



LIBRO BIANCO

SUSSISTENZA E SANITÀ

TOMO 1

Editor

**ALDO FERRARA
ANTONIO CAPUTO**

Introduction panel

**MARIA PIA GARAVAGLIA
GIANFRANCO PASQUINO**





ISBN
979-12-218-1453-8

PRIMA EDIZIONE
ROMA 13 SETTEMBRE 2024

INDICE

- 9 *Piano dell'opera*
- 13 *Introduction panel*
di Maria Pia Garavaglia, Gianfranco Pasquino
- 19 *Perché questo volume oggi*
- 21 *Premessa*

Parte prima

Diritto alla sussistenza

- 33 **Capitolo 1**
La questione delle minoranze – Aldo Ferrara
1.1. Introduzione propedeutica, 33 – 1.2. Perimetri e confini delle minoranze, 37
– 1.3. Nuovo approccio alle disabilità, 38 – 1.3.1. *Le leggi che vengono modificate*,
41 – 1.4. Le povertà, 42 – 1.4.1. *Necessità di una Public Policy: la Sanità nei fragili
e anziani*, 43 – 1.4.2. *Desmond'Analysis (by Morgan Rees)*, 45 – 1.4.3. *Discrepanze
nello Stato sociale*, 46 – 1.4.4. *La forbice sociale*, 46 – 1.4.5. *La soluzione*, 48 – 1.5.
Globalizzazione del rischio di povertà, 50 – 1.6. Inflazione: la madre di ogni
povertà, 52 – 1.6.1. *Alla fine, cui prodest un alto tasso inflattivo?*, 55

- 57 **Capitolo II**
L'economia *desnuda* – *Aldo Ferrara*
2.1. Premessa, 57 – 2.2. Parametri di valutazione della forza economica di un paese (1945-2000), 59 – 2.3. Quota del mercato azionario versus PIL, nel mondo dal 1900 al 2022, 66 – 2.4. XXI secolo: dominio degli Stati Uniti e crescita della Cina, 71 – 2.5. La Next Economy della IV rivoluzione industriale, 72
- 77 **Capitolo III**
Incidenza e fattori di povertà: pianeta, Europa, Italia – *Aldo Ferrara*
3.1. Introduzione, 77 – 3.2. Il quadro demografico mondiale del xx secolo, 81 – 3.3. La povertà nel mondo, approccio geopolitico alla povertà, 82 – 3.4. Povertà in Europa e in Italia, 88 – 3.5. Distribuzione geografica italiana, 89 – 3.6. Diseguaglianza culturale, 93 – 3.7. La multifattorialità nel concorso delle povertà, 95 – 3.8. La crisi del 2022, 99 – 3.9. Il panorama mondiale, 105 – 3.9.1. La salute come parametro di equilibrio tra ricchezza e povertà, 109 – 3.10. I servizi pubblici, 113 – 3.10.1. *I sussidi a pioggia*, 114 – 3.11. Povertà e impatto climatico, 116 – Conclusioni, 118
- 123 **Capitolo IV**
Cambiamento climatico, stato socio-economico e aspettativa di vita – *Calogero Caruso, Giuseppina Candore*
4.1. Introduzione, 123 – 4.2. Esposizione al calore e malattie, 125 – 4.3. Esposizione al calore e malattie negli individui e nelle popolazioni ad alto rischio, 132 – 4.4. Conclusioni, 140

Parte seconda

- 145 *Incipit*
- 151 **Capitolo V**
Sanità pubblica negata – *Aldo Ferrara*
5.2. Parte generale, 152 – 5.2.1. *Il sistema sanitario in Italia*, 152 – 5.2.2. *Le riforme del 1968-78, la legge 132/68*, 154 – 5.3. Lo stato generale dell'offerta di salute nel paese, 161 – 5.3.1. *Il concorso di spesa per le funzioni apicali*,

164 – 5.4. La riforma del titolo V, 170 – 5.5. La trappola giuridica del Titolo V e lo slalom dell'Autonomia rafforzata. Il Modello Calderoli, 173 – 5.5.1. *Premessa*, 173 – 5.5.2. *Non chiamatela Differenziata*, 175 – 5.5.3. *La trappola decodificativa del Titolo V*, 176 – 5.5.4. *Trasferimenti e aiuti di stato*, 178 – 5.5.5. *Fondo Solidarietà Nazionale Statuto Siciliano, Articolo 38, misure fiscali regionali e aiuti di stato*, 179 – 5.5.6. *Federalismo e regionalismo*, 180 – 5.6. Conclusione, 185 – 5.7. L'Aziendalizzazione (L. 502/92) gli IRCCS, 190 – 5.7.1. *Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) in Lombardia*, 190 – 5.8. Il GPS legislativo. La difficoltà di leggere il testo della legge di Bilancio, 198 – 5.9. Riduzione dell'offerta dei posti-letto, 199 – 5.9.1. *Recupero delle incoming priorities. Liste d'attesa*, 201 – 5.10. Questioni tanto emergenti quanto drammatiche, 201 – 5.11. La questione dell'odontoiatria esclusiva e di altre specialistiche, 202 – 5.12. Medesime preoccupazioni per altre specialistiche, 203 – 5.12.1. *Occhio alla cataratta!*, 203 – 5.12.2. *A rischio l'erogazione degli interventi dal SSN*, 206 – 5.12.3. *Il rischio: perdita della vista*, 208 – 5.12.4. *Tre ipotesi di scenari*, 208 – 5.13. Le migrazioni sanitarie: freno o osmosi?, 209 – 5.13.1. *I Costi*, 209

213 Capitolo VI

Povero e nudo, vai Ateneo! – *Aldo Ferrara*

6.1. Cattedre, 214 – 6.1.1. *Autofinanziate*, 214 – 6.2. Le proprietà immobiliari: i Policlinici, 216 – 6.3. Carenza formativa o carenza numerica?, 218 – 6.4. Le conclusioni possibili, 222

225 Capitolo VII

Questioni emerse – *Aldo Ferrara, Domenico D'Amato*

7.1. Patologie del XXI secolo, malattie di comunità e vecchiaia malata, 226 – 7.1.1. *Le patologie delle Comunità*, 226 – 7.2. La vecchiaia malata, 227 – 7.3. Sanità metropolitana: un nuovo percorso di accesso multilivello, 231 – 7.3.1. *Il ruolo della sanità quale strumento e protocollo di attuazione dell'art. 114 Cost. Necessità di rieditare il T.U. sugli EELL*, 231 – 7.4. Sintesi delle considerazioni e possibili proposte, 235 – 7.5. Concludendo... le possibili soluzioni, 241 – 7.6. Sintesi della proposta di legge Gambale (stesura Aldo Ferrara), 245 – 7.7. Sintesi dei più importanti provvedimenti legislativi sul tema sanitario, 248

251 **Capitolo VIII**

Il caso Lombardia – Aldo Ferrara

8.1. La storia moderna e contemporanea della Medicina lombarda, 252 – 8.1.1. *Il Policlinico di Milano del XX secolo*, 255 – 8.1.2. *La via Panisperna di Milano*, 256 – 8.1.3. *La Raggiata dei Poli Ospedalieri e poi Universitari*, 256 – 8.2. Sistema Formigoni, le opacità e le trasparenze, 257 – 8.3. Il modello Formigoni bis. Come aumentare la filiera dei dipendenti amministrativi, a discapito del rendimento sanitario e dei cittadini, 260 – 8.4. Il bilancio della regione lombardia allo specchio, 262 – 8.5. Dopo la Lombardia anche l'Emilia Romagna, 264 – 8.5.1. *Emilia Romagna. Gli obiettivi strategici e gli strumenti di una nuova concezione di piano assistenziale integrato (dal sito web della regione ER)*, 267 – Case della comunità, 268 – Quarantatré strutture ospedaliere private accreditate, 270 – IRCCS Pubblici, 272 – IRCCS privati, 272

275 **Capitolo IX**

La spesa nazionale e regionale – Aldo Ferrara

9.1. Introduzione alla Legge di Bilancio 2024 (Legge 30 dicembre 2023, n. 213), 277 – 9.1.1. *Il finanziamento del FSN in rapporto al PIL*, 279 – 9.1.2. *Il finanziamento pro-capite*, 281 – Spesa sanitaria corrente di CE verso finanziamento ordinario e finanziamento effettivo della spesa sanitaria (valori assoluti in milioni di euro) Anni 2012–2022, 281 – Conclusioni, 282 – 9.2. Il Modello Privatistico, 282 – 9.2.1. *Valutazioni comparative tra modelli europei di spesa sanitaria*, 289 – 9.3. Coeff. di insufficienza del rendimento sanitario pubblico, 291 – 9.4. Endoscopia della spesa sanitaria lombarda, 293 – 9.4.1. *Spesa privata*, 297 – 9.5. La mala burocrazia, 301 – 9.5.1. *Disabilità: la rupe tarpea legislativa lombarda*, 301

305 **Capitolo X**

L'armonizzazione delle cure – Aldo Ferrara

10.1. Il fallimento delle funzioni aziendali, 305 – 10.2. L'Affordable Care Act, la cosiddetta riforma sanitaria di Barack Obama, 308 – 10.3. Le conclusioni ultime, 316

319 **Autori**

PIANO DELL'OPERA

*Non esiste sanità pubblica o sanità privata:
esiste il diritto alla salute.*

Aldo Ferrara

Questa pubblicazione si compone di due Tomi e quattro Parti ed è dedicata ai diritti disapplicati, mancati, elusi, feriti, stracciati, chiamateli come volete, che nella nostra società civile avrebbero dovuto essere attuati come da Costituzione. Ma la *Charta* fondante la nostra Repubblica democratica, in vigore da 77 anni, non è stata mai veramente posta in essere. È rimasta, per troppi aspetti, un “pezzo di carta inanimata” come profetizzò Piero Calamandrei.

Non è scomparsa la povertà malgrado in Costituzione sia scritto nell'art. 3, poi ribadito nell'art. 41, che la “Repubblica rimuove ogni ostacolo alla crescita economica”⁽¹⁾; peraltro non sono scomparse le peripezie dei malati, specie quando ad essi non si riserva l'attenzione del tempo passato, malgrado fosse ancora segnato dall'impoverimento post-bellico. Ognuno di loro potrà descrivervi il calvario nei Pronto Soccorso, sbattuti su barelle, moderni giacigli d'acciaio, in attesa che qualcuno ne solleciti il ricovero. Ma chi ha potuto pagare una assicurazione sanitaria, riceve nelle Case di Cura il pasto in vassoi d'argento

(1) Art 3 Cost. Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

(o quasi) e il medico prima bussa la porta. Un modo come un altro per inventarsi un altro art. 32 Cost., bellamente aggirato senza scomodarsi a modificarlo⁽²⁾.

Così, dopo aver dedicato anni alla battaglia per una sanità pubblica dignitosa, l'incontro decisivo, per questo evento editoriale, con Antonio Caputo, giurista dal piglio deciso, dai toni robusti e dall'animo gentile con il quale condividiamo da subito accenti, ricordi, impressioni. Da Giurista di alto rango, ha partecipato alle battaglie per l'incostituzionalità delle leggi elettorali recenti, prima il Porcellum poi l'Italicum, così entra nel novero di coloro con i quali la comunanza delle istanze sociali e politiche rende il percorso controcorrente del salmone più navigabile.

Antonio, Vicepresidente della FIAP e Presidente dei Circoli *Giustizia e Libertà*, è dunque il miglior compagno, anzi mentore per un percorso di battaglia forse perdente ma che non possiamo trascurare salvo avere la coscienza, sociale e civile, fatta a pezzi come la bandiera di Valmy.

Non abbiamo altri armi che i forconi della nostra cultura sociale e politica, magari imperfetta, abbiamo contro tutti, perché, come si leggerà nei tomi, lo stato dell'arte sulla legislazione delle Minoranze Emergenti e della Sanità è destinato a restare gattopardescamente immodificato.

Due Tomi, quattro parti, dedicate a Minoranze Emergenti e povertà, triste compagine da esplorare nel pianeta dell'emarginazione, il girone dantesco della sussistenza spesso negata e la triste realtà del disinteresse generale. Colpisce quanta poca attenzione si dedichi alle *Public Policies* su migranti e detenuti, vittime di esclusione sociale destinata a peggiorare.

Oggi la condizione di povertà e/o di indigenza, nella sua allargata scala di rappresentazione, dovrebbe essere al centro delle *Public Policies* di un Paese che vanta una Costituzione protettiva e scritta dai "75" in vista di traguardi sociali avanzati. Invece oggi, oltre al mancato progresso sociale ed economico, dobbiamo far fronte alla massima arretratezza sul fronte della protezione sociale. Situazioni gravi che, con i cambiamenti climatici e l'urbanizzazione, diventano bombe ad orologeria e limitano l'aspettativa di vita. Siamo dunque grati a Calogero Caruso e

(2) Art. 32 Cost. La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Giuseppina Candore, dell'Università di Palermo, per il loro apporto su questi argomenti cogenti.

Altra questione scottante, ampiamente eviscerata nei suoi aspetti, è la Sanità Pubblica, preclusa a 9 milioni di cittadini, mentre 7 milioni non accedono alle cure odontoiatriche, i medici scolastici hanno da tempo abbandonato Scuola, alunni e loro prevenzione e si aspettano circa 2 anni per una TC che di solito si prescrive per un sospetto neoplastico che ha come limite temporale pochi mesi.

Nel Tomo successivo, il diritto al Servizio Pubblico, quanto meno una prestazione dovuta dall'Amministrazione a chi paga le tasse, naviga in un panorama sconsolante di servizi, resi ubiquitariamente privati, con elegia fuori luogo nei media per i successi economici delle nostre Aziende che erano dello Stato e che oggi elargiscono profit e dividendi a Holding e investitori stranieri.

Ultimo *cabiers de doléance*, il mancato diritto alla rappresentatività, con leggi elettorali inique, scritte da oligarchi e ammannite come leggi democratiche che invece la Consulta ha bollato e talora cancellato più volte, sia pure parzialmente, specie per alcuni indifendibili articoli.

Non possiamo abbandonare questa lotta, anche se avesse un destino perdente perché è il segno distintivo della rinascita democratica antifascista di cui ci pregiamo d'essere epigoni.

Un ringraziamento irrituale a due nostri *mentori*: Maria Pia Garavaglia, Presidente ANPC (Ass. Naz. Partigiani Cristiani), già Ministro della Sanità e il Maestro di Scienza Politica Professore Emerito Gianfranco Pasquino, dal quale si impara sempre. In questi anni, le nostre Collane Editoriali, quella di Agora&CO, diretta dal Dr. Antonio Scollo su "*Le conseguenze economiche delle crisi globali*" e l'attuale della Aracne Editrice sul Libro Bianco dei Diritti Violati, stanno moltiplicando i propri sforzi per creare una piccola oasi di cultura.

INTRODUCTION PANEL

Sussistenza e Sanità. Diritti negati

L'aggettivo "fondamentale" si incontra una sola volta nella Costituzione, precisamente all'articolo 32, per definire la tutela della salute come obbligo da esercitarsi da parte della Repubblica.

Non c'è dubbio che la legge 833 del 1978, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fosse l'attuazione di quel principio costituzionale ma da allora sono trascorsi quasi 50 anni. Fondamenta del SSN erano altri principi irrinunciabili definiti in altre parti della Costituzione, a partire dall'articolo 3 che garantisce la uguaglianza di tutti i cittadini. La Riforma proponeva una visione per attuare diritti e doveri in tema di tutela della salute; in particolare la universalità nell'accesso ai servizi e la equità ne sono i pilastri portanti. All'origine dell'attuazione fu abbastanza facile riconoscere quel profilo nel costruire l'edificio. Ora è piuttosto diroccato perché le manutenzioni, sporadiche e superficiali, non hanno saputo (o voluto) adeguarsi alle successive, e continuamente attive, innovazioni scientifiche, organizzative e di *governance*, oltre che di finanziamento. Siamo attualmente in presenza di molte critiche al SSN nel suo complesso, tuttavia manca una nuova organica proposta per valorizzarne il ruolo e la finalità. Al cittadino giungono i servizi, non le norme. Se mancano medici e infermieri si percepisce una disorganizzazione a scapito di chi non può avere altre risorse

al di fuori del servizio pubblico. Spesso si tratta di irrazionale distribuzione del personale che comunque comporta diminuzione delle prestazioni. In tal modo si crea una ingiusta sperequazione fra l'accesso al sistema privato per chi ha le possibilità e la mancanza di cure per chi non può. La complementarità dei due sistemi è tema delicato e di grande impatto sociale da definire con decisione.

Dalla sua entrata in vigore il SSN ha determinato una conoscenza dei diritti da parte dei cittadini e una consapevolezza di quanto la salute sia un bene da proteggere. La prevenzione è una delle funzioni entrate nella cultura condivisa, come attività che ha grande valore, tanto quanto la cura e la riabilitazione. E la esperienza degli ultimi anni ha inserito nel dibattito la conoscenza di quanto il contesto esistenziale della persona - l'ambiente di vita e di lavoro, gli stili di vita, la salubrità o meno del territorio, la povertà culturale e la incapienza sociale- incidano sui fondamentali di salute. One Health è ormai superata da *Planetary Health* e infatti è così; la crisi climatica, sotto gli occhi di tutti, ha introdotto una nuova esperienza di interdipendenza: il nostro mondo è piccolo!

Il nostro sistema sanitario deve tenerne conto perché il mondo mette a disposizione dei servizi per la persona innovazioni scientifiche in materia di ricerca biomedica, farmacologica, imaging, nonché di telemedicina in senso lato, robotica...

Può il SSN non essere adeguato alla nuova necessaria riorganizzazione? Attorno al cittadino deve prevedersi una tutela dalla culla al fine vita degnamente accompagnato, quindi anche con la formazione del personale in quantità e qualità adeguate. La demografia e la epidemiologia nonché il contesto sociale devono essere le basi di una programmazione pluriennale che possa consentire controlli di produttività quanto ai determinanti di salute, con una pianificazione delle risorse necessarie per servizi ma anche per strutture idonee. Attorno al cittadino deve prevedersi una tutela dalla culla al fine vita degnamente accompagnato quindi anche con la formazione del personale in quantità e qualità adeguate. La demografia e la epidemiologia nonché il contesto sociale devono essere le basi di una programmazione pluriennale che possa consentire controlli di produttività quanto ai determinanti di salute, ed anche la pianificazione delle risorse necessarie per servizi ed anche per strutture idonee.

Con il Programma di ripresa e resilienza (PNRR) si sono appostati fondi per investimenti strutturali, purtroppo senza dedicarne una parte indispensabile alla qualificazione di quei servizi che riducono le disuguaglianze, cioè garantiscono i diritti soprattutto dei cittadini più fragili e vulnerabili in salute e per condizione sociale. La denatalità (*da considerare anche la infertilità*) e l'invecchiamento della popolazione sono due polarizzazioni della composizione della nostra comunità che pretendono visione, lungimiranza e strategia.

Il “successo” della medicina ci consegna un aumento della cronicizzazione delle malattie. La sempre invocata e mai realizzata integrazione tra il sistema sanitario e quello socio-assistenziale è tempo che trovi una architettura istituzionale quadro per evitare le gravi sperequazioni territoriali e non solo. Questo contesto comporta che le scelte politiche incontreranno temi bioetici di grande rilievo: non potranno esserci selezioni per quando, quanto e chi curare e attrezzare il territorio perché la istituzionalizzazione sanitaria dipenda solo dall'effettivo bisogno del cittadino e delle famiglie la cui composizione e fragilità pretendono il supporto comunitario. Perché l'appropriatezza degli interventi e delle prestazioni è un servizio alla dignità della persona.

Il dibattito suscitato da tempo in merito alla diversa performance dei servizi sanitari nelle diverse Regioni e Province Autonome — “21 sistemi sanitari”! — non coinvolge come dovrebbe, invece, la *governance* che deve essere coerente con la visione. Se deve essere mantenuta la regionalizzazione bisogna essere conseguenti e quindi lasciare al governo centrale solo la programmazione nazionale e la definizione del Fondo nazionale. Non servirebbe una quantità di ministeri, ministeriali, dipartimenti, ecc. ma una radicale scelta, un solo Ministero della Sicurezza Sociale (e niente anglicismi, welfare!) al posto dei ministeri della disabilità, della salute, della famiglia, quanto personale e quanti fondi risparmiati! Se ad ogni elezione si modifica la struttura del governo, aumentando le poltrone anziché razionalizzare, parlare di sostenibilità (mi limito a quella finanziaria) è pura propaganda sterile perché non ottiene il risultato conclamato e serve come alibi per scomposti tagli alla spesa. La visione di un efficiente ed efficace sistema di servizi comporta una idea di gestione che può assecondare, con flessibilità, i mutamenti culturali e sociali, per rendere effettivamente fruibile il

diritto fondamentale alla tutela della salute che è poi il target di questo volume. Ricchissimo di contributi interdisciplinari, propone un ampio dibattito che collega dati, proposte e richiami giuridici, inquadrati in quel neumanesimo che andiamo cercando.

MARIA PIA GARAVAGLIA, 22.04.24

Disegualmente e diversamente sani?

Non è, naturalmente, un caso se fra i tre indicatori dell'Indice dello Sviluppo Umano troviamo quello, composito, dell'aspettativa di vita (gli altri due sono il grado di istruzione e il reddito pro capite). Vivere a lungo significa in buona misura avere goduto di prestazioni sanitarie di livello più che accettabile offerte come diritto a tutti i cittadini. In Italia è improbabile che moriremo socialdemocratici, ma i Costituenti, solo molto limitatamente socialdemocratici, con grande saggezza e per spirito di equità scrissero l'art. 32: *“la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*.

Nella classifica complessiva dello Sviluppo Umano l'Italia non è mal messa visto che occupa la 30esima posizione dei 193 paesi. Tuttavia, spesso, ma inevitabilmente, i dati aggregati celano molte problematiche di rilievo per cogliere le quali e comprenderne le tendenze è necessario procedere ad accurati approfondimenti. La risposta italiana alla sfida della pandemia Covid, complessivamente positiva, ha rivelato l'importanza di tre fattori. Anzitutto, l'attività di coordinamento degli interventi sanitari non può essere garantita se non a livello quantomeno nazionale. Accettare una, peraltro complicatissima, competizione fra le regioni non produce nulla di buono e, comunque, accresce le diseguaglianze. In sanità, il supposto federalismo non deve essere competitivo, ma concretamente solidale. Solo con una visione dall'alto che il Ministero è in grado di acquisire/avere la solidarietà diventa praticabile. Secondo, quando la sfida è imponente per dimensioni e per gravità, la risposta dei sistemi sanitari misti “pubblico/privato” appare inadeguata, ma comunque si sostanzia in un inesorabile incremento e espansione delle diseguaglianze a scapito dei meno abbienti. Qualsiasi riequilibrio richiede ingenti investimenti pubblici nel personale, nelle strutture, nella ricerca. Infine, è probabile che sfide significative richiedano, come già avvenuto per il Covid, l'attivazione di procedure e impegni sovranazionali di cui soltanto l'Unione Europea può essere capace. Da soli non si va da nessuna parte. Lo scrisse esattamente quattro secoli fa il poeta inglese John Donne: *“No man is an island...”*

L'autonomia regionale differenziata si muove in senso chiaramente e deliberatamente opposto ai tre fattori che ho brevemente commentato. Sarà interessante vedere come verranno decisi e fissati i Livelli Essenziali di Prestazione nel settore sanitario. Fin d'ora, però, è possibile sostenere che il divario fra le regioni con la sanità già meglio finanziata e quelle con minori disponibilità di fondi non soltanto non verrà colmato, ma sarà sicuramente accresciuto, esteso. Il "fondamentale diritto dell'individuo" alla salute sarà garantito in maniera molto disforme da regione a regione. "L'interesse della collettività" alla salute passerà in secondo piano rispetto all'interesse di alcune regioni meglio attrezzate e probabilmente anche egoiste.

Mi pare opportuno concludere con qualche convinta e fiduciosa parola di speranza nella politica. Infatti, a fronte di diseguaglianze crescenti e di prestazioni declinanti probabilmente i cittadini decideranno di esternare la loro insoddisfazione, preoccupazione, opposizione e uomini e donne politiche, con l'aiuto delle dense, colte e importanti analisi e riflessioni contenute in questo volume curato da Aldo G. Ferrara e da Antonio Caputo, avranno modo e incoraggiamento per organizzare le proteste e per formulare le (contro)proposte. Al momento, però, questo, temo, sia poco più che un auspicio. Da alimentare. *Yes, we can.*

GIANFRANCO PASQUINO
Bologna 25 giugno 2024

PERCHÉ QUESTO VOLUME, OGGI?

Mentre scriviamo è in corso una campagna elettorale per il Parlamento Europeo, una come tante, e da più parti arriva la domanda. *Perché non candidarsi?*

Perché la politica, *politicienne*, attiva, gridata è cosa altra dallo studio politologico, carsico, silenzioso, ricerca talora inefficace, altre volte più ricca di risultati o di spunti dialogici, scoperta e approfondimento dei Trattati o della Costituzione o delle Pronunce. La differenza ricorda quel neanche sottile crinale che separa il Teatro dal cinema o tanto più dalla TV. Un impalpabile confine di regole, dettami, insegnamenti accademici, codici quasi sacri, mai da violare che ne fanno il tempio dell'Accademia e lasciano ai *media* la notizia *en passant*. Sul palcoscenico di un teatro sei nudo davanti ad una platea che non vedi e non senti, sei in preda alla tua solitudine implosiva con la quale dovrai fare i conti. E se sei un buon attore, quella platea, che non vedi nel buio e non senti perché la prima regola è il silenzio, sarà resa partecipe della tua dimensione. Ecco, il nostro intendimento è quello di creare un profilo di ricerca politologica destinato ad una platea che non ascolta il silenzio dei politici urlanti e che bene o male, da qualche parte ci sarà pure.

Così come esistono epigoni del Diritto, i difensori delle regole. Dell'“*affaire* Tortora” è rimasta scolpita la strenua difesa del suo legale Raffaele Della Valle, un vero Principe del Foro. In quell'occasione processuale non difese solo il soggetto con presunzione di non

colpevolezza, difese la Persona e i suoi sacrosanti diritti. Trasferire nella trincea dei diritti civili statura umana e morale intessuta di cultura giuridica è per Della Valle un percorso obbligato nella ricerca della verità. Questa, tuttavia, non sempre da processuale coincide con quella che noi tutti auspichiamo, ma il Principe del Foro, con le sue battaglie civili ci ha insegnato che il rispetto dei diritti e quello delle regole devono essere contestuali. Con questo metodo, ancora oggi egli continua a consegnare al Paese etica, scienza e coscienza allineate come pianeti coerenti.

Per la congiunzione di attinenza con il tema trattato ed elementi personali, non possiamo esimerci dal dedicare questo volume a chi tutto aveva preconizzato sul *diritto alla salute*, il Ministro Aldo Aniasi, Comandante ISO, Sindaco di Milano e Ministro della Sanità e sui *diritti violati* Giovanni Sartori, Maestro della Scienza Politica, fonte e ispirazione di tutti i nostri ragionamenti, nel centenario della nascita (13 maggio 1924).

Dopo il volume “Diritti Feriti” con Pasquale Costanzo, 2020, ecco il volume “Diritti Violati”, un vero e proprio LIBRO BIANCO, nel segno che in questi anni sul tema dei diritti è calata la notte più oscura.

Aldo Ferrara