni sanitarie ritenute necessarie;
- in termini assoluti, circa 6,5 milioni di cittadini rinunciano alle cure, di cui 4,5 milioni per motivi economici e 2 milioni per motivi legati al carico di cura;

- il 23,1% delle famiglie mantiene un equilibrio finanziario solo rinunciando alle prestazioni sanitarie.

La rinuncia alle cure non rappresenta più un evento marginale o eccezionale, ma un meccanismo sistemico. Ne deriva una progressiva affermazione di una sanità per censo, in cui il diritto alla salute dipende dalla capacità di sostenere economicamente i costi o di sopportare l'attesa. L'universalismo del SSN risulta così formalmente intatto, ma sostanzialmente selettivo.

Povertà sanitaria: oltre la mancanza di reddito

La povertà sanitaria non può essere ridotta alla sola dimensione economica, che pure incide in modo significativo. Essa è una condizione multidimensionale che comprende:

- barriere geografiche e territoriali,
- difficoltà di accesso ai servizi pubblici,
- minore alfabetizzazione sanitaria,
- isolamento sociale e fragilità relazionali.

In questo quadro, l'attesa sanitaria svolge un ruolo centrale. Non è un effetto collaterale del sistema, ma uno dei principali generatori di povertà sanitaria. Lo dimostra anche l'aumento dell'8,4% delle richieste di farmaci al Banco Farmaceutico, segnale di un disagio crescente nell'accesso ai beni sanitari essenziali.

Il tempo dell'attesa agisce come un moltiplicatore delle disuguaglianze: amplifica le fragilità preesistenti e ne crea di nuove, rendendo sempre più difficile interrompere il circolo vizioso tra malattia, impoverimento e rinuncia alle cure.

Risorse insufficienti e cronicizzazione

Il problema delle liste d'attesa non è soltanto organizzativo. È strutturale.

Il Servizio Sanitario Nazionale opera in un contesto di risorse inadeguate rispetto al fabbisogno di cura. Nonostante l'aumento previsto della spesa pubblica fino a 151,6 miliardi di euro nel 2027, l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL rimarrà stabile intorno al 6,4% fino al 2028, segnalando un disinvestimento relativo.

A questo si aggiunge il peso crescente della cronicizzazione, che assorbe circa 65 miliardi di euro all'anno. Un costo che non è inevitabile, ma che riflette l'incapacità di investire in prevenzione, diagnosi precoce e continuità assistenziale. Le liste d'attesa non sono solo una conseguenza di questo modello: ne sono parte integrante, contribuendo a ritardare gli interventi e a rendere più complessi e costosi i percorsi di cura.

Il tempo della cura come esperienza vissuta

L'attesa non riguarda solo il numero di giorni o mesi che separano una richiesta dalla prestazione. Riguarda la qualità dell'esperienza di cura. Un percorso efficace richiede tempi «spalmati» e distribuiti: tempo per comprendere, tempo per decidere, tempo per integrare la cura nella propria vita quotidiana.

Quando questo tempo viene meno, la cura si riduce a una sequenza di prestazioni disgiunte, incapaci di rispondere ai bisogni reali delle persone. La perdita del tempo opportuno trasforma la cura in un'esperienza frammentata e spesso traumatica, aumentando la distanza tra sistema sanitario e cittadini.

Caregiver familiari: il tempo scaricato sulle famiglie

Quando il sistema non garantisce tempi adeguati di cura, il carico viene trasferito sulle famiglie e, in particolare, sui caregiver familiari. Essi rappresentano la forma più evidente di «**tempo spalmato**» lungo il percorso di cura: un tempo che supplisce alle carenze del sistema, ma che resta largamente invisibile e non riconosciuto.

Nel nuovo Ddl proposto dalla ministra Locatelli sui caregiver familiari, che dice più di qualsiasi relazione tecnica, più di ogni commento politico, più di tutte le promesse di riforma degli ultimi vent'anni: almeno **91 ore**, per prestare cura.

Le **91 ore** non sono un parametro scientifico, non sono una soglia epidemiologica, non sono una valutazione medica. Sono il criterio con cui lo Stato italiano decide chi è caregiver e chi non lo è.

La parte più inquietante della soglia delle 91 ore non è tecnica: è culturale.

Una legge che restringe, che definisce, che setaccia, che mette soglie, che misura l'assistenza in ore, non sta riformando, sta selezionando con un unico criterio: **il tempo**.

In questo modo la cura diventa un sacrificio individuale, spesso femminile, che non hanno tempo per curarsi generando milioni di «pazienti nascosti»: caregiver che si ammalano mentre assistono.

Il tempo come questione di giustizia

L'attesa sanitaria non è una variabile tecnica. È una questione di giustizia sociale.

Decidere come viene distribuito il tempo di cura significa decidere chi accede alla salute e chi ne resta escluso, chi può prevenire la malattia e chi ne subisce le conseguenze, chi viene sostenuto e chi lasciato solo.

La cura non può essere misurata esclusivamente in prestazioni erogate.

Si misura anche nel tempo restituito alle persone: un tempo appropriato, distribuito e condiviso, che consente di comprendere, scegliere e vivere la cura con dignità.

Oggi più che mai, il tempo è salute.

Bibliografia

Arcadi P., Bobbio M., et al. (2023). *I gatti della signora Augusta e altre storie di cura sobria e rispettosa*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Banco Farmaceutico (2025). *Rapporto sulla povertà sanitaria e l'accesso ai farmaci essenziali*. Milano: Banco Farmaceutico.

CREA Sanità – Spandonaro F., D'Angela D., Polistena B. (2022). *Senza riforme e crescita. SSN sull'orlo della crisi*. 18° Rapporto Sanità. Roma: CREA Sanità.

ISTAT (2024). *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.

Marmot M., Allen J., Goldblatt P., Boyce T., McNeish D., Grady M., Geddes I. (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review*. London: The Marmot Review.

Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità (2025). *Indicatori di salute e disuguaglianze territoriali*. Roma: Ministero della Salute.

OCSE (2023). *Health at a Glance: Europe*. Paris: OECD Publishing.

OMS – Commission on Social Determinants of Health (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.

Spinsanti S. (2017). *Morire in braccio alle Grazie. La cura giusta nell'ultimo tratto di strada*. Roma: Il Pensiero Scientifico.

Trieste S., Marchetti M. (2021). *Caregiver familiari: il lavoro invisibile*. Roma: Carocci.

16. Vivere in un mondo chimico

Leopoldo Magelli

MEDICO DEL LAVORO, PRIMO PRESIDENTE DELLA "SOCIETÀ NAZIONALE OPERATORI DELLA PREVENZIONE"

Negli Annali dell'Accademia delle Scienze di New York del 1988 compare un contributo di Antonio Moccaldi, direttore dell'ISPESL, dal titolo «LIVING IN A CHEMICAL WORLD», in cui si tratta della presenza ormai ubiquitaria (40 anni fa, figuriamoci oggi!) di sostanze chimiche naturali e sintetiche nel nostro ambiente. La parola chiave a mio avviso è «ubiquitaria»: agenti chimici li troviamo nei prodotti di consumo (dai cosmetici ai giocattoli agli abiti ...), nei cibi, nelle bevande, nell'acqua, nell'aria, nei luoghi di lavoro, nell'agricoltura, nei generi voluttuari, ovviamente in campo medico, e sono legati alla mobilità, all'energia, al<la climatizzazione ... Quindi il rischio da agenti chimici, ed il ruolo di determinanti dello stato di salute della popolazione, è assolutamente trasversale e universale (e non parlerò, visti i giorni che stiamo vivendo, del loro impiego deliberato, o come conseguenza ineluttabile del loro impiego deliberato, nelle guerre).

Sicuramente oggi gli agenti chimici sono uno dei determinanti di benessere e di salute (in positivo o in negativo) più importanti, e non solo da adesso, anche se negli ultimi decenni acquistano sempre più peso, anche perché migliaia di nuove sostanze chimiche vengono registrate ogni anno (solo per dare un numero il registro CAS – Chemical Abstract Service- nel 2024 identificava oltre 158 milioni di sostanze organiche e inorganiche, e viene aggiornato quotidianamente con l'aggiunta di circa 15.000 nuove sostanze al dì !)

Non è certo un fenomeno nuovo e recente, perché da tempo conosciamo il peso del rischio chimico come determinante di salute. Voglio ricordarvi uno dei fatti più emblematici del problema, ma anche dei meno conosciuti: tra il 1818 e il 1858 viene costruita, su impulso dello zar Alessandro I, la cattedrale di Sant'Isacco, a San Pietroburgo. Questa cattedrale ha un'enorme e scenografica cupola dorata (nel senso letterale del termine, essendo tutta ricoperta d'oro). La doratura fu ottenuta applicando sulla struttura portante una miscela di oro e mercurio : il mercurio evaporò e l'oro laminò la cupola. L'effetto è meraviglioso, lo fu un po' meno per gli operai addetti, di cui da 60 a 140, secondo le diverse fonti, morirono per intossicazione da mercurio! E tanti altri, anche negli anni più recenti, sono stati gli episodi drammatici che hanno coinvolto migliaia di persone in tutto il modo, in tragedie grandi e

piccole, da Minamata in Giappone (mercurio, quasi 2.000 vittime) a Seveso in Brianza (diossina) , da Bophal in India (isocianato di metile, da 4.000 circa a 15.000 circa secondo diverse stime) alla val Bormida (amine aromatiche), dalla Sloi di Trento (piombo tetraetile) all'OGR di Bologna (amianto), alla vicenda del vino al metanolo a quella del talidomide.

Concentriamo la nostra attenzione sugli aspetti strutturali del fenomeno, precisando anzitutto, per chiarezza classificativa, che le sostanze chimiche si dividono in due grandi gruppi:

- Le sostanze elementari o semplici, costituite solo da atomi dello stesso elemento chimico
- Le sostanze composte (o composti chimici) costituite da atomi di elementi diversi

Ma quello che più ci interessa in questa sede è classificarle in base ai loro effetti sull'organismo umano, perché tra tutte le sostanze che abitano ubiquitariamente il nostro pianeta a noi oggi interesse affrontare quelle che sono pericolose per la salute e per l'ambiente. Queste sostanze, che possono essere sia naturali che sintetiche si possono classificare in modi diversi. Io ho scelto la classificazione adottata nel regolamento europeo CLP («Classification, Labelling and Packaging»), che si basa principalmente sul sistema GHS («Globally Harmonized System»).

Vengono individuate 28 classi di pericolo, divise in tre grandi famiglie:

- 16 classi di pericolo di tipo fisico
- 10 classi di pericolo per la salute
- 2 classi di pericolo per l'ambiente

Vediamole in dettaglio:

- *Le 16 classi di pericolo fisico* (in realtà sarebbe più corretto chiamarle di pericolo chimico-fisico) sono:

ESPLOSIVI

GAS INFIAMMABILI

AEROSOL INFIAMMABILI

GAS COMBURENTI

GAS SOTTO PRESASIINE

LIQUIDI INFIAMMABILI

SOLIDI INFIAMMABILI

SOSTANZE E MISCELE AUTOREATTIVE

LIQUIDI PIROFOSFORICI

SOLIDI PIROFOSFORICI

SOSTANZE AUTORISCALDANTI

SOSTANZE CHE A CONTATTO CON L'ACQUA EMETTONO GAS INFIAMMABILI

LIQUIDI COMBURENTI

SOLIDI COMBURENTI

PEROSSIDI ORGANICI

CORROSIVI PER I METALLI

- *Le 10 classi di pericolo per la salute* sono quelle che possono causare:

TOSSICITA' ACUTA

CORROSIONE / IRRITAZIONE PELLE

GRAVI DANNI AGLI OCCHI / IRRITAZIONE AGLI OCCHI

SENSIBILIZZAZIONE RESPIRATORIA O CUTANEA

MUTAGENESI

CANCEROGENESI

TOSSICITA' PER LA RIPRODUZIONE

TOSSICITA' SPECIFICA DI ORGANO BERSAGLIO PER ESPOSIZIONE SINGOLA

TOSSICITA' SPECIFICA DI ORGANO BERSAGLIO PER ESPOSIZIONE RIPETUTA

PERICOLO DI ASPIRAZIONE

- *Le 2 classi di pericolo per l'ambiente* sono:

PERICOLOSO PER L'AMBIENTE ACQUATICO

PERICOLOSO PER LO STRATO DI OZONO

Dal 2023 a queste 28 classi ne sono state aggiunte tre, ovvero:

- INTERFERENTI ENDOCRINI (sostanze che possono interferire con il sistema ormonale), ad esempio ftalati, PFAS, diossine ...
- SOSTANZE PERSISTENTI E BIOACCUMULABILI acronimo PBT (sostanze che non si degradano facilmente e si accumulano negli organismi), ad esempio esaclorobutadiene, acrilonitrile, butil metil eterte ...
- SOSTANZE PERSISTENTI, MOBILI E TOSSICHE , acronimo PMT (sostanze che si muovono facilmente e possono entrare nel ciclo dell'acqua), ad esempio bisfenili, PCB ...

Circoscrivendo il nostro discorso alle sostanze pericolose per la salute (tra cui emergono quelle che più comunemente sono citate e conosciute, dal

piombo all'amianto, dal cromo ai PFAS, dal CVM ai nichel, dai pesticidi agli idrocarburi aromatici, dalle amine aromatiche al cadmio, dal benzene e toluene al mercurio, ecc.) è necessario ricordare (anche ai fini della prevenzione e dell'adozione di misure preventive e protettive) le vie di penetrazione delle sostanze nell'organismo umano (via inalatoria, via digestiva, via transcutanea e transmucosa), l'importanza determinante della loro concentrazione cui la persona è esposta, della dose assorbita, del tempo/durata dell'esposizione, nonché la stretta correlazione con la capacità di metabolizzazione, detossicazione ed eliminazione dell'organismo. Anche se forse è superfluo, ritengo opportuno ricordare che gli organi e sistprimariaemi più colpiti sono l'apparato respiratorio, il fegato, rene e vescica, sistema emolinfopoietico

A questo punto, per concludere, non resta che affrontare il problema dei problemi: che fare per eliminare o quanto meno ridurre l'impatto del rischio chimico e delle sostanze pericolose per la salute umana?

Occorre muoversi su tre principali livelli:

- Il primo livello è il livello giuridico-regolatorio. Normativo, che presidia (o meglio, dovrebbe presidiare) l'immissione delle sostanze sul mercato, le modalità e limiti del loro utilizzo, l'etichettatura e le istruzioni per l'uso corretto e responsabile, le misure preventive e protettive da dottare, ecc.
- Il secondo livello è quello operativo, che prevede la realizzazione dei necessari interventi. Siamo qui nel campo della *prevenzione primaria*, ovvero l'intervento organizzativo e tecnologico sul rischio, che si articola su 4 livelli decrescenti di efficacia. Il primo è l'eliminazione della sostanza pericolosa, ovvero l'intervento più risolutivo, mentre il secondo, già di minore efficacia, è la sostituzione, ove possibile, della sostanza pericolosa in oggetto con una meno pericolosa. Col terzo livello ci spostiamo nell'area della riduzione del danno: riduzione dell'esposizione, sia come dose e concentrazione (compartimentazione, impianti di abbattimento e di aspirazione, riduzione della concentrazione e del tempo / durata di esposizione, mezzi di protezione individuale. Tutte queste misure si sposano col quarto livello, ovvero il controllo e misurazione della sostanza pericolosa nell'ambiente, interno o esterno.
- Il terzo livello è quello della *prevenzione secondaria* , ovvero del controllo medico-sanitario delle persone esposte, per verificare il mantenimento dello stato di salute ed eventualmente cogliere i primi segni di un interessamento critico dell'organismo ad opera della sostanza pericolosa, per realizzare una diagnosi precoce : si va dal monitoraggio biologico (determinazione nei liquidi biologici della sostanza tossica tal quale, o dei suoi cataboliti o dei prodotti del suo metabolismo) alla sorveglianza

sanitaria mirata sugli organi o sistemi bersaglio dell’azione della sostanza pericolosa.

17. I campi elettromagnetici artificiali

Francesco Filippi

ASSOCIAZIONE ITALIANA ELETTROSENSIBILI

La pericolosità dei campi elettromagnetici artificiali è nota da più di un secolo, ma per lo più ignorata o sminuita a livello politico-industriale, nonostante le evidenze scientifiche annoverino migliaia di studi. Rimandando alla bibliografia gli approfondimenti scientifici, tento in questa sede una sintesi che esponga il problema e suggerisca soluzioni costruttive.

I campi elettromagnetici artificiali comprendono:

0) I campi elettrici
1) I campi elettromagnetici generati dal passaggio di corrente (lampadine, motori elettrici, resistenze, circuiti elettronici...)
2) Le radiofrequenze della tecnologia smart (cellulari, dispositivi bluetooth, Wi-Fi, antenne per la telefonia...)

La vita delle nostre cellule non è solo chimica, ma anche elettromagnetica. Noi siamo creature elettromagnetiche evolute in miliardi di anni a volt zero, cioè senza elettricità.

Dal 1940 al 2010, cioè in un istante, il fondo elettromagnetico in cui viviamo è aumentato di un miliardo di miliardi di volte e dal 2010 in poi, col 4G e il 5G, l'aumento è esponenziale.

Limitando il discorso alle sole radiofrequenze, due sono le unità di misura: il Volt/metro e il microWatt per metro quadro ($\mu W/m^2$). Per meglio rappresentare la quantità di inquinamento in cui viviamo, ho paragonato un microwatt a un centimetro.

Gli attuali limiti italiani per le emissioni delle antenne per la telefonia sono fissati a 15 V/m come media nelle 24 ore, il che significa che di giorno i valori possono salire ben più in alto, purché compensati di notte.

Il limite ICNIRP di 61 V/m sui 6 minuti è la direttiva non vincolante assunta dalla Commissione Europea e dall'OMS.

I limiti di legge, definiti da ingegneri (più che da medici) e spesso collusi con l'industria, ci tutelano dal riscaldamento dell'orecchio quando usiamo il cellulare, ignorando quasi completamente gli effetti non-termici, che si valutano nel medio-lungo periodo. La stessa definizione dello IARC come

«possibili cancerogeni» appare oggi inadeguata. Molti scienziati infatti parlano di «cancerogeni certi».

Nel dubbio, occorrerebbe applicare il principio di precauzione e chiedere all'industria garanzie scientifiche dell'innocuità di un prodotto prima di metterlo sul mercato, come normalmente si chiede alle aziende chimiche. Attualmente chi adotta il principio di precauzione sono gli assicuratori, che ben si guardano dal coprire i danni non termici dei campi elettromagnetici artificiali.

Dati i colossali interessi economici legati alla tecnologia smart (il «capitalismo della sorveglianza» descritto da Soshana Zuboff) e la comodità d'uso dei dispositivi, a nessuno fa comodo ammettere la tossicità di questa tecnologia per umani, animali e piante, api e cipolle comprese.

Leucemie, carcinoma mammario, tumore al cervello, malattie neurodegenerative (SLA, Alzheimer...), danni ai neuroni, alterazioni immunitarie, cardiovascolari, ormonali, modifiche al sistema riproduttivo (sterilità, aborti...), danni al DNA, insonnia, deficit di apprendimento e memoria, elettrosensibilità...

La lista delle patologie è spaventosa, ma non stupisce; siamo creature elettromagnetiche e i campi elettromagnetici artificiali sono interferenze: tutti ne subiamo i danni e prima o poi qualcosa salta.

Chi se ne accorge prima degli altri sono gli elettrosensibili, ovvero quel 4% della popolazione europea (almeno 13 milioni) che a un certo punto ha cominciato ad accusare sintomi aspecifici come cefalee, nausea, insonnia, acufeni, spossatezza, problemi dermici, intestinali, annebbiamento mentale, depressione, svenimenti e quant'altro. Nel 10% circa dei casi i sintomi diventano pesantemente invalidanti, con conseguenze drammatiche, spesso strazianti.

Non si può più vivere nella propria casa, perché si viene torturati giorno e notte dal Wi-Fi dei vicini e/o dalle antenne per la telefonia. Non si riesce più ad utilizzare il computer, gli attrezzi elettrici, non si può più stare in mezzo alle persone, perché hanno tutti un cellulare o uno smart watch. Treni e autobus, manco a parlarne. Si perde il lavoro, spesso la famiglia. In tutto questo, nessun riconoscimento, nessuna indennità, spesso derisione e solitudine. Alcuni si suicidano.

Tagliati fuori dalla vita sociale e dal lavoro, gli elettrosensibili sono vittime di ben sedici violazioni dei diritti umani.

Bombardati dai campi elettromagnetici sin da prima di nascere, i bambini – che sono molto più vulnerabili degli adulti – sono destinati a pagare molto

cara questa esposizione. I bambini elettrosensibili esistono già. Che vita li aspetta per colpa nostra?

Cosa si può fare? Molto.

Che ci piaccia o no, occorre considerare le radiofrequenze come il fumo: nessuno può intossicare il prossimo senza il suo consenso informato, altrimenti è un reato.

Una volta si fumava negli ospedali. Oggi siamo tutti contenti delle leggi vigenti. Quando i diritti delle vittime vengono rispettati, anche i carnefici sono più felici. Quindi scrolliamoci di dosso il senso di ineluttabilità e, con la fiducia che staremo tutti molto meglio, mettiamo in moto l'immaginazione.

Esistono almeno modi sani connettersi telematicamente.

1) Usare i telefoni fissi (non cordless) e collegare computer, tablet e cellulari in modalità aeroplano a un cavo di rete usando un adattatore Ethernet-USB. tenendo disattivato il Wi-Fi.

2) Tenere sempre il cellulare in modalità aeroplano. Solo all'occorrenza, lo si appoggia, lo si connette, ci sia allontana mentre scarica messaggi e notifiche di chiamata. Quindi in modalità offline rispondere a mail, messaggi e vocali. Poi lo si riappoggia, lo si riattiva, ci si allontana lasciando che invii i nostri messaggi. Infine si torna a rimetterlo offline.

3) Se proprio dobbiamo fare una telefonata sul cellulare, facciamola telegrafica, in vivavoce e tenendo il cellulare avvolto in un tessuto schermante.

Abitudini come queste hanno anche enormi benefici sulla vita psico-sociale strettamente connessa all'uso dei dispositivi smart.

Difendersi da un'antenna per la telefonia è decisamente più complicato. Si possono comprare materiali schermanti (vestiti, tende, vernici...), tutti molto cari e a nostre spese.

Le leggi non ci tutelano affatto. Cambiarle può sembrare un'impresa impossibile, ma un'amministrazione locale può cominciare dal un'azione piccola e grandiosa: la creazione di «zone bianche», cioè prive di inquinamento elettromagnetico; luoghi (locali, edifici, quartieri, parchi...) aperte alle persone, tutte, ma non ai dispositivi smart.

Non solo per restituire un cantuccio di vita agli elettrosensibili, ma per migliorare la vita di ogni cittadino. La richiesta di vita offline, sta crescendo anche senza scomodare le radiofrequenze.

Dovunque ci sia corrente elettrica, anche in un parco, può arrivare un cavo di rete (le canalette ci sono già), e dunque ci potremmo connettere via cavo (con l'adattatore di cui sopra) senza emettere una sola radiofrequenza: a casa, al ristorante, al parco, in treno. Saremmo connessi un po' meno

immediatamente, ma ci riscopriremo molto più sani, liberi, felici e pure più produttivi.

Partiamo da qua. Amministratori coraggiosi cercasi.

Bibliografia e siti internet

F. Romana Orlando, F. Marinelli, *Wireless 2*, Libreria Editrice Fiorentina, 2024.

Fabia del Giudice, *Smart smog. Evidenze scientifiche sui rischi della telefonia mobile e dell'internet delle cose*, Edizioni Sì, Villalago, 2021.

Associazione Italiana Elettrosensibili: https://www.elettrosensibili.it/

Europeans For Safe Connections: https://esc-info.eu/en/

Environmental Health Trust: https://ehtrust.org/

Bio Initiative Report: https://bioinitiative.org

Testimonianze: https://empvictims.org

18. Ambiente, delitto perfetto

Vito Totire

PORTAVOCE “RETE AMBIENTALISTA”

Il titolo di questo intervento al convegno è emerso da una constatazione. Pur partendo dalla posizione «politica» che si riassume nello slogan «prevenire è meglio che curare» e pur considerando tuttora la PREVENZIONE la strada maestra per la tutela della salute e dell’ambiente, alcuni di noi si ritrovano oggi a dedicare la maggioranza delle proprie energie non alla prevenzione ma ad ottenere il risarcimento del danno; la situazione è, apparentemente paradossale; alcuni economisti (e forse questa opinione è condivisa dalla maggioranza di loro) hanno sostenuto che ogni dollaro investito nella sicurezza nei luoghi di lavoro produce un «guadagno» di sei dollari; questa affermazione fa nascere un interrogativo : se la prevenzione comporta un guadagno e quindi è un «affare» come mai assistiamo ad una serie infinita di stragi sul lavoro , ad uno stillicidio letteralmente quotidiano di morti e di malattie professionali e ambientali ? ora gli economisti che hanno fatto la suddetta brillante considerazione (significativamente si esprimono prendendo a riferimento il dollaro) si collocano , quanto meno, se non peggio, in un orizzonte «naif» o comunque commettono un grave errore che peraltro rende difficile comprendere come mai i costi umani ed ambientali dell’attuale modo di produzione vanno avanti nel modo che vediamo se la alternativa sarebbe anche economicamente più proficua ? l’errore, se di errore si tratta, consiste nel trascurare un dato di fatto : il dollaro che si dovrebbe investire per la prevenzione è a carico del datore di lavoro mentre i sei dollari guadagnati non tornerebbero nelle casse della impresa che ha investito il primo dollaro ma sarebbero a vantaggio di tutta la comunità; c’è un documento importante su questo tema : la Guida europea per la prevenzione dello stress lavorativo; si tratta di un documento «istituzionale» redatto da un gruppo di esperti su committenza del parlamento UE ; redatto e diffuso nel 1999 , usa un linguaggio che in quegli anni, pareva simile a quello del movimento «no global» ; dice la Guida, in sostanza: siamo in un sistema economico connotato da profitti privati ed oneri pubblici; non causale il fatto che l’argomento del documento sia il distress lavorativo , va le a dire, un «fenomeno» prevalentemente occulto e disconosciuto che, tuttavia, dice la Guida, ha una dimensione equiparabile a quella delle malattie professionali classiche e dell’intero fenomeno infortunistico ; più di recente, rispetto alla data di redazione della Guida, un centro studi sindacali

ha evidenziato che in Europa (osservazione allargata alla GB) ogni anno muoiono diecimila lavoratori per distress lavorativo o mobbing (6.000 per accidenti cardiovascolari e 4.000 per suicidi) ; la stragrande maggioranza, se non la totalità, di questi drammatici eventi «rimangono» disconosciuti nella loro eziologia e quindi non risarciti né in sede assicurativa né in sede civile o penale; a prescindere dalla fatica mentale che dobbiamo fare per ammettere che un evento traumatico mortale go una riduzione della speranza di salute siano davvero risarcibili con provvedimenti economici, nei pochi casi di non totale misconoscimento degli «esiti» , di risarcimenti anche , per dirla in breve, «offensivi»; comunque se la UE col documento citato squarcia il velo di silenzio sulle malattie da distress lavorativo, la questione va oltre questo fenomeno specifico in quanto riguarda anche le malattie di tipo strettamente somatico come i tumori; da numerosi decenni infatti gli epidemiologi denunciano i disconoscimenti dei tumori professionali; ormai molti osservatori , parafrasando Proust, hanno auspicato che si vada «alla ricerca dei tumori perduti...»; la più recente fotografia in Italia evidenzia che in un anno si verificano 8-9.000 tumori professionali; l'Inail viene a conoscenza di 1900 di questi «casi» ma ne riconosce di solito solo la metà; ora se questa è l'ultima fotografia la denuncia di questa discrepanza è come già detto molto «vecchia» e non riguarda solo l'Italia; gli operatori della sanità pubblica francesi (dove la emersione pare ancora più difficile che in Italia...il che ci pone domande retoriche su cosa possa accadere fuori dall'Europa) parlano con linguaggio molto efficace di «tumori sotto segnalati e sotto riconosciuti» ...

Tutto questo ci porta dover prendere atto di come AI LAVORATORI ED AI CITTADINI E' STATO NEGATO IL DIRITTO ALLA PREVENZIONE MA POI E' STATO NEGATO ANCHE IL RISARCIMENTO DEL DANNO SUBITO

In definitiva: se l'attuale «modo di produzione» fosse chiamato a pagare i danni che causa alla salute umana ed animale e all'ambiente FAREBBE BANCAROTTA IN 24 ORE

Ora non possiamo indulgere in un catastrofismo generico e dobbiamo prendere atto degli eventi materiali : i mutamenti climatici hanno già avuto un impatto sanitario molto negativo ma non «lineare»; risulta che i morti causati dalle basse temperature siano calati del 21% tra il 2013 e il 2023) e che siano calati anche i morti causati dall'inquinamento dell'aria ; **il decremento di alcuni eventi ovviamente sono distribuiti comunque in maniera diversa in relazione al censo ed alla posizione socio-economica (per intenderci ancora l'altro ieri si sono verificati numerosi decessi negli USA ed hanno riguardano persone senza casa);** questi «cali» risultano tuttavia ampiamente sopravanzati dall'impatto del riscaldamento globale

(vedi Lancet countdown) che si riverbera sia sulla salute cardiovascolare, psicologica /psichiatrica che attraverso l'incremento del rischio biologico; a proposito delle «differenze di classe» è stato valutato , da fonti attendibili, che il 25% della popolazione (la più ricca) del pianeta causa più del 40% dei danni ambientali (Nature, 2025);

tuttavia, con questi «numeri», restiamo nel campo dei dati che potremmo definire, per usare un termine della medicina del lavoro, «dati anonimi biostatistici»; a monte di questi danni alla salute, abitualmente, non si va a cercare il «responsabile» « o come si dice in gergo giudiziario la «figura di garanzia» ; né la ricerca della responsabilità assomiglia, neppure vagamente, alle trame dei telefilm polizieschi che si concludono sempre in maniera rassicurante per gli spettatori col colpevole che è reo ma anche confesso;

nel nostro «caso» i responsabili non «confessano» proprio nulla, anzi, quando si riesce ad uscire dall'anonimato della vittima lo scenario è tipico: la vittima spesso «confessa» il suo tabagismo mentre il presunto responsabile , e i suoi consulenti, descrivono l'ambiente di lavoro come certamente salubre e bucolico; in questo scenario, troppo spesso, il giudice rinuncia al suo ruolo di peritus peritorum (non che sia un compito facile) limitandosi a «fotocopiare» la consulenza tecnica d'ufficio; spesso la stessa patologia , maturata in condizioni ambientali del tutto sovrapponibili, viene a volte riconosciuta come professionale e a volte no determinando ulteriori sofferenze per le vittime dell'inquinamento.

Ovviamente scienza e medicina non sono «neutrali» ma le implicazioni risarcitorie hanno finito per inquinare ulteriormente le conoscenze scientifiche come evidenzia la sopravvivenza (anche se solo nelle aule dei tribunali) di teorie «fantasiose» come la ininfluenza della «dose» nel meccanismo eziologico del mesotelioma da amianto o al sua correlabilità eziologica con il «virus della scimmia»; il tentativo di ottenere «sconti penali» o sconti nel campo della responsabilità civile hanno incluso un tentativo , fuori da ogni consenso e condivisione da parte della comunità scientifica, di riscrivere nuovi canoni di medicina , oncologia, anatomia , fisiologia, ad uso del potere economico e del modo di produzione industriale/capitalistico.

Comunque : quando sosteniamo che l'attuale sistema socio-economico è fondato su «profitti privati e oneri pubblici» non dobbiamo pensare di aver fatto una constatazione nuova o originale; consiglio a chicchessia la lettura di un lavoro che valuta criticamente la aspettativa quasi messianica (fortunatamente non condivisa da tutti) nella cosiddetta intelligenza (?) artificiale; è un lavoro di Kate Crawford che acutamente legge nella AI una nuova forma di estrattivismo; l'autrice cita Georg Agricola (1555) secondo cui : «è chiaro a

tutti che il danno che provoca la estrazione dei minerali supera il valore dei metalli che essa produce»; in altre parole-continua Crawford-**coloro che traggono profitto dalla estrazione mineraria vi riescono solo perché i costi devono essere sostenuti da altri, dai vivi e da coloro che non son ancora nati. E' facile dare un prezzo ai metalli ma quale è il valore esatto di una natura selvaggia, di un fiume pulito, di aria respirabile, della salute delle comunità locali?«** come dicevo consiglio di leggere tutto il libro di Crawford.

I movimenti ambientalisti da decenni sostengono che le scelte in campo sociale ed economico debbano rispettare il «principio di precauzione»; «sante parole « : si tratta di una rivendicazione giusta che riguarda il futuro ma sulla quale è facile registrare falsi unanimismi o peggio condotte gattopardesche e persino pratiche di green washing; la rivendicazione guarda avanti e chiede certezze per le future generazione ma occorre contestualmente occuparsi del presente in quanto viviamo in un sistema socio-economico in cui «l'impresa» non è in grado di guardare al futuro (non basta che i «giovani industriali» , neanche spesso, citino con apparente ammirazione Adriano Olivetti) ; «l'impresa» può essere ricondotta sulla «retta via» , appunto della prevenzione, solo se comprende che sarà sempre e comunque chiamata a risarcire i danni

Guardiamo bene le dinamiche degli ultimi decenni : programmi di diagnosi precoce (che ovviamente non è prevenzione ma...almeno...) sono stati, per così dire, stimolati da processi penali: questo è accaduto per il cvm dopo il processo per il petrolchimico di Porto Marghera e per l'amianto dopo la legge 257/1992 anche se un decreto del 1991 (il 277 noto come decreto «piombo, amianto, rumore) aveva timidamente «prescritto» la necessità di informare i lavoratori sugli esami da fare per monitorare lo stato di salute futura per chi fosse stato esposto a fattori di rischio che possono causare danni dopo lunga latenza; non precisando tuttavia-il suddetto decreto-»chi paga«, si è fatto finta che la «raccomandazione» non fosse stata neanche ipotizzata; una analogia si riscontra nel provvedimento che ha portato un paio di anni fa a Parigi, per sentenza di un tribunale, a misure restrittive del traffico **solo dopo che è stata dimostrata, non sul piano epidemiologico generale, ma in sede medico legale, la elevata incidenza di bronchioliti in neonati residenti nelle aree maggiormente investite dall'inquinamento dell'aria (l'area che i parigini chiamano «boulevard periferique» che, diciamolo, è una sorta di «passante di mezzo» bolognese;**

In questo quadro che possiamo definire del «non semel in anno sed semper... licet inquinare» si colloca il fenomeno definito con termine accattivante e quasi romantico, dei cosiddetti «siti orfani»... chi non si commuove per un orfano e non è disponibile a solidarizzare? Ma il sito orfano è in verità

solo la punta dell'iceberg con la aggravante della diffusissima presenza di «finti orfani» anche nella città di Bologna, ovviamente.

In conclusione: dovremo implementare il nostro impegno sul terreno dei «risarcimenti» evitando di considerare la questione come se fosse una strategia di «retroguardia» ma nella consapevolezza che il «delitto perfetto» in cui appunto pare impossibile individuare la responsabilità, è un fatto che **nuoce gravemente alla prevenzione, alla salute ad alla giustizia sociale.**

Occorre dunque consolidare la rete, già esistente, di medici e tecnici, rafforzare una équipe di «investigatori eziologici», in grado di controbattere alle visioni bucoliche che i consulenti dei «datori di lavoro» ripropongono sistematicamente nei tribunali cercando di ricondurre tutte le cause di malattia alla genetica, alle abitudini voluttuarie dei lavoratori o dei cittadini e, al limite, alla «sfortuna»; bisogna riflettere anche sulle parole come «infortunio» ; fin dai tempi di Cecco Angiolieri la parola ha significato «mancanza di fortuna» ma gli eventi (stragi e morti sul lavoro, epidemie ambientali) a cui assistiamo ogni giorno evocano ben altro che la «mancanza di fortuna»: evocano errata o nulla valutazione dei rischio nonché omissione delle più elementari misure di prevenzione .

Kate Crawford, Né intelligente né artificiale, il lato oscuro della IA, Il Mulino Bologna, 2021

Lancet countdown: tra il 2012 e il 2021 sono stati registrati nel modo ogni anno 56.000 morti associati alle temperature elevate

19. Genetica, Epigenetica Ambiente, Stili di Vita e Malattia

Federico Licastro

DOCENTE DI IMMUNOLOGIA, UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Le malattie possono avere una base genetica forte e in questi casi fortunatamente non frequenti la patologia si manifesta a causa di una mutazione genica. Si parla di eredità unifattoriale o monogenica: il carattere biologico patologico è controllato da un solo gene trasmesso secondo le leggi mendeliane della dominanza, della segregazione, dell'indipendenza. I caratteri monogenici hanno anche la caratteristica di essere qualitativi.
Nel caso delle malattie ad eredità poligenica l'eredità e l'espressione del fenotipo dipende da più geni non allelici (loci diversi) ognuno dei quali contribuisce in modo additivo all'espressione del fenotipo.

L'effetto dei geni è cumulativo e nessuno è dominante o recessivo rispetto agli altri.

I caratteri genetici poligenici normali variano in maniera quantitativa nella popolazione e presentano una variabilità fenotipica continua: es. la statura, il peso corporeo, la pressione sanguigna, colore degli occhi.

Le malattie a trasmissione poligenica sono influenzate da un complesso di geni. Infatti, l'ereditarietà delle malattie complesse è multifattoriale, cioè il fenotipo biologico o patologico è controllato da un insieme di molti geni che agiscono anche in concorso con fattori ambientali quali alimentazione, condizioni igieniche, clima, tabagismo, attività fisica etc.

Abbiamo numerosi esempi di malattie complesse con eredità multifattoriale: asma,
cardiopatia ischemica, diabete mellito, epilessia, glaucoma, ipertensione arteriosa, obesità, psicosi maniaco-depressiva, schizofrenia e tumori.

L'epigenetica è una branca della biologia che studia quali sono i meccanismi di attivazione e inibizione dei geni. Inoltre, ci ha fornito preziose informazioni su come i fattori ambientali e comportamentali (alimentazione, stress e stile di vita) influenzino l'attività dei geni senza modificare la sequenza del DNA.

Fra i meccanismi che regolano l'espressione genica attraverso l'epigenetica ricordiamo: 1) la metilazione che consiste nell'aggiunta di gruppi metilici a specifiche basi del DNA, solitamente con effetto repressivo sull'attività

genica. Questo processo è influenzato da nutrienti come i folati e la vitamina B12, e da fattori ambientali come lo stress cronico. 2) le modificazioni istoniche, il DNA è avvolto intorno a proteine chiamate istoni che così forma una struttura complessa denominata cromatina. La modificazione chimica degli istoni, tramite acetilazione o metilazione, cambia la struttura della cromatina. 3) i microRNA sono piccoli RNA non codificanti che regolano la sintesi proteica legandosi agli mRNA. Agiscono come «interruttori di precisione» e rispondono anch'essi a stimoli ambientali, e stanno diventando strumenti chiave nell'epigenetica applicata.

I determinanti della salute sono numerosi e fra i principali si riportano i seguenti con la loro importanza relativa espressa in percentuale: 1) Comportamenti individuali 50% fumo, alcol, dieta, sonno, etc. 2) Fattori socio-economici 10% istruzione, lavoro, povertà 3) fattori ambientali 10% qualità aria, acqua, suolo, inquinamento 4) Assistenza sanitaria 10% accesso e qualità delle cure 5) Fattori biologici 20% genetica, epigenetica ed età.

E' nata una nuova branca della medicina che sfrutta le conoscenze emergenti dell'epigenetica che si può definire la medicina epigenetica degli stili di vita o medicina funzionale.

Infatti, la genetica non è un destino scritto, poiché lo stile di vita può modificare l'espressione dei geni. La «medicina funzionale» integra queste conoscenze e suggerisce un approccio olistico e personalizzato alla salute.

E' interessante in questa sede ricordare che gli alimenti ricchi di folati, vitamina B12, colina, fibre e antiossidanti – come verdure a foglia verde, legumi, pesce azzurro e olio extravergine di oliva – contribuiscono a una regolazione epigenetica sana e fisiologica.
D'altra parte è da tempo noto che lo stress cronico può alterare la metilazione del DNA, influenzando negativamente l'espressione genica, in particolare nelle aree del cervello e del sistema immunitario.

Fortunatamente molti cambiamenti epigenetici sono reversibili. Migliorare la dieta, fare esercizio fisico e ridurre lo stress può ripristinare un'attività genica più equilibrata.

Infine, ricordiamo che i determinati della salute che abbiamo riportato sopra agiscono sulla nostra salute inducendo cambiamenti genici attraverso le mutazioni o la regolazione anomala dei meccanismi epigenetici. Questi effetti negativi vanno eliminati con l'eradicazione dei cancerogeni ambientali, la guerra, la povertà, la fame e con corretti stili di vita che a sua volta induce una fisiologica regolazione epigenetica dell'espressione genica.

20. Malattie croniche, salute e prevenzione

Federico Licastro

Le malattie croniche sono le malattie oggi prevalenti soprattutto nella popolazione italiana adulta e anziana.

Infatti, col cambiamento della demografia nel nostro paese si registra un aumento costante sia del numero assoluto che in percentuale delle persone anziane. Quindi, con l'aumentare dell'aspettativa di vita della popolazione italiana, ad oggi oltre gli ottanta anni, si registra anche un aumento notevole delle malattie croniche quali, il diabete, le malattie cardiovascolari, i tumori e le malattie neuro-degenerative.

La cattiva notizia consiste nel fatto che il 40% delle persone con età superiore ai 65 anni soffre di una o più malattia cronica (24 milioni attualmente i malati). La buona notizia è invece che queste malattie sono però quasi tutte prevenibili.

Non dobbiamo dimenticare che vi sono numerosi studi epidemiologici che mostrano come la povertà e il disagio economico aumentino la probabilità di ammalarsi di queste malattie.

Infine, il deterioramento climatico e gli inquinanti ambientali aumentano la fragilità, influiscono negativamente sulla salute e favoriscono l'insorgenza delle malattie croniche.

In ultima analisi possiamo concludere che le componenti principali, detti anche determinanti, che influenzano l'insorgenza delle malattie croniche sono: la genetica e la familiarità, l'ambiente e gli inquinanti, le condizioni socio-economiche e gli stili di vita collettivi e individuali.

I numeri in Italia: 24 milioni di italiani soffrono di una malattia cronica (40%) e il costo sanitario stimato è di 67 miliardi Euro/anno. Dopo i 65 anni più del 50 % soffre di due o più malattie croniche. 11 milioni di connazionali soffrono di ipertensione (18%). Otto milioni di persone soffrono di artrosi e sette milioni soffrono di allergie. Circa cinque milioni soffrono di osteoporosi, mentre circa 5 milioni sono ammalati di malattie cardiovascolari e 4 milioni soffrono di diabete. Sfortunatamente fra gli ultra settantacinquenni è molto frequente la presenza di più malattie croniche concomitanti nella stessa persona.

Come abbiamo già ricordato però le malattie croniche sono quasi tutte prevenibili.

Ad esempio, si può attuare la prevenzione per le malattie cardiovascolari, agendo sui quatto fattori comportamentali quali: dieta, niente fumo, buon sonno e sufficiente attività fisica e sui quattro fattori medico-clinici quali, il controllo della pressione arteriosa, il profilo lipidico ematico, il peso corporeo e la glicemia.

Se si tenessero nella norma gli otto fattori su menzionati si potrebbe prevenire la maggior parte delle malattie cardiovascolari (MCV) e il settantacinque percento delle morti premature attribuibili a queste malattie.

Le ricerche recenti però ci dicono che ci sono altri fattori o determinanti che favoriscono o diminuiscono l'insorgenza delle malattie cardiovascolari. Fra questi si ricordano quelli ambientali e in particolare i particolati (PM) derivati dalla combustione degli idrocarburi. Infatti, i PM 10 e i PM 2,5 aumentano la morbilità e la mortalità per MCV. Fra gli altri determinanti ambientali vi sono anche le temperature ambientali eccessivamente alte o basse che aumentano la mortalità per MCV, mentre l'eccessivo rumore ambientale notturno aumenta la morbilità e la mortalità per queste malattie. Ricordo che al contrario il verde urbano diminuisce la mortalità per queste patologie cardiache.

Va sottolineato che l'inquinamento dell'aria da PM è responsabile di oltre 90.000 morti premature nel nostro paese, un numero fra i più alti in Europa, e che la Valle Padana è fra le aree europee più inquinate dai PM e altri inquinanti dell'aria.

Altri inquinanti sono presenti nelle acque di falda in molte zone del nord e del centro dell'Italia quali ad esempio le sostanze perfluoro achiliche (PFSA). Queste sostanze chimiche hanno effetti deleteri sulla salute fin dalla vita fetale e aumentano l'incidenza delle MCV e di alcune forme di cancro.

Fra i determinanti socio economici di malattia vi sono le diseguaglianze socio economiche, la povertà e la bassa scolarità. Questi determinanti aumentano sia i rischi di prevalenza e incidenza che quello di mortalità per queste malattie.

I tumori sono la seconda causa di morte in Italia. Il numero dei malati di cancro secondo stime per l'anno 2020 è di circa 3.600.000 (circa il 6% popolazione). I tassi di mortalità riferiti all'anno 2021 risultano lievemente in calo; –10% uomo; –8% donna, mentre i decessi però aumentano: +0,6% nell'uomo (circa 100.000) e +2% nella donna (circa 81.000), poiché l'incidenza e la morbilità dei tumori aumentano.

I costi sanitari a carico Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono stimati a circa 16 miliardi anno per la diagnosi e la cura dei tumori (circa 40.000 E/ anno/paziente), mentre 5 miliardi di spesa sono direttamente a carico dei pazienti oncologici.

Anche per i tumori sono stati individuati determinanti socio-economico e ambientali che influenzano il rischio di ammalarsi. Fra questi i maggiori sono: 1) gli inquinanti ambientali, chiamati anche cancerogeni chimici o fisici. 2) gli stili di vita scorretti. 3) la povertà. 4) la distruzione degli ecosistemi di cui facciamo parte.

Tuttavia, anche la maggior parte dei tumori è prevenibile. Ad esempio, se si abbassassero drasticamente i livelli di PM10 e PM5 nell'aria che respiriamo e/o il livello di PFSA nelle acque di falda si verificherebbe una riduzione significativa dei tumori respiratori, di quelli dell'intestino e del rene.

Infine, se si intensificasse l'efficienza degli screening oncologici (ad esempio tumori alla mammella, al colon-retto e polmone) e delle diagnosi precoci su tutto il territorio nazionale si potrebbero salvare molte vite e migliorare la qualità della vita degli ammalati di queste patologie.

Da non trascurare infine fra i determinanti ambientali di malattia gli agenti infettivi; anche i virus ad esempio possono essere causa di tumori. Infatti, il papilloma virus non solo provoca le verruche cutanee, ma è anche responsabile del cancro al collo dell'utero nella donna, ed è anche implicato in altri tumori quali, quelli del pene, del colon-retto, ano e dell'oro-faringe.

In questo caso la vaccinazione contro il virus sia nelle bambine che nei maschietti potrebbe eradicare il cancro della cervice uterina nella donna e ridurre l'incidenza di altri tumori in entrambi i sessi.

Esiste un piano nazionale della prevenzione per gli anni 2020-2025 recepito ad esempio dalla Regione Emilia Romagna nella propria legislazione.

Quindi, i cittadini hanno il diritto di richiedere il massimo sforzo da parte delle istituzioni per ridurre i determinanti socio-economici e ambientali che aumentano il rischio di malattia.

Purtroppo ancora nel 2023 i livelli essenziali di assistenza (LEA) sono risultati insufficienti in cinque su 20 regioni in Italia e nelle altre si possono ancora migliorare i risultati fino ad ora ottenuti. Quindi, c'è molto da lavorare e la vigilanza delle associazioni e dei cittadini deve essere sempre molto alta e le richieste di migliorare i servizi di prevenzione vanno costantemente sostenute.

Oggi c'è bisogno di investire in prevenzione. Se si accelera sulla prevenzione possiamo ottenere risultati molto importanti: 1) salviamo vite con meno morti premature, 2) diminuiamo il numero di malati cronici, 3) aumentiamo

la qualità della vita, 4) abbattiamo le diseguaglianze socio-economiche in salute, 5) aggiungiamo vita agli anni.

Inoltre, attraverso l'applicazione sempre più diffusa delle pratiche di prevenzione aumentiamo il nostro bagaglio culturale, abbassiamo le pratiche di medicalizzazione della salute, decongestioniamo il SSN e risparmiamo sulle spese sanitarie sia per indagini diagnostiche che per farmaci.

Quindi, investire in prevenzione non solo conviene, ma potrebbe essere l'asso nella manica per rilanciare un rinnovamento qualitativo del SSN.

21. Disabilità nell'infanzia: conoscere e curare le malattie rare

Carlo Hanau

PRESIDENTE DI "ASSOCIAZIONE CIMADORI PER LA RICERCA SULLA SINDROME DI DOWN, L'AUTISMO E IL DANNO CEREBRALE"

INTRODUZIONE

Ricordo che già due secoli addietro c'è stato chi ha scritto: ogni volta che la natura fa un salto fuori dal sentiero solitamente percorso si scopre e si può cogliere l'occasione per scoprire nuovi mezzi per dominarla, utili a molti e non soltanto ai malati rari.

Parlerò di malattie rare in quanto l'associazione che presiedo, Associazione per la ricerca sull'autismo Cimadori, OdV ETS, si occupa di autismo, che trova come cause conosciute oltre duemila condizioni genetiche anomale rare, di cui oltre duecento monogeniche. Maria Luisa Cimadori è stata la prima donatrice che ci ha permesso di finanziare ricerche sulle malattie rare che possono provocare l'autismo. (cfr. www.apriautismo.it)

Personalmente mi sono occupato di malattie rare da mezzo secolo, partecipando fin dalle prime riunioni dell'Assemblea nazionale delle oltre 400 associazioni per le malattie rare che si riunivano presso l'ISS a Roma fino a una quindicina di anni addietro; e poi a Telethon e a OMAR Osservatorio Malattie rare. Più di recente si è costituito un gruppo ristretto di federazioni di malattie rare come UNIAMO, che hanno sollecitato Governo e Parlamento a promuovere la nuova normativa su questo argomento, seguendo l'iter di formazione delle norme recentemente approvate, ma ancora poco applicate.

DEFINIZIONE DI MALATTIA RARA E ULTRARARA

Una malattia si dice rara quando la sua incidenza è inferiore a 1 caso su 2.000 nati. Fra le malattie rare vi sono quelle ultrarare, la cui incidenza è inferiore a 1 caso su 5.000. Su 400.000 nati ogni malattia rara significa meno di 200 casi.

Le malattie rare fino ad ora conosciute sono stimate essere c.a 8.000, ma il loro numero può risultare maggiore se si fanno tutte le possibili sottodistinzioni. La somma di tutti i casi di tutte le malattie rare riguarda un grande numero di persone, che cresce anno dopo anno nelle rilevazioni statistiche epidemiologiche. L'aumento è causato sia dalla maggiore atten-

zione diagnostica, raffinandosi l'attenzione al fenomeno, gli avanzamenti della scienza e la potenzialità della strumentazione laboratoristica, sia perché aumenta il fenomeno reale.

In Italia si stima che vi siano più di 2 milioni di malati rari; fra quelli che sono riconosciuti circa uno su 5 è un bambino, dato che il 70% delle patologie insorge in età pediatrica e molti di questi malati muoiono precocemente.

MALATTIE RARE E DISABILITA'

Tutte le forme di disabilità, anche a causa delle malattie rare, sono in aumento fra i giovani. Secondo l'ultimo Report dell'ISTAT nell'anno scolastico 2023-24 gli allievi certificati dal medico con disabilità riconosciuta dall'INPS e dal MIM toccano il 4,5% degli allievi della scuola italiana, compresa la scuola dell'infanzia. Quasi il doppio sono quelli nei quali si rilevano i Disturbi specifici dell'apprendimento DSA, come dislalia, discalculia, dislessia, disgrafia, condizioni, anche trasmissibili geneticamente, che non sono considerate sufficienti per ottenere la certificazione di disabilità.

GENETICA E PREVENZIONE MEDICA

E' soprattutto la genetica che compie grandi passi nella conoscenza del genoma, dato che le malattie genetiche rappresentano il 70-80 per cento di tutte le rare. Ricordo che queste malattie possono essere «de novo» oppure, in misura molto inferiore, trasmissibili familiarmente, e questa distinzione è fondamentale per programmare azioni di prevenzione.

Le malattie rare note sono quasi tutte malattie gravi e cronico invalidanti, poiché il processo di diagnosi è spesso complesso e costoso e non si sente il bisogno di intraprenderlo per i disturbi lievi e/o passeggeri.

Le conoscenze della genetica possono dare indicazioni per ridurre il numero dei concepimenti con difetti trasmissibili. Gli esami per la conoscenza della situazione genetica dei due componenti la coppia non sono un lusso ma aumentano il livello di consapevolezza per la coppia stessa e per la società, per migliorare la qualità di vita della famiglia e contenere le spese della società; ovviamente spetta alla coppia la decisione consapevole di quei rischi che si possono prevedere scientificamente dalla loro unione.

Ricordo che i costi degli esami di genetica possono costare molto per la ricerca che deve precederne l'attuazione, ma poi i costi di esecuzione «in serie» si abbassano moltissimo quando gli stessi esami vengono estesi alla massa.

La maggiore conoscenza deve tendere a prevenire, piuttosto che a interrompere la gravidanza o peggio a replicare l'orrore dell' Aktion T 4, quando più di trecentomila persone, in gran parte minorenni, vennero soppressi perché disabili incapaci di fare progredire la forza del Terzo Reich. Il

Dott. Hans Asperger di Vienna, per salvare qualche decina di bambini fra quelli transitati nella sua clinica, anticamera del trasferimento ultimo per l'eliminazione, dovette fare notare che esistevano quelli che, pur avendo alcune caratteristiche dell'autismo, avevano un buon quoziente di intelligenza e che avrebbero potuto dare un contributo fattivo al Terzo Reich se fossero stati trattati con la stessa educazione speciale che lui e le sue suorine erano in grado di dare. In questo modo li ha salvati riuscendo ad evitare di obbedire all'ordine di trasferire tutti nella clinica della morte. Per questo avrebbe diritto al riconoscimento di fare parte degli uomini *giusti* come Oskar Schindler. Invece è stato eliminato il suo nome dalla classificazione dell'OMS del 2022, che nelle precedenti versioni prevedeva la Sindrome di Asperger, da lui descritta per primo.

PREVENZIONE SOCIALE

La conoscenza dei rischi delle unioni fra consanguinei risale a tempi remoti. Gli incesti sono condannati dall'etica oggi comune in molte parti del mondo. I matrimoni fra cugini sono invece favoriti da condizioni economiche, per mantenere unito il patrimonio familiare o per consolidare i rapporti. In Paesi arabi, fra i tanti, il matrimonio fra cugini è abbastanza comune, e non a caso molti studi di genetica di famose università nordamericane vi si svolgono, trovando una percentuale di malattie rare più elevata che altrove. In Italia l'immigrazione di etnie che cercano di salvaguardare le loro caratteristiche e le loro tradizioni con matrimoni fra parenti provoca un aumento delle patologie trasmissibili che pesa sempre più, in relazione alla maggiore prolificità di queste coppie.

Cresce l'età media al parto: nel 2024 le madri italiane hanno avuto figli a 32,6 anni di media, in lieve aumento rispetto al 2023, ma con quasi tre anni in più rispetto al 1995. Per i primogeniti, l'età media è di 31,9 anni, contro i 28,1 di trent'anni fa. Gli scarti dalla media verso l'alto sono forti e le maternità assistite aumentano. La forzatura della natura aumenta spesso il rischio.

«Più si ritardano le scelte di genitorialità – osserva l'Istat – e più si riduce l'arco temporale a disposizione per la realizzazione dei progetti familiari». Ma aggiungiamo che la società deve riorganizzarsi in modo da incentivare la coppia a fare figli nell'arco di vita in cui le malattie genetiche del figlio sono meno probabili: almeno 20 anni di età e meno di 40 per la donna e meno di 50 per l'uomo. Ad esempio per il rischio di un figlio con autismo è importante l'età dell'uomo anche se la donna è giovane.

Evitare fattori nocivi per il feto come ad esempio la madre che assume, prima e durante la gravidanza, alcool e altre sostanze nocive. Occorre fare

informazione dato che l'ignoranza in proposito è grande, come ad esempio la falsa credenza popolare italiana che la birra faccia tanto buon latte.

Integrare la dieta prima e durante la gravidanza con sostanze che proteggono il feto, seguendo i suggerimenti dell'Istituto Superiore di Sanità.

Seguire altre regole di vita salubre per la coppia in attesa, come suggerito ad personam dal ginecologo che segue la gravidanza.

CURARE LE MALATTIE RARE

Quando il caso della malattia rara si verifica si deve cercare di rimediare al meglio con la cura, l'educazione e l'assistenza.

Gli interventi biomedici efficaci sono molto pochi. Occorre ricerca scientifica per trovarne degli altri. Le difficoltà sono moltissime per fare sperimentazione, persino nel campo dei farmaci, dove è usata la classica prova col placebo in doppio cieco. La sperimentazione non può pretendere grandi numeri di soggetti, perché i malati sono pochi. Correttamente la nuova normativa italiana riduce i requisiti che vengono richiesti per le altre malattie più comuni e concede più facilmente l'autorizzazione alla sperimentazione e poi al commercio.

La sperimentazione in età infantile è uno spauracchio per le case farmaceutiche private, ancor più se il bambino ha disabilità. Se poi la sperimentazione fallisce, o peggio produce un effetto collaterale, la casa farmaceutica rischia di essere messa sul banco degli imputati così come accadde quando una casa farmaceutica sperimentò un farmaco su bambini con sindrome di Down. Venne subito fatto il parallelo con le sperimentazioni sui bambini eseguite durante il terzo Reich, che utilizzava i bambini ebrei deportati in Germania come se fossero animali da sperimentazione.

La rarità dei casi significa che il farmaco nuovo avrà un mercato molto ridotto, che per essere appetibile deve ottenere dall'Agenzia del farmaco (AIFA in Italia) una valutazione molto elevata, che in Italia viene concessa con una certa larghezza per le patologie rare riconosciute. Il SSN italiano oggi si limita a premiare il risultato positivo pagando il farmaco e fissandone il prezzo molto elevato. Il provvedimento è buono ma non basta.

Il Professor Silvio Garattini ripete spesso che la sperimentazione sui bambini è gravemente carente in Italia e nel mondo. Occorre che questa ricerca sia guidata e garantita dal servizio pubblico, poiché altrimenti ogni fallimento diventa un macigno sulla reputazione della casa farmaceutica privata.

INTERVENTI NON FARMACOLOGICI

Anche gli interventi psicopedagogici, necessari per molti malati rari, non possono arrivare ad avere una sperimentazione perfetta che giunge alla prova eccellente dell'efficacia. Perseguendo questa pretesa o illusione di perfezione si rischia di non approvare quegli interventi che ottengono prove di risultati modesti o parziali, e tuttavia molto importanti per chi è gravemente disabile, oppure di arrivare alla conclusione che tutti gli interventi meritano di essere utilizzati, compreso quelli che non hanno nessuna prova di efficacia e rasentano il modo dei ciarlatani. Questo errore, che fa comodo per chi vuole continuare a fare quello che ha sempre fatto da decenni, anche quando si pensava che l'autismo fosse provocato dalla «madre-frigorifero» e che la sua causa fosse psicogena, sta alla base della Linea guida per i bambini e adolescenti nello spettro autistico del 2023, aggiornata dall' ISS nel 2025, salvo per la Tavola n.13, aggiunta senza eliminare le contraddizioni con le altre pagine della LG.

Chi volesse conoscere l'attività della nostra associazione APRI per l'autismo può visitare i due nostri siti aperti a tutti:

www.apriautismo.it per le attività di ricerca e di tutela legale delle persone con autismo

www.autismo33.it per i due forum di discussione: autismo e scuola e autismo e biologia

pagina Facebook al link https://www.facebook.com/APRI.ONLUS/

22. Interventi preventivi multifattoriali per una longevità in salute, attiva e felice. Di Successo

Giancarlo Savorani

PSICO-GERIATRA

L'allungamento della aspettativa di vita ha indotto le persone ad interessarsi sempre di più della propria salute, a diventare più consapevoli al fine di mantenersi efficienti con l'età, sia fisicamente sia mentalmente. Il rapporto mondiale OMS sull'invecchiamento della popolazione ha lanciato l'obiettivo di migliorare le capacità funzionali degli «anziani» in modo da contrastare cronicità e disabilità. In particolare già alcuni anni fa «rimanere mentalmente attivi con l'età era risultata la più seria preoccupazione di salute degli over50» (2016), tanto che l'industria prevedeva che la spesa mondiale in nuove tecnologie avrebbe raggiunto i 6 miliardi di dollari entro il 2020 (con la Silver economy). In Italia l'ISTAT 2025 ha rilevato che è stato raggiunto il record di speranza di vita 83,8aa (81,4M-85,5F) ma con una previsione per il 2080 di un calo record di abitanti: 46 milioni. Gli over 65 nel 2050 saranno il 34% e i centenari 60.000 (80% donne ma con più disabilità). La longevità è determinata da tre fattori: la genetica (conta max30% fino a 90a., il 50% dopo i 90 e diventa prevalente dopo i 103); l'ambiente con gli stili di vita e le malattie, secondo il principio della ONE Health/Brain Health/Planetary Health. Noi possiamo agire con la Prevenzione su malattie e ambiente, già da oggi con un recupero di ben 7/15 anni in buona salute nei confronti degli «scalini» dell' invecchiamento, i quali avvengono attorno ai 35/40aa, 60 e 80aa. In attesa della riprogrammazione cellulare collocata al vertice della piramide della longevità.

Possiamo quindi intervenire ad ogni età (lo slogan Alzheimer Fest 2024: Non è mai troppo presto, non è mai troppo tardi) con lo stile di vita sano in modo efficace e scientificamente documentato sui fattori modificabili determinanti il rischio di demenze, malattie croniche e mortalità: 7/9/12 fattori fino ai 14 attuali (totale rischio dei 14 FR 45%, OMS). Possiamo inoltre agire sui 9 pilastri protettivi dello Stile di Vita sano quali: alimentazione (non dopo le 20); attività fisica (30′ a passo svelto 5v alla settimana); sonno 8h; stimolazione cognitiva; ottimismo-sorriso, la vitamina S dei centenari

sardi, tramite ossitocina serotonina e dopamina; amare; giocare in più di due; relazioni sociali e la natura/luce nel rispetto dei ritmi circadiani.

In questa sede ci soffermiamo su alcuni determinanti di rischio, in particolare «la nuova lebbra» (l'Economist) cioè la **Solitudine**, specie soggettiva, riconosciuta dannosa in tutto il mondo: in Europa il 44% degli over55 è solo. La solitudine dei giovani e dei nuovi adulti. Occorre mettere in atto un Piano intergenerazionale giovani/anziani (Rosina) che capovolga la situazione. Poi il **Sonno**, 7-8h necessarie 27% il rischio, con le sue 7 azioni benefiche: cardiovascolare e normotensiva; riduce demenze e diabete; cortisolemia e mortalità; età soggettiva e biologica; aumenta risposta immunitaria; aumenta empatia tra operatori sanitari e pazienti; è l'archivio della memoria e reset energetico di neuroni e mitocondri.

Quindi sottolineiamo l'importanza delle **Relazioni sociali**, più del denaro, ottavo pilastro, e delle connessioni interneuronali (Better Together, Mai da Soli). Lo studio di Harvard scopre il segreto della felicità contro la solitudine attraverso rapporti socio-familiari sereni per tutta la vita e uno scopo da perseguire sempre. Infine il 9° pilastro, la **Natura che cura**, con una vita senza stress cronico più rispettosa dei ritmi circadiani fisiologici, **Luce/buio** notte/giorno, la natura con 27 modalità possibili e le Nuove Ricette per la Prevenzione, non solo in caso di malattia. Una longevità da considerare come bene sociale a vantaggio di tutta la Comunità. Quindi bisogna andare dal Medico quando si sta bene, Luc Montagnier 2015. Sono la Nuova CronoMedicina, CronoBiologia e CronoNutrizione col Microbiota e la relazione intestino/cervello (serotonina).

Gli interventi multifattoriali non farmacologici:

ArteTerapia, MusicoTerapia Musei Teatro/Opera Danza PETtherapy Giardini delle città socievoli e Parchi con le Dosi di natura giornaliera. Accademia italiana di Biofilia.

Infine un esercizio di Brain Training: una mazza da baseball e una pallina costano assieme 1,10 euro; la mazza da sola costa 1 euro in più della pallina. Quanto costa la pallina da sola?

23. L'idrocefalo normoteso dell'adulto e dell'anziano

Umberto Godano

NEUROCHIRURGO, BOLOGNA

L’Idrocefalo Normoteso è una sindrome caratterizzata dall’associazione di tre sintomi: demenza, disturbi della marcia ed incontinenza sfinterica. Descritta nel 1965 da Adams (1), si riscontra con lieve prevalenza nei maschi, negli adulti dopo i 50 anni e si accompagna ad una progressiva dilatazione dei ventricoli cerebrali, con pressione liquorale di base normale e, in alcuni casi, con variazioni ricorrenti e transitorie della pressione intracranica e conseguente sofferenza delle strutture nervose circostanti. È una patologia le cui cause rimangono nella maggioranza dei casi sconosciute (idrocefalo normoteso idiopatico), anche se alcuni pazienti hanno presentato pregressi traumi cranici, emorragie o infezioni intracraniche.

L’idrocefalo normoteso rappresenta la terza forma più frequente di demenza dopo l’Alzheimer e le vasculopatie cerebrali e può associarsi a queste ultime. Pur essendo una malattia meno conosciuta della malattia di Alzheimer, rappresenta una percentuale attorno al 20% del totale delle demenze diagnosticate negli over 65, cioè interessa l’1.5% di tutta la popolazione con età superiore a 65 anni. Dati recenti indicano una incidenza intorno al 10% di sospetto idrocefalo normoteso non riconosciuto in pazienti ricoverati in strutture di lungodegenza. Spesso i sintomi (difficoltà nel camminare, disturbi della memoria e del comportamento, incontinenza) sono confusi con quelli dell’Alzheimer, del Parkinson o di altre forme di demenza senile o di malattie psichiatriche, perché più comuni. Ma, a differenza delle altre demenze che sono spesso irreversibili, l’idrocefalo è curabile. In particolare questa patologia è l’unica forma di demenza trattabile chirurgicamente.

Il percorso diagnostico è pertanto decisivo: una diagnosi errata può significare per il paziente una terapia inadeguata con conseguente condizione di incurabilità. E’ infatti molto importante che il trattamento avvenga tempestivamente, in genere nel primo anno dalla comparsa dei sintomi e prima che questi ultimi divengano difficilmente reversibili. Alcuni test clinici permettono di sospettare la diagnosi corretta, che viene poi convalidata con esami neuro-radiologici, in primo luogo una TAC dell’encefalo (Fig. 1a-b), ed altri accertamenti strumentali. Così un percorso che dal medico di famiglia porti allo psico-geriatra, al neurologo, e eventualmente al neurochirurgo, si

traduce nella maggioranza dei casi in un esito positivo. La neurochirurgia infatti offre ai pazienti affetti da idrocefalo normoteso, ottime prospettive di cura che, a fronte di una diagnosi corretta e tempestiva, porta ad un miglioramento nella maggioranza dei casi. L'intervento neurochirurgico consiste nel posizionamento, all'interno del cranio, di un catetere

di piccole dimensioni connesso a una valvola regolabile, e facilmente gestibile, che ripristina la circolazione del liquido cefalo-rachidiano, drenando l'eccesso nella cavità addominale, dove i suoi componenti di proteine e elettroliti possono essere riassorbiti e riutilizzati. Oggi, inoltre, vi è anche la possibilità di effettuare, in casi selezionati, un intervento mini-invasivo endoscopico, la terzoventricolo-cisterno-stomia che realizza un by-pass liquorale intracranico senza applicazione di protesi valvolari e senza apertura della cavità addominale, con risultati molto promettenti. A tutti i pazienti che soffrono di disturbi dell'equilibrio e della memoria e ai loro famigliari, è quindi importante offrire centri di studio che raccolgano i casi sospetti ed avviino un percorso corretto di diagnosi differenziale. Ciò grazie alla collaborazione multidisciplinare dei professionisti coinvolti quali neurologi, neurochirurghi, neuropsicologi, psicogeriatri, ed attraverso la collaborazione stretta con i medici di medicina generale, i quali per primi vedono i pazienti

1) Adams RD, Fisher CM, Hakim S, Ojemann RG, Sweet WH. Symptomatic occult hydrocephalus with normal cerebrospinal fluid pressure: A treatable syndrome. N Engl J Med 1965;273:117-26

24. Spreco, obesità, diritto al cibo e cucina popolare

Andrea Segre'

DOCENTE DI ECONOMIA CIRCOLARE E POLITICHE PER LO SVILUPPO SOSTENIBILE NELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA, CONSIGLIERE DEL SINDACO DI BOLOGNA PER LE POLITICHE ALIMENTARI, DIRETTORE SCIENTIFICO DE "L'OSSERVATORIO WASTE WATCHER INTERNATIONAL-CAMPAGNA SPRECO ZERO"

C'è uno spreco che possiamo pesare – quello che finisce nei bidoni, negli scarti di filiera, negli alimenti deperiti che non arrivano mai a tavola. Ma ce n'è un altro che si deposita silenzioso nei corpi: lo spreco metabolico, l'accumulo di calorie a basso valore nutrizionale che il metabolismo non riesce a utilizzare e che diventa grasso, infiammazione, malattia. È il doppio spreco che definisce il nostro tempo: cibo buttato e cibo che ci butta giù. Due sprechi gemelli – uno materiale, l'altro biologico – entrambi figli dello stesso sistema.

Le indagini dell'Osservatorio Waste Watcher–Campagna Spreco Zero (www.sprecozero.it) lo certificano da anni: chi ha meno spreca di più. Non perché possa permetterselo, ma perché le condizioni in cui vive – precarietà economica, offerte ingannevoli, infrastrutture domestiche limitate, competenze culinarie sempre più fragili – lo spingono verso acquisti impulsivi, sconti sui prodotti prossimi al deperimento, vendite sottocosto, alimenti elaborati che durano mesi ma nutrono poco. È così che nelle fasce a reddito più basso il doppio spreco diventa un paradosso crudele: più spreco nel bidone e più spreco nel corpo. Con i relativi impatti negativi: più rifiuti da smaltire da un lato, più sovrappeso, obesità e patologie metaboliche dall'altro. Tutti costi in più da pagare, per l'ambiente e per la salute.

Siamo al cosiddetto impoverimento alimentare, come l'abbiamo definito ne *La spesa nel carrello degli altri* (con Ilaria Pertot, Baldini+Castoldi), perché questa condizione la ritroviamo anche nelle classi sociali più abbienti, dove l'accesso al cibo, almeno dal punto di vista del reddito, non dovrebbe essere un problema.

E qui entra in scena l'altra grande crisi del nostro secolo: la pandemia globale di obesità. Una pandemia silenziosa, perché non fa rumore come un virus, ma erode salute e risorse sociali. Nel mio *food thriller Globesity* (Minerva) ho raccontato questa deriva come un sistema, una vera e propria

«fame di potere» in cui industria alimentare, marketing, algoritmi e disuguaglianze economiche contribuiscono – ognuno a suo modo – a spingere miliardi di persone verso diete ipercaloriche ma povere di nutrienti. Una spirale in cui il profitto cresce più velocemente della salute, e dove lo slogan non è «mangia meno e meglio», ma «mangia di più e più spesso». Tanto, soprattutto per i più ricchi, c'è sempre una pillolina dimagrante pronta a riparare gli eccessi, almeno in apparenza.

Le conseguenze sono note: obesità, diabete, malattie cardiovascolari, aumento della mortalità evitabile. L'Organizzazione Mondiale della Sanità parla da tempo di un'epidemia sociale e alimentare, radicata in stili di vita che abbiamo lasciato modellare dal mercato più che dalla cultura. Non è un caso se, nelle fasce più povere, chi soffre la fame calorica soffre spesso anche la fame di nutrienti: troppo cibo, ma un'alimentazione squilibrata. Dalla fame siamo entrati a pieno titolo nell'era della malnutrizione per eccesso.

In Italia, mentre si spreca – nel 2025 – circa 1,7 milioni di tonnellate di alimenti, crescono i casi di sovrappeso e obesità in tutte le fasce d'età, con picchi drammatici tra i bambini. È la prova che il doppio spreco è ormai un problema di giustizia sociale. Ed è proprio qui che il nostro Paese mostra le sue contraddizioni più profonde, ma anche che le soluzioni esistono, anche se ancora poco conosciute.

Una di queste è stata introdotta proprio in Italia, e precisamente a Bologna, la prima città europea ad aver riconosciuto formalmente nel suo Statuto (2024) il diritto al cibo come cittadinanza alimentare: mangiare in modo adeguato, sano, sostenibile e culturalmente appropriato. Non un auspicio, ma un impegno politico concreto, tradotto in strumenti come la politica alimentare urbana, le reti di recupero delle eccedenze, le mense solidali, la pianificazione dell'accesso ai mercati di prossimità.
Il messaggio è chiaro: se esiste un dovere a non sprecare, deve corrispondere un diritto a nutrirsi bene. E questo diritto può essere garantito solo da città che considerano il cibo un'infrastruttura sociale, non un fatto privato.

Ma c'è un fatto nuovo. Mentre milioni di italiani faticano a riempire il carrello della spesa e rinunciano alla qualità, la Cucina italiana è diventata patrimonio culturale immateriale dell'UNESCO. Un riconoscimento fondato su valori nobili – sostenibilità, biodiversità, convivialità, saper fare – che raccontano un'Italia che ha fatto del cibo una civiltà. Eppure, per almeno il 10% della popolazione, quella civiltà è oggi lontana: la dieta mediterranea reale arretra, mentre domina un modello alimentare impoverito, accelerato, spesso dettato più dalla necessità che dalla scelta.

Per questo, nel momento in cui celebriamo la Cucina italiana, dovremmo anche chiederci dove essa sopravvive davvero nella sua autenticità. E la risposta sorprende: non solo nelle cucine stellate, ma soprattutto nelle cucine popolari e nelle mense sociali e solidali, gli spazi dove la cultura del cibo incontra la giustizia e la salute pubblica.

In questi luoghi umili – parrocchie, cooperative, associazioni, case di quartiere – il cibo torna ad avere il suo valore fondamentale: nutrire il corpo e la vita di relazione. Qui si cucinano legumi, cereali, verdure stagionali; si recuperano eccedenze; si trasformano avanzi; si condividono pasti equilibrati. Qui le persone non ricevono soltanto calorie, ma nutrimento vero, quello che previene malattie e ricostruisce comunità.

In questi contesti, la cucina italiana non è spettacolo, ma strumento di salute e dignità. Possiamo dirlo: per molte persone le mense sociali sono l'unico argine alla globesità, l'unico luogo in cui la qualità alimentare non è sacrificata al prezzo.

E allora, mentre celebriamo il riconoscimento UNESCO, chiediamoci cosa significhi davvero «patrimonio dell'umanità». Forse il patrimonio non è solo nelle ricette storiche o nella perfezione televisiva degli chef. Forse il cuore della nostra cultura alimentare pulsa lì dove il cibo salva: dalla fame, dalla solitudine, dalla malattia, dallo spreco.

La cucina italiana è un patrimonio perché unisce creatività e frugalità, gusto e misura. Ma oggi, più che mai, deve diventare un patrimonio di salute pubblica e di equità sociale.
Non basta celebrarla: bisogna renderla accessibile.
Non basta difenderla: bisogna praticarla.

Se vogliamo davvero onorare questo patrimonio, dobbiamo guardare ai luoghi dove la cucina italiana vive e resiste ogni giorno: le tavole dei quartieri popolari, le mense solidali, le comunità che recuperano, cucinano e condividono. Perché è qui che si combatte il doppio spreco. È qui che si prevengono le malattie della globesità. È qui che si esercita, concretamente, il diritto al cibo.
Ed è qui che si costruisce il vero patrimonio: un cibo che non fa male né al corpo né al pianeta.

La cucina italiana che merita l'UNESCO non è solo quella che sa stupire, ma quella che sa prendersi cura.

*Riprende e amplia A. Segrè, *Mense popolari l'autentico patrimonio dell'umanità* l'ExtraTerrestre, settimanale ecologista del Manifesto, n. 46, 11 dicembre 2025

25. Alimentazione per l'uomo e il pianeta e lotta contro la sedentarietà degli adolescenti

Enrico Roda

PRESIDENTE DI "FONDAZIONE SCIENZE PER LA SALUTE", GIÀ DOCENTE DI GASTROENTEROLOGIA NELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Oggi siamo qui per parlare di un tema che riguarda ciascuno di noi, indipendentemente dall'età, dal ruolo professionale o che la salute dipende dal luogo in cui viviamo: **la salute della popolazione e il futuro deli nostri sistemi sanitari.**

Viviamo in un'epoca in cui la popolazione mondiale sta invecchiando rapidamente. Oggi le persone con più di 60 anni rappresentano l'8% della popolazione globale; nel 2050 saranno il 22% e in Italia addirittura il 35%: Allo stesso tempo, i bambini sotto i 14 anni scenderanno all'11,7%.

Questo significa che dovremo affrontare un carico crescente **di malattie croniche**, diabete, ipertensione, patologie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie che già oggi assorbono gran parte delle risorse sanitarie sebbene, e le evidenze sono chiarissime, quasi l'80% delle cardiopatie coronariche, il 90% del diabete di tipo 2 e oltre la metà dei tumori siano prevenibili. Semplicemente, cambiando gli stili di vita: alimentazione equilibrata, attività fisica, stop al fumo e al consumo di alcol.

Se non interveniamo, queste patologie causeranno il 75% dei decessi entro il 2030, mettendo in crisi i sistemi sanitari.

E allora perché facciamo così fatica a cambiare?

Una delle risposte è che continuiamo a credere che la salute dipenda quasi esclusivamente dai medici, dagli esami, dagli ospedali. Ma la verità è un'altra: **solo l'11% della nostra salute** dipende **dagli interventi sanitari,** Il restante 89% è determinato da comportamenti, ambiente, condizioni sociali e fattori genetici «la genetica carica l'arma, ma l'ambiente schiaccia il grilletto». In altre parole, la prevenzione non è un gesto sanitario. È' uno stile di vita. È una cultura. È una responsabilità collettiva. Già Ippocrate ammoniva: il miglior medico è quello che sa prevenire e predire la malattia; egli deve educare il paziente sulla sua malattia per avere la sua collaborazione nel combatterla. Ma la cultura della prevenzione, in Italia, fatica ancora a

radicarsi e si confonde la prevenzione (aiutare le persone a non ammalarsi) con la diagnosi precoce (intervenire nei primi stadi della malattia).

Lo si vede chiaramente in due ambiti cruciali**: alimentazione e attività fisica).**

Oggi il 40% degli adulti italiani è in eccesso di peso, il 10% è obeso e i numeri crescono con l'età. Ma ciò che colpisce di più è la distorsione della percezione: oltre la metà degli adulti obesi pensa di avere un peso normale. E tra i bambini, la situazione è ancora più preoccupante: il 19% è in sovrappeso, quasi il 10% è obeso e il 45% dei genitori non riconosce il problema.

Accanto all'alimentazione **c'è la sedentarietà**, una vera emergenza nazionale. L'80-90% degli adolescenti italiani è fisicamente inattivo; il 20% dei bambini è completamente sedentario, e quasi la metà passa più di due ore al giorno davanti agli schermi. Il contesto non aiuta: gli spazi per l'attività fisica sono pochi, mal distribuiti, spesso inaccessibili. Nel Nord-Est abbiamo 23 metri quadri di aree sportive all'aperto per minore; nel Sud e Isole appena 5.

E mentre l'OMS ci dice da anni che l'attività fisica previene malattie, depressione, declino cognitivo, noi viviamo in un ambiente che incoraggia l'esatto contrario. Nel biennio 2023-2024 meno della metà degli adulti (42%) di età compresa fra 18 e 69 anni ha dichiarato di non consumare bevande alcoliche, ma 1 persona su 6 (18%) ne fa un consumo definito a «maggior rischio» per la salute, per quantità o modalità di assunzione. Per il fumo, nonostante i progressi, rimane un problema significativo, soprattutto con l'aumento del policonsumo tra i giovani e gli adulti. Circa il 24-27% della popolazione adulta (un adulto su 4 è fumatore, con un ritorno ai livelli del 2006 dopo anni di calo.

Per cambiare questa situazione **serve trasformare l'ambiente in cui viviamo.** Serve rendere più facile fare la scelta giusta. Serve che la salute, scuola, trasporti, urbanistica, agricoltura e turismo lavorino insieme. Serve che la prevenzione diventi un obiettivo intersettoriale, non un affare esclusivo della sanità. Dobbiamo passare da una **medicina reattiva**, che interviene quando la malattia è già arrivata, a una **medicina proattiva,** che mantiene le persone sane, focalizzata sul paziente. Questo nuovo modello vede il cittadino protagonista del proprio benessere, grazie anche al supporto di figure professionali come gli health coach che aiutino a comprendere meglio le informazioni mediche e a prendere decisioni consapevoli. Il termine inglese evoca un allenatore; io preferisco la figura del mentore (la persona cui Ulisse, partendo per la guerra affidò il figlio Telemaco). Il concetto alla base

di questa figura è ben espressa dall'adagio : dai ad un uomo un pesce e mangerà un giorno, insegnagli a pescare e mangerà tutta la vita .

Le tecnologie digitali consentiranno di gestire molte patologie da casa, e alcune terapie saranno disponibili in luoghi più accessibili, come farmacie e centri commerciali. Gli ospedali resteranno dedicati alle cure più complesse e al post-terapia. E questo significa una nuova alleanza: tra medici, cittadini, istituzioni. Il cittadino deve diventare protagonista della propria salute. Non un paziente passivo , ma un partner attivo. La buona notizia è che questo approccio funziona. La prevenzione non solo migliora la qualità della vita, ma può aggiungere dino a 10 anni di autosufficienza dopo i 60 anni. E rappresenta anche il modo più efficace per garantire la sostenibilità del nostro sistema sanitario.

La salute non è solo un diritto: è il risultato delle scelte che facciamo ogni giorno e dell'ambiente che creiamo intorno a noi. Prevenire non significa vivere una vita di rinunce Prevenire significa vivere meglio, più a lungo, con più energia, più autonomia e più dignità. Oggi questo principio non è solo un ideale, è una necessità. Ed è una responsabilità che condividiamo tutti.

Ricordiamoci infine che il cibo non è solo una scelta personale, ma ha effetti su tutta la società e sul pianeta e influenza molte cose importanti: ° **Uso dei terreni agricoli (quanta terra serve per produrre il cibo) ° Emissioni di gas serra che contribuiscono al cambiamento climatico ° Disponibilità e qualità dell'acqua ° Condizioni di lavoro nelle filiere alimentari ° Salute delle persone**

Il sistema alimentare oggi **non funziona bene, milioni di persone soffrono la fame,** altre hanno malattie croniche evitabili (come obesità, diabete, malattie cardiovascolari), la produzione di cibo danneggia l'ambiente e aumenta le disuguaglianze sociali. La EAT-Lancet Commission propone un approccio che collega tre elementi: salute-sostenibilità ambientale-giustizia sociale. L'idea è cambiare cosa mangiamo (modelli di consumo) come produciamo il cibo (modelli di produzione). Così si possono rendere i cibi sani e sostenibili più accessibili, ridurre l'impatto ambientale rispettando i limiti del pianeta .

Cosa serve per cambiare? Per trasformare il sistema alimentare serve ancora una volta la collaborazione tra molti attori: governi, agricoltori, industrie alimentari, scienziati, cittadini. **In conclusione, cambiare alimentazione è fondamentale** per creare un futuro in cui **le persone siano in salute e il pianeta rimanga vivibile**. In breve: **le nostre scelte alimentari influenzano salute , ambiente e società**, quindi cambiare il sistema alimentare è essenziale per il futuro.

Appendice. Manifesto-Appello sul diritto a benessere e salute



S.M.I.P.S. Organizzazione di Volontariato Attività: 949950 Iscritta al Registro Unico Nazionale Terzo Settore RUNTS con n. 464693 in data 12/07/2022 Codice fiscale: 91436240377, Sede legale: Agorà, via Carlo Jussi 102, 40068 San Lazzaro di Savena-Bologna, tel. 051467925- 3385356943 www.smips.org https://www.facebook.com/groups/960878214738454 info@smips.org

- **AL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA**
- **AL PARLAMENTO ITALIANO**
- **AL GOVERNO ITALIANO**
- **ALL'ASSEMBEA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

MANIFESTO-APPELLO SUL DIRITTO A BENESSERE E SALUTE:

SCIENZA E MEDICINA PARLINO, POLITICA E ISTITUZIONI ASCOLTINO E AGISCANO CON DECISIONE ED URGENZA

Medicina, Politica e Istituzioni continuano a restare estranee al *diritto alla salute inteso come pieno benessere, non solo come assenza di malattia* (OMS, 2007). La Medicina moderna, condividendo le ordinarie e prevalenti dinamiche politico-istituzionali, persegue un suo *sviluppo clinico-tecnologico-tecnocratico* piuttosto che promuovere anche un complessivo *progresso socio-economico-culturale-ambientale* per contrastare le radici delle diffuse e incalzanti malattie cronico-degenerativo-neoplastiche ed acute tipiche delle società industrializzate: tumori, affezioni cardiocircolatorie e respiratorie, obesità, cirrosi, patologie infettive ed autoimmuni, demenze e disagi giovanili, traumi psico-fisici e da isolamento socio-economico, ecc.

Dette malattie posseggono vaste e profonde radici etiologiche e patogenetiche: sorgono e si espandono nelle variegate pieghe organizzativo-produttive e di consumo della nostra *Società* (non a caso *dei consumi*), sostenute in larga parte da un ecosistema (Costituzione art. 9, 41) sempre più malato e patogenetico e da incalzanti fattori culturali e disagi socio-economici, spesso trascurati nella trasmissione del sapere medico, nella pratica clinica e nella visione di Istituzioni politico-scolastico-amministrative e sanitarie

indirizzate quasi soltanto alla cura della malattia. Infatti, gli orientamenti sono incentrati su alterazioni anatomo-patologiche (*visione oggettivista della malattia*), calcoli e formule logistico-matematiche che si tramutano in crescenti tecnologie, sofisticate farmacopee e complessità di macchinari e gestionali, necessari ma non esaustivi, che si autoriproducono con conseguente occultamento di legami fra malattie, sistemi sociali, produzioni e consumi (*visione soggettivista della malattia*). In sostanza, occorre una visione olistica della salute: *pieno benessere e non soltanto assenza di malattia, l'individuo come persona nella sua pienezza.*

Sottovalutare questi principi equivale a scindere le connessioni fra triangolo, dimensioni spaziali e metodo pitagorico, fra romanticismo, sua struttura musicale e Chopin...Schubert...riducendo, su questa via, *Politica-Istituzioni-Medicina* ad attività puramente tecnico-tecnologico-gestionali con conseguente esonero dalla loro precipua missione, il *Bene comune*, come il veicolo e la cavalcatura esonerano dal camminare e ne superano essenzialmente la necessità.

Nella *visione soggettivista* la parola *progresso viene* sovrapposta a *sviluppo,* come se l'un termine equivalga all'altro, creando ambiguità fra *progresso socio-economico-culturale* e *sviluppo tecno-tecnologico-gestionale*. Non che i due paradigmi debbano contrapporsi, anzi è giusto e auspicabile che appartengano al medesimo circolo virtuoso per un modello socio-economico-sanitario-ambientale racchiuso nel principio di «*unica salute»* che vuole preservare lo stato di benessere-salute della persona unitamente all'integrità degli ecosistemi, cioè *evitare-prevedere-prevenire-diagnosticare-curare-riabilitare*.

Intanto troppe persone, spesso inconsapevoli dei rischi, continuano ad ammalarsi e perire per fattori patogeni indovati in distopiche culture, stili di vita, ambiente e organizzazione sociale, vere *fabbriche di malattie* che conservano e diffondono intatta la loro straripante morbilità e mortalità.

La sola *visione oggettivista* della malattia non rispetta il *Diritto costituzionale* alla salute (art. 32 della Costituzione) in quanto il principio rischia di essere confuso con elevati livelli di prescrizioni farmacologiche e prestazioni sanitarie che imprimono alle Strutture ospedaliere, viste come *fabbriche della salute*, un involontario suggerimento: la salute si ottiene apportando modifiche al corpo con tecnologie avanzate e terapie sofisticate «al passo coi tempi».

E' in questo contesto che le grandi classi di malattie assumono il significato di eventi ineluttabili e fatali come forza di gravità, movimenti tellurici, maree... E intanto oltre 1/3 della popolazione e i 2/3 degli ultra-sessantacinquenni risultano portatori di malattie cronico-degenerative, neoplastiche

ed acute in costante crescita, in larga parte evitabili (*prevenzione primaria*) oltre che prevedibili e prevenibili (*prevenzione secondaria=diagnosi precoce*), non facilmente guaribili, più spesso curabili con terapie dagli effetti compensativi e palliativi i cui costi sono già, e più diverranno, incompatibili con l'*universalismo* del *Servizio Sanitario Nazionale.*

Sono in crescita, infatti, disparità culturali e socio-economici, invecchiamento di popolazione, incrementi di malattie, necessità di garantire cure e assistenze a lungo termine, sottofinanziamenti sistematici del SSN. Da notare che oltre il 50% del fondo sanitario nazionale, ridistribuito dalle Regioni alle strutture private accreditate, in misura del 10-15% si trasforma in reddito sottratto all'erogazione di prestazioni.

Occorre considerare che la *peste nera del secolo del progresso*, il cancro, suo misterioso lato oscuro e corollario, innominabile e chiamato per allusioni e parafrasi, costantemente avanza in Italia, come in tutti i Paesi industrializzati, alimentato da circa 150 cancerogeni e particolati dispersi nell'ambiente (pfas, pesticidi e similari, derivati di fossili e affini, microplastiche, inquinanti vari, ecc.), dai 38 milioni di tonnellate di amianto sparsi dappertutto, da 54 miliardi di sigarette fumate/anno, fin dall'età scolare, con rischi connessi di malattie gravi che raggiungono il 3000% rispetto ai non fumatori e che comportano oltre 93.000 decessi/anno, per gli eccessi nel consumo di alcolici (oltre 8 milioni di persone esposti a rischi gravi), ecc., per carenza di informazioni e permanenza di forti diseguaglianze socio-economico-culturali.

Da aggiungere che l'*Autonomia regionale differenziata* costringerebbe ampi strati di popolazione a rinunciare ad accettabili livelli di vita fino a determinare una minore autopercezione di malattia e la rinuncia a cure e che l'assenza di informazioni su errati stili di vita e le condizioni di stress quotidiani conducono ad abuso di farmaci, psicofarmaci, stupefacenti e alcoolici, zuccheri, proteine e grassi animali e alimenti molto elaborati che causano l'esposizione di 10 milioni di persone a rischio di cirrosi e obesità con conseguenti malattie associate fin dall'età scolare.

Aumentano consapevolezze scientifiche su *malattie ereditarie, compresi spettri, sindromi e disturbi del neurosviluppo,* definite *epigenetiche,* in gran parte causate da alterazioni geniche acquisite nel periodo embrio-fetale e nei «primi 1000 giorni di vita» per inquinanti ambientali e interferenti endocrini, ma anche a causa di errati stili di vita, disagi e stress, infezioni virali, batteriche e parassitarie, ecc.

e

Sul piano socio-economico basterà citare un dato: nonostante i 25 miliardi/anno che l'Italia spende per gestire le conseguenze degli eccessivi consumi di alcoolici, gli abusi rappresentano la causa principale di morte e disabilità tra i giovani sotto i 25 anni, oltre ad un aumentato rischio di declino cognitivo, anche in età giovanile e prima dei 65 anni, e di decessi alcool-connessi di 75.000 persone/anno. Va osservato, a proposito, che il consumo di oltre 10 gr/die di alcool incrementa l'incidenza di tumore mammario in pre- e post-menopausa, che oltre 20 gr/die favoriscono neoplasie dell'apparato digerente, senza contare le combinazioni sommatorie con tabagismi, stili di vita, inquinanti, ecc.

Infine, quale indicatore dei livelli di disagio sociale, da considerare i circa 4.000 suicidi/anno, soprattutto in età adolescenziali ed attempate, e da segnalare che in Italia si registrano circa 2 milioni e mezzo/anno di incidenti domestici, con quasi 7.000 decessi, e oltre 250.000 incidenti stradali con 3.200 decessi in larga parte evitabili. Da porre anche in evidenza che guerre e crescenti violenze e discriminazioni nella vita quotidiana e nei luoghi di detenzione creano stati d'ansia e malessere psico-fisico che dilagano sull'intera comunità.

DI FRONTE A QUESTA SITUAZIONE CATASTROFICA IL COMPITO DI DONNE E UOMINI DI OGNI ISTITUZIONE E' SEMINARE DUBBI, NON RACCOGLIERE CERTEZZE: *SCIENZA E MEDICINA PARLINO, POLITICA E ISTITUZIONI ASCOLTINO ED AGISCANO PER IL BENE COMUNE CON DECISIONE ED URGENZA«.*

Per rendere attualizzabile il *diritto alla salute inteso come pieno benessere, e non solo come assenza di malattia,* occorre favorire il dialogo costante fra Scienza, Medicina, Istituzioni, Politica e Società in tutte le loro articolazioni, considerando le seguenti raccomandazioni:

- diffondere *informazioni dirette e dettagliate*, fin dalle Scuole primarie, sulle conseguenze di diversi stili di vita, inquinamenti ambientali e rischi per avventate azioni personali in abitazioni, strade e luoghi vari;
- istituire e diffondere misure di *prevenzione primaria e secondaria* (prevedibilità-prevenibilità, diagnosi precoce per screenings: sangue occulto nelle feci, colonscopia, tac toracica per fumatori ed ex-, mammografia, pap-test, esami prostatici;
- adottare misure, anche di ordine fiscale, che agevolino *produzioni e consumi sani*;
- invito, fatta salva l'autonomia didattica, che la trasmissione del sapere evidenzi *evitabilità, prevedibilità e prevenzione delle malattie*;
- sostegno a *ricerca epidemiologica e di base* che metta in luce i tanti fattori che scatenano i processi patogenetici ed epigenetici;

- piano articolato, cadenzato ed agevolato per *l'eliminazione da cicli produttivi e ambiente di amianto, cancerogeni, sostanze nocive e irritanti e allergizzanti, derivati di fossili, pfas, pesticidi*, ecc.;
- indagini su possibili effetti nocivi non termici di tutti i *campi elettromagnetici artificiali*, in particolare quelli generati dai diversi dispositivi smart (cellulari, wifi, antenne per telefonia, contatori, dispositivi bluetooth...) ;
- contrasto alle *situazioni lavorative alienanti e precarie,* che favoriscono illegalità e rischi, e alle ragioni della diffusa *povertà* e delle *discriminazioni sociali e di genere;*
- promozione di *dignità e soddisfazione nel lavoro*, giustamente retribuito e che si svolga in tutta sicurezza in ogni momento;
- protezione dell'*ecosistema* e incentivi per risparmio energetico e fonti rinnovabili;
- investire su *trasporti sicuri* ed efficienti con assenza di emissioni tossiche;
- legiferare privilegiando la produzione pulita e sana di *alimenti e merci*;
- istituzione di norme e incisivi controlli permanenti su sicurezza in *strade urbane ed extraurbane* e *luoghi di lavoro* (1000-1200 decessi/anno, 260.000 denunce/anno) migliorando e applicando le norme esistenti, puntando in particolare sulla vasta criticità di appalti e subappalti;
- prevenzione con misure tese ad affrontare disagio e patologie incipienti e conclamate prevedibili e prevenibili in *età avanzate* con provvedimenti che favoriscano aggregazioni, mobilità, assistenze attive e mirate a contrastare solitudine, povertà, decadimento psico-fisico;
- garanzia di assistenza e inclusione sociale a *portatori di handicap, malattie rare* e a coloro che si trovano nella condizione di *emarginati e in solitudine*;
- promozione di *associazioni di volontariato* che mirino al *Bene comune*;
- garantire un robusto sostegno al *Servizio Sanitario Nazionale*, dalla carenza di personale ad una territoriale assistenza e cura, da considerare fondamentale precipuo investimento, come sotteso dalla Costituzione, piuttosto che costo.
- «POLITICA, ISTITUZIONI E CORPI INTERMEDI SI IMPEGNINO A INFORMARE E PROTEGGERE CITTADINE E CITTADINI»

Primi Firmatari del Manifesto-Appello:

- Francesco Domenico Capizzi, già docente di Chirurgia Generale nell'Università di Bologna e direttore delle Chirurgie generali negli Ospedali Bellaria e Maggiore di

Bologna, presidente di O.d.V. R.U.N.T.S Scienza Medicina Istituzioni Politica Società www.smips.org
- Vincenzo Balzani, professore emerito di Chimica generale e sopramolecolare nell'Università di Bologna;
- Francesca Isola, vice-presidente di SMIPS;
- Gabriella Galletti, segretaria di SMIPS;
- Ferdinando Bersani, docente di Fisica nell'Università di Bologna, direttore della Scuola di Bioelettromagnetismo del Centro E. Majorana in Erice;
- Monica Bini, docente di Lettere nel Liceo «Augusto Righi», Bologna;
- Ernesto Burgio, direttore dell'European Cancer and Environment Research Institute, Bruxelles;
- Maria Teresa Cacciari, docente di Lettere nel Liceo «Augusto Righi»Bologna;
- Giancarla Codrignani, già parlamentare e docente, politologa, giornalista, Bologna;
- Claudio Cordiano, professore emerito di Chirurgia generale nell'Università di Verona, presidente emerito della Società Italiana di Chirurgia
- Mauro Biagiotti, docente, storico, Bologna
- Luciano Corradini, già sottosegretario di Stato alla Pubblica Istruzione, professore emerito di Pedagogia generale nell'Università di Roma;
- Francesco Corcione, docente di Chirurgia Generale nell'Università Federico II di Napoli, presidente emerito della Società Italiana di Chirurgia, Membro Onorario della Acadèmie Nationale de Chirurgie de France;
- Adriana Destro, docente di Antropologia culturale nell'Università di Bologna;
- Michele Del Gaudio, magistrato, deputato emerito;
- Ludovico Docimo, docente di Chirurgia generale nell'Università della Campania «Luigi Vanvitelli», presidente onorario della Società Italiana dei Chirurghi Universitari, Napoli;
- Giorgio Dragoni, docente di Fisica nell'Università di Bologna;.
- Anne Drerup, docente di Materie letterarie, Bologna;
- Giovanna Facilla, dirigente scolastico IC19, Bologna
- Mirella Federici, amministrativa, Ospedale S.Orsola-Malpighi, Bologna;
- Alessandra Ferretti, docente di Storia dell'Arte, pittrice, Bologna;
- Vita Fortunati, docente di Letteratura inglese nell'Università di Bologna;
- Claudio Franceschi, docente di Immunologia nell'Università di Bologna;
- Giancarlo Gaeta, docente di Storia del Cristianesimo antico nell'Università di Firenze;
- Gian Massimo Gazzaniga, già direttore della Chirurgia generale dell'Ospedale Galliera di Genova, presidente emerito della Società Italiana di Chirurgia;
- Giuseppe Giliberti, docente di Fondamenti del Diritto europeo nell'Università di Urbino, presidente della Rete Italiana per il Dialogo Euro-Mediterraneo;
- Elda Guerra, Docente di Storia, Bologna
- Paolo Inghilesi, medico, dirigente sindacale, Bologna;
- Raniero La Valle, giornalista, saggista, Roma;
- Enzo Lucisano, docente di Chirurgia generale nell'Università di Bologna;
- Marina Marini, docente di Biologia applicata nell'Università di Bologna;
- Corrado Melega, già direttore di Ginecologia ed Ostetricia dell'Ospedale Maggiore di Bologna;

- Daniele Menozzi, professore emerito di Storia contemporanea nella Scuola Superiore Normale di Pisa;
- Francesco Minni, docente di Chirurgia generale nell'Università di Bologna e direttore di Chirurgia generale nel Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna;
- Tomaso Montanari, docente di Storia dell'Arte moderna nell'Università di Siena;
- Luigi Pepe, docente emerito di Matematica nell'Università di Ferrara;
- Davide Peretti Poggi, pittore, docente nell'Università «Primo Levi» di Bologna
- Mauro Pesce, docente di Storia del Cristianesimo nell'Università di Bologna, presidente del Centro italiano di Studi superiori sulle Religioni;
- Emilio Pisano, dirigente della Chirurgia vascolare dell'Ospedale Maggiore, Bologna
- Adriano Prosperi, professore emerito di Storia dell'Età della Riforma e della Controriforma nella Scuola Superiore Normale di Pisa, membro dell'Accademia dei Lincei;
- Paolo Pombeni, professore emerito di Storia dei Sistemi politici europei nell'Università di Bologna, politologo, editorialista;
- Giovanni Ravenna, avvocato del Foro Bologna;
- Laura Renzoni Governatori, docente di Diritto nell'Università di Bologna;
- Miriam Ridolfi, già assessore al Comune di Bologna, docente di Filosofia, dirigente nel Liceo «Augusto Righi» di Bologna:
- Claudia Rizzi, medico internista, Bologna;
- Gino Rubini, già dirigente sindacale Cgil Emilia Romagna, editor della rivista online «Diario Prevenzione», Bologna;
- Maria Sabatino, docente di Lettere antiche e dirigente nel Liceo «Augusto Righi» di Bologna;
- Stefania Scarponi, docente di Diritto del lavoro nell'Università di Trento
- Carmelo Sidoti, medico, odontoiatra, Padova;
- Roberto Tersigni, già direttore delle Chirurgia generale dell'Ospedale S.Camillo di Roma, presidente emerito della Società Italiana di Chirurgia
- Renzo Tosi, docente di Letteratura greca nell'Università di Bologna;
- Ildo Tumscitz, medico, psicoterapeuta, Bologna;
- Maria Luisa Verlato, psicologa e psicoterapeuta, Padova
- Alessandra Bonoli, docente di Ingegneria delle Materie prime nell'Università di Bologna;
- Maria Stella Acerno, presidente del Centro per l'Educazione ai Diritti Umani, Genova;
- Lucia Alberghini, dirigente farmacista nell'AUSL di Bologna;
- Amedeo Alonzo, direttore della Chirurgia generale dell'ASL di Novara;
- Franco Amendolagine, bancario, Corato
- Nicola Armaroli, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Bologna;
- Antonino Arcoraci, docente di Fisica, Vicenza;
- Aldo Bacchiocchi, già Sindaco di San Lazzaro di Savena, Bologna
- Claudia Balzani, assistente sociale nel Comune di Bologna;
- Alberto Bellini, docente di Conversione dell'energia, Università di Bologna;
- Giuseppe Basile, dirigente Dipartimento Protezione Civile Sicilia, Palermo;
- Giuseppe Bartolotta, medico pediatra, S. Stefano di Camastra, Messina;
- Renza Bertuzzi, docente di Italiano e Storia, Bologna;

- Sergio Boschi, responsabile della Chirurgia dell'obesità della AUSL di Bologna;
- Pierre Cailhol, manager informatico, Nizza;
- Carlo Cacciamani, Dipartimento Protezione Civile, Roma
- Romano Camassi, ricercatore nell'Istituto di Geofisica e Vulcanologia, Bologna;
- Sergio Castellari, Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia,Bologna;
- Lucia Catania, docente di Lettere, Padova;
- Salvatore Catania, chimico, direttore laboratorio Bromatos, Palermo;
- Daniela Cavalcoli, docente di Fisica della Materia, Università di Bologna;
- Marco Cervino, fisico, epidemiologo ambientale nell'Istituto di Scienze dell'Atmosfera e del Clima di Bologna
- Crescenzio D'Ambrosio, docente nel Liceo artistico "Giorgio de Chirico«di Torre Annunziata Napoli;
- Concetta Rita Di Blanca, dirigente Tim-Telecom, Palermo;
- Gaetano Di Noto, dirigente Unicredit, Palermo;
- Maria Cristina Facchini, direttore dell'Istituto di Scienze dell'Atmosfera e del Clima del Consiglio Nazionale delle Ricerche, Bologna;
- Massimo Famularo, tecnico specializzato in telecomunicazioni, Camugnano, Pistoia;
- Davide Ferrari, direttore di Casa dei pensieri, Bologna;
- Angelo Genovese, docente di Tutela Ambientale nell'Università Federico II di Napoli;
- Michele Gerbino, geologo, docente, S. Stefano di Camastra, Messina;
- Presidente Corrado Seletti, il Direttivo Associazione APS - RUNTS - - «Perilfuturodellenostrevalli Ambiente Salute e Vita», Borgotaro (PR);
- Alfredo Laudiero, docente di Storia dell'Europa Orientale nell'Istituto Universitario Orientale di Napoli;
- Flavio Fusi Pecci, direttivo della Società Astronomica Italiana, Bologna;
- Sandro Fuzzi, associato Senior, Istituto di Scienze dell'Atmosfera e del Clima;
- Antonino Gerbino, avvocato del Foro di Messina;
- Ilaria Gerbino, ingegnere, dirigente Italconsult, Palermo;
- Gian Vito Graziano, geologo, docente, già Presidente del Consiglio Nazionale Geologi, Palermo;
- Angelita Izzo, biologa, Nizza;
- Aldo L'Abbate, dirigente indotto FIAT, Messina;
- Alfredo Natoli, geologo, docente, Messina;
- Dario Amedeo Martino, ingegnere aeronautico, Palermo;
- Giuseppe Niosi, geologo, docente, Messina;
- Giovanni Nolasco, avvocato, dirigente Regione Lombardia;
- Raffaele Palmieri, docente di Filosofia, Bologna;
- Mauro Pasquini, restauratore di pianoforti, fortepiano e harmonium, Bologna;
- Laura Pastore, tecnica specializzata in telecomunicazioni, Camugnano, Pistoia;
- Maria Patti, docente di Materie letterarie, S. Stefano di Camastra, Messina;
- Giuseppe Pirronello, medico, ASP Messina;
- Domenico Pontillo, geologo, Montagnareale, Messina;
- Mario Porrello, docente di Fisica, Padova;
- Tonino Ricciardo, Avvocato del Foro di Messina;

- Silvana Rossi, export-import manager, pittrice, Bologna;
- Maria Russo docente di Economia aziendale in Vicenza;
- Salvatore Scaffidi Muta, architetto, area metropolitana di Messina;
- Leonardo Setti, ricercatore in «Nuovi modelli di sistemi integrati per la Gestione dell'energia» nell'Università di Bologna;
- Carmelo Sidoti, medico odontoiatra, Loreggia, Padova;
- Paolo Terracciano, docente di Lettere, Bologna
- Margherita Venturi, docente di Chimica generale nell'Università di Bologna;
- Maria Luisa Verlato, psicologa e psicoterapeuta, Padova;
- Antonio Volpe, dirigente scolastico e presidente dell'Associazione dirigenti della Scuola del Lazio, Roma;
- Enrico Zanaroli, dirigente scolastico, Valsamoggia, Bologna

LAB QUADERNI