

Alle origini dell'obbligo legislativo vaccinale nell'ordinamento giuridico italiano

di Gaetano Armao

1. All'inizio del '900 Federico Cammeo individuava il fondamento dell'intervento statale in campo sanitario, e quindi anche l'obbligatorietà del trattamento vaccinale, nell'esigenza di “*avere una popolazione sana e numerosa*”, poiché “*la sanità e il numero della popolazione è un presupposto necessario della potenza dello Stato*”¹.

In quel contesto la tutela delle condizioni di salute della popolazione era quindi attività di pubblico interesse di polizia sanitaria avuto riguardo ai pericoli scaturenti dalla diffusione della malattie, soprattutto di tipo epidemico e quindi non in considerazione del diritto personale alla tutela della salute².

L'avvento della Costituzione repubblicana, con l'introduzione dell'art. 32³, ha offerto all'intervento di sanità pubblica più importante per l'umanità: i trattamenti vaccinali obbligatori, un nuovo inquadramento⁴.

¹ F. CAMMEO, *Principi generali, fonti ed organi dell'amministrazione sanitaria*, in *Sanità pubblica*, in *Primo trattato completo di diritto amministrativo italiano*, diretto da V.E. Orlando, vol. IV, Parte II, Milano 1905, 213.

² N. AICARDI, *La sanità*, in S. Cassese (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo, Diritto amministrativo speciale, I, Le funzioni di ordine. Le funzioni del benessere. Il lavoro e le professioni*, Milano, 2000, 382 e ss. e F. FONDERICO, *Igiene pubblica*, S. Cassese (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo*, cit., 711 ss.

³ Sul quale si vedano nell'ampia dottrina L. CARLISSARE, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in R. Alessi (a cura di), *L'ordinamento sanitario, I, L'amministrazione sanitaria*, Milano, 1967, 103 ss.; B. CARAVITA DI TORITTO, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Dir. Soc.*, 1984, 22 ss.; M. LUCIANI, *Salute (diritto alla)*, in *Enc. giur.*, XXVII, Roma, 1991, 4 ss.; A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32*, in R. Bifulco, A. Celotto, M. Olivetti (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Torino, 2006, 666 ss. e, più recentemente, R. FERRARA, *Il diritto alla salute: principi costituzionali*, in S. Rodotà, P. Zatti (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Milano, 2010, 18 e ss., al quale si rinvia per ulteriori riferimenti in dottrina, l'A. rileva che “*non si può non ribadire che se, da un lato, l'art. 32 Cost. quasi introduce principi «rivoluzionari» ed «eversivi» [...], esso deve essere, dall'altro, opportunamente contestualizzato, e cioè apprezzato nella sua dimensione e collocazione storico-politica e valoriale. La norma rischia infatti di apparire tanto rilevante e straordinariamente innovativa quanto, peraltro, generale*”, G. CORSO, *Pubblico e privato nelle politiche sanitarie*, in *Nuove autonomie*, 2011, 17 ss. e, da ultimo, A. PAPA, *La tutela multilivello della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione?*, in *federalismi.it*, 14 settembre 2018, oltre ai contributi al seminario.

⁴ Sull'inquadramento costituzionale dell'obbligo vaccinale si vedano, da ultimo: R. ROMBOLI, *Aspetti costituzionali della vaccinazione contro il Covid-19 come diritto, come obbligo e come onere (certificazione*

Sulla disposizione costituzionale si è poi innestata una copiosa giurisprudenza costituzionale⁵ ed amministrativa⁶.

verde Covid-19), in *Questione giustizia*, 6 settembre 2021, 1 ss., A. RUGGERI, *Perché la Costituzione impone, nella presente congiuntura, di introdurre l'obbligo della vaccinazione a tappeto contro il Covid-19*, in *Giustizia insieme*, 15 settembre 2021, con ampi riferimenti in dottrina. In senso critico A. MANGIA, *Si caelum digito tetigeris. Osservazioni sulla legittimità costituzionale degli obblighi vaccinali*, in *Rivista AIC*, 3, 2021, 432 ss.

Per una disamina di tipo comparato si vedano, tra gli altri, M. TOMASI, *Vaccini e salute pubblica: percorsi di comparazione in equilibrio fra diritti individuali e doveri di solidarietà*, in *Dir. pubb. comp. ed europeo*, 2/2017, 455 e ss.; CORTE COSTITUZIONALE, *La disciplina degli obblighi di vaccinazione*, a cura di P. Passaglia, Roma, 2017; G. CARBONI, *Il potere degli stati per la tutela della salute pubblica*, in *DPCE online*, 1-2021.

⁵ Come ricorda la stessa ordinanza del giudice siciliano la norma costituzionale postula il necessario contemperamento del diritto alla salute della singola persona (anche nel suo contenuto di libertà di cura) con il coesistente e reciproco diritto delle altre persone e con l'interesse della collettività. In particolare secondo il Giudice delle leggi, impregiudicata restando la necessità che l'obbligo vaccinale sia imposto con legge, la norma che prescrive un trattamento sanitario non è incompatibile con l'art. 32 Cost. Purché siano rispettate le seguenti condizioni: tutela e miglioramento dello stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri; non nocività dello stato di salute del cittadino al quale viene somministrato salvo che per quelle sole conseguenze "che appaiano normali e, pertanto, tollerabili"; nell'ipotesi di danno ulteriore, sia prevista comunque la corresponsione di una equa indennità in favore del danneggiato, e ciò a prescindere dalla parallela tutela risarcitoria (sentenze n. 258 del 1994 e n. 307 del 1990). Come precisato dalla successiva sentenza della Corte 18 gennaio 2018 n. 5, il contemperamento dei molteplici principi affida poi alla discrezionalità del legislatore – che deve essere esercitata alla luce delle diverse condizioni sanitarie ed epidemiologiche, accertate dalle autorità preposte (sentenza n. 268 del 2017) "e delle acquisizioni, sempre in evoluzione, della ricerca medica, che debbono guidare il legislatore nell'esercizio delle sue scelte in materia (così, la giurisprudenza costante della Corte sin dalla fondamentale sentenza n. 282 del 2002)" – l'individuazione delle modalità attraverso le quali assicurare una prevenzione efficace dalle malattie infettive, potendo lo stesso specificare la tecnica della raccomandazione o dell'obbligo adeguando le misure, anche sanzionatorie, con l'obiettivo di garantire l'effettività compulsoria.

Da ultimo, il Giudice delle leggi, con la sentenza 23 giugno 2020 n.118, ha offerto ulteriori contributi a scolgere, sulla scorta degli artt. 2, 3 e 32 Cost., il fondamento del diritto all'indennizzo conseguente al trattamento vaccinale che "non risiede quindi nel fatto che questi si sia sottoposto a un trattamento obbligatorio: riposa, piuttosto, sul necessario adempimento, che si impone alla collettività, di un dovere di solidarietà, laddove le conseguenze negative per l'integrità psico-fisica derivino da un trattamento sanitario (obbligatorio o raccomandato che sia) effettuato nell'interesse della collettività stessa, oltre che in quello individuale" di guisa che "la previsione dell'indennizzo completa il "patto di solidarietà" tra individuo e collettività in tema di tutela della salute e rende più serio e affidabile ogni programma sanitario volto alla diffusione dei trattamenti vaccinali, al fine della più ampia copertura della popolazione".

⁶ Da ultimo si veda la pronuncia, ampiamente richiamata nell'ordinanza in esame, del Consiglio di Stato, III, 20 ottobre 2021, n. 7045, nel solco della sentenza, anche l'ordinanza della medesima sezione del Consiglio di Stato, 4 febbraio 2022 n. 583, per la quale "anche alla luce dell'evoluzione della ricerca scientifica, non si ravvisano ragioni per rimeditare – come invece richiesto da parte appellante – i principi espressi nella citata sentenza n. 7045/2021 resa da questa Sezione e ciò in quanto le misure contestate da parte appellante si inseriscono nel quadro di una strategia generale di contrasto alla pandemia e non risultano essere

Giova ricordare che la Costituzione è ispirata al principio fondamentale della libertà ed a quello dell'eguaglianza, i quali lungi dal costituire un'endiadi si pongono in termini di relazione biunivoca. Come efficacemente affermato in dottrina infatti: “*si è liberi perché si è uguali, si è uguali perché si è liberi*”, ciò in quanto la Carta fondamentale ha realizzato il superamento del liberalismo elitario del XIX secolo e, ad un tempo, del collettivismo liberticida del regime sovietico, rigettando ogni forma di organicismo, sia che si presenti come restaurazione del passato, sia che aspiri a fornire la base teorica di uno statalismo oppressivo vestito di panni “*rivoluzionari*”, in guisa da respingere le forme dittatoriali del fascismo e del comunismo staliniano.

Ne discende che la conseguenza “*logica e assiologica di questa impostazione di fondo è la priorità etica e giuridica della persona rispetto allo Stato. In nessun caso e in nessun modo può essere sostenuto o avallato l'assorbimento della prima nel secondo. La persona non può essere funzionalizzata ad alcuna finalità collettiva, ma solo tenuta alla solidarietà verso gli altri, intesi, a loro volta, come persone o gruppi sociali*”⁷.

Nel caso della vaccinazione obbligatoria il diritto alla libera autodeterminazione sanitaria va compendiato con quello della salute pubblica e dal principio di solidarietà verso i soggetti più fragili, cardine del sistema costituzionale (art. 2 Cost.). Appare, infatti, ormai consolidato il principio alla stregua del quale la vaccinazione obbligatoria debba essere diretta: “*non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri, giacché è proprio tale ulteriore scopo, attinente alla salute come interesse della collettività, a giustificare la compressione di quella autodeterminazione dell'uomo che inerisce al diritto di ciascuno alla salute in quanto diritto fondamentale*”⁸.

La questione esaminata dal Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione Siciliana (ord. 12 gennaio 2022, n. 38)⁹ attiene alla vaccinazione obbligatoria selettiva introdotta dall'art. 4 del d.l. n. 44 del 2021 conv. con mod. in l. n. 76 del

sproporzionate né discriminatorie, né lesive dei diritti fondamentali dei destinatari. Deve in questa sede ribadirsi che il diritto all'autodeterminazione di quanti abbiano deciso di non vaccinarsi è da ritenersi recessivo rispetto alla tutela di beni supremi quale è la salute pubblica, specie in considerazione del fatto che il provvedimento di sospensione, ove adottato, non ha funzione sanzionatoria e non pregiudica in alcun modo il rapporto di lavoro”.

In senso analogo il decreto presidenziale della stessa sezione del 28 gennaio 2022 n. 416 con riguardo all'obbligo vaccinale, introdotto a decorrere dal 15 dicembre 2021, per il personale scolastico del sistema nazionale di istruzione e la previsione alla cui inosservanza consegue l'immediata sospensione dal diritto di svolgere l'attività lavorativa.

⁷ Così G. SILVESTRI, *Introduzione*, a M. D'Amico, B. Liberali (a cura di), “*Il referendum sull'art. 579 c.p.: aspettando la Corte costituzionale*”, Università degli studi di Milano, 15 dicembre 2021, *Rivista Gruppo di Pisa*, 2022-1, Quad. n.4, 3.

⁸ Corte Cost. 307 del 1990 la si veda in *Il Foro Italiano*, Vol. 113, Parte I, 1990, 2693 e ss. con note di A. PRINCIGALLI, G. PONZANELLI, *Lesione da vaccino antipolio: che lo Stato paghi l'indennizzo*.

⁹ Una disamina critica a prima lettura dell'ordinanza si rinviene in B. LIBERALI, *La non manifesta infondatezza subordinata alle risultanze istruttorie: una trasformazione impropria?*, in *Ceridap.eu*, 8 febbraio 2022.

2021 per il personale medico, espressione del bilanciamento tra i valori dell'autodeterminazione individuale e della tutela della salute pubblica¹⁰, involgendo lo stesso rapporto tra la scienza e il diritto, e nel caso di specie all'estensione ad uno studente tirocinante all'interno delle strutture sanitarie del corso di laurea d'Infermieristica presso l'Università di Palermo non vaccinato contro il virus *Sars-CoV-2*¹¹.

Il Giudice di appello ha ritenuto essenziale, ai fini della valutazione della non manifesta infondatezza della prospettata questione di costituzionalità, disporre incumbenti istruttori al fine di verificare se il cittadino possa ricevere “*informazioni complete e corrette che siano facilmente e liberamente accessibili, e per altro verso che la sperimentazione, la raccolta e la valutazione dei dati (il più possibile ampi e completi) avvengano (o siano almeno validati) da parte di organismi indipendenti, in quanto l'affidamento della raccolta dei dati al produttore del vaccino presenta profili di evidente criticità (in tema di situazioni di conflitto di interessi in relazione ad attività svolta in favore di case farmaceutiche produttrici di vaccini)*”.

L'ordinanza del CGA si incentra quindi proprio sull'obbligo vaccinale¹² e pur ancorando la propria disamina della questione sottoposta al suo giudizio agli orientamenti della giurisprudenza costituzionale, non esita a prospettare la necessità di verificare se l'obbligo vaccinale possa soddisfare i criteri elaborati da quest'ultima in materia di compressione della libertà di autodeterminazione sanitaria dei cittadini¹³.

¹⁰ L'art. 4, del d.l. n. 44 del 2021, conv. con mod. in l. n. 76 del 2021, al primo comma, dispone, in considerazione della situazione di emergenza epidemiologica da *SARS-CoV-2*, che fino alla completa attuazione del piano di cui all'art. 1, comma 457, della l. n. 178 del 2020 – e, cioè, il Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, finalizzato a garantire il massimo livello di copertura vaccinale sul territorio nazionale – e comunque non oltre il 31 dicembre 2021, “*al fine di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza*”, gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario di cui all'art. 1, comma 2, della l. n. 43 del 2006, che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali, pubbliche e private, nelle farmacie, nelle parafarmacie e negli studi professionali sono obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita per la prevenzione dell'infezione da *SARS-CoV-2*. Tale forma di trattamento vaccinale, giusta il citato primo comma, costituisce espressamente “*requisito essenziale per l'esercizio della professione e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative dei soggetti obbligati*” ed è somministrato nel rispetto delle indicazioni fornite dalle Regioni, dalle Province Autonome e dalle altre autorità sanitarie competenti, in conformità alle previsioni contenute nel piano.

¹¹ Giova ricordare che nella questione prospettata dal ricorrente egli ha sostenuto di non poter aver somministrato il vaccino per la natura sperimentale del siero e perché in passato avrebbe contratto il virus *Sars-CoV-2*, da ciò la conclusione che egli avrebbe conseguito l'immunità naturale perenne avendo goduto di memoria anticorpale e sottolinando, altresì, che la prescritta inoculazione avrebbe recato il rischio di decesso per *Antibody Dependent Enhancement*.

¹² Sulla cui evoluzione di recente v. N. VETTORI, *L'evoluzione della disciplina in materia di vaccinazioni nel quadro dei principi costituzionali*, in *Riv. It. Med. Legale*, 1, 1 febbraio 2018, 237 e ss. e M. DE PASCALIS, *Panoramica in tema di obbligo vaccinale: dalla inderogabile solidarietà alla tutela necessaria*, in *Camminodiritto.it*, 8 giugno 2019.

¹³ In altre parole la questione della legittimità degli obblighi vaccinali e dei limiti costituzionali

2. È noto che la pandemia da Covid abbia inciso sulle relazioni tra Istituzioni e cittadini, introducendo diffuse misure vincolanti ed obblighi ai quali la società italiana era disabituata ed ha visto la recrudescenza del fenomeno della c.d. esitazione vaccinale (*vaccine hesitancy*)¹⁴. E l'ordinanza del Consiglio di Giustizia amministrativa per la Regione Siciliana che ha ispirato il seminario di oggi offre spunti di notevole rilievo sul piano costituzionale ed amministrativo, ancorché non costituisca, per la natura cautelare, un inequivocabile arresto giurisprudenziale.

I contributi degli studiosi intervenuti hanno ampiamente esaminato in termini approfonditi i diversi profili della fattispecie e delle questioni prospettate dall'ordinanza nel prisma dell'esigenza di bilanciamento tra il diritto di libertà e la tutela della salute e la sicurezza della collettività.

Un bilanciamento mutevole, complesso, poliedrico del quale la pronuncia del CGA ha avuto il coraggio di farsi carico offrendo una prospettazione interpretativa volutamente ancorata, in assenza di puntuali riferimenti normativi relativi alla fattispecie sottoposta a giudizio, ai principi generali.

In tale contesto sembra utile richiamare la radice storica del controverso istituto dell'obbligo legislativo del trattamento vaccinale, tornato di estrema attualità a seguito della pandemia e che è oggetto dell'ordinanza di cui si dibatte nel seminario.

3. L'epidemia colerica del 1884-85, che colpì in particolare le Città di Napoli (la più popolosa d'Italia, al tempo, ma con punte elevate anche a Genova e Cuneo) aveva destato preoccupazioni nell'opinione pubblica per la diffusività del virus, proprio mentre Robert Koch scopriva il vibrione della malattia. Il contrasto all'epidemia fu realizzato attraverso le tradizionali misure di profilassi sanitaria (cordoni sanitari e quarantene), ma si iniziò a guardare allo sviluppo scientifico dell'igiene pubblica considerata quale elemento imprescindibile per bloccare la diffusione morbo¹⁵.

alla imposizione di tale obbligo viene declinata sotto il profilo della non nocività dell'inoculazione per il singolo e beneficio per la salute pubblica, ed in particolare che venga garantita “*la comunicazione alla persona che vi è assoggettata ... di adeguate notizie circa i rischi di lesione*” e che la discrezionalità del legislatore sia esercitata alla luce “*delle acquisizioni, sempre in evoluzione, della ricerca medica*”. E ancora che sia stata seguita la “*raccomandazione*” della Corte (decisione n.258/1994) secondo la quale, ferma la obbligatorietà generalizzata delle vaccinazioni ritenute necessarie, il legislatore dovrebbe individuare specifici e puntuali “*accertamenti preventivi idonei a prevedere ed a prevenire i possibili rischi di complicanze*”.

¹⁴ M. GOLDENBERG, *Vaccine Hesitancy: Public Trust, Expertise, and the War on Science*, Pittsburgh, 2021

¹⁵ In merito si veda per tutti L. FORTI MESSINA, *L'Italia dell'Ottocento di fronte al colera*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Malattia e medicina*, Annali VII,, Torino 1984, 431 ss., la quale ricorda che a Napoli fino al 1884 sarebbero stati presenti solamente due acquedotti, antichi e di portata insufficiente per una città così popolosa, pericolosi per costruzione e manutenzioni che

Giova ricordare che la legislazione sanitaria dello Stato unitario trovava un primo riferimento nell'Allegato C della legge per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia del 20 marzo 1865, n. 2248 che attribuiva la tutela della salute pubblica al ministro dell'Interno ed, a livello periferico, ai prefetti, ai sottoprefetti ed ai sindaci ed istituiva il Consiglio superiore di sanità ed i Consigli sanitari provinciali e circondariali¹⁶.

La legge 20 marzo 1865, n. 2248, se introduceva le prime disposizioni relative al settore della sanità pubblica¹⁷ nulla diceva sull'obbligo vaccinale. Con riguardo alle situazioni epidemiche il Regolamento per l'esecuzione della legge, approvato con Regio decreto 8 giugno 1865, n. 2322, si limitava a prescrivere in termini del tutto generici, all'art. 82, che: *“manifestandosi in qualche comune una malattia di natura evidentemente pericolosa e diffusiva, o da potersi sospettare per tale, gli esercenti l'arte salutare che avranno avuto occasione di osservarla ne daranno tosto avviso al Sindaco, il quale convocherà immediatamente la Commissione municipale di sanità. La Commissione municipale di sanità, uditi gli esercenti, dichiarerà se, a parer suo, la malattia denunziata abbia carattere veramente epidemico, o debba dirsi solamente sospetta, suggerendo al tempo stesso i provvedimenti che stimerà necessari ad arrestarne la propagazione”*.

Nessun riferimento esplicito è quindi dato rinvenire nei testi normativi anteriori alla riforma del 1888 alla vaccinazione né, tanto meno, alla sua eventuale introduzione obbligatoria.

Le disposizioni dell'Allegato C e delle sue successive integrazioni regolamentari rimasero in vigore sino alla pubblicazione della legge 22 dicembre 1888, n. 5849, legge sulla tutela della igiene e della sanità pubblica, che estendeva la sfera di competenza della *“polizia sanitaria”*, disciplinando in termini più puntuali la materia igienico-sanitaria e del regolamento attuativo r.d. 9 ottobre 1889, n. 6442¹⁸.

Già la legge speciale per il risanamento di Napoli (l. 15 gennaio 1885, n. 2892 *“Per il risanamento della città di Napoli?”*) nel presupposto che tra le cause dell'epidemia vi fosse l'affollamento abitativo e le pessime condizioni igieniche sanitarie, prevedeva la bonifica di interi quartieri, portava ad una svolta assumendo il principio che lo Stato avrebbe dovuto farsi carico dei problemi di una

non assicuravano la sanità dell'acqua che vi scorreva; inoltre, anche le fognature erano insufficienti e mal funzionanti (451).

¹⁶ L. ARRU, *L'organizzazione sanitaria sul piano centrale*, in R. Alessi (a cura di), *L'ordinamento sanitario. L'amministrazione sanitaria*, Vicenza, 1967 (Isap, Atti del Congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione), 37 e ss.

¹⁷ Sulla disciplina del 1865: F. DELLA PERUTA, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, in *Studi storici*, n. 4, 1980, 713 e ss. P. CALANDRA, *L'igiene e la sanità*, in S. Cassese (a cura di), *L'amministrazione centrale*, Torino, 1984, 126 e ss.

¹⁸ Modificato dapprima con il r.d. 3 febbraio 1901, n. 45, e poi col Testo unico delle leggi sanitarie varato con l. 57 del 25 febbraio 1904, approvato con R.D. 1 agosto 1907, n. 636, una delle principali riforme del Governo Giolitti di inizio secolo.

città o di un'area geografica nel presupposto che di fronte a gravi ed eccezionali condizioni si possono travalicare i limiti dell'ordinaria amministrazione¹⁹.

Il Governo Depretis intraprese così la strada dello sventramento delle aree cittadine più degradate che sarebbero state così bonificate con procedure speciali, su iniziativa del Comune e ed approvazione del Governo e ricorrendo alla costituzione di una società strumentale (*"Società pel Risanamento di Napoli"*)²⁰.

D'altra parte malattie virali come vaiolo²¹, malaria²², tubercolosi²³ colpivano la popolazione soprattutto negli strati più umili e tentativi quali progetto di *"Codice per la pubblica igiene"* elaborato nel 1885 da Agostino Bertani, parlamentare della sinistra deceduto l'anno successivo, non giunsero all'approvazione. In particolare tale progetto fortemente innovatore in quanto basato su una struttura organizzativa tecnico-sanitaria affrancata dall'autorità amministrativa (prefetto e sindaco), sebbene di notevole interesse, apparve come non acconcio rispetto all'organizzazione ancora incompleta dello Stato liberale²⁴.

Con un'azione repentina Crispi (tornato al ministero degli Interni il 4 apr. 1887) dapprima con r.d. 22 giugno 1887 prepose alla direzione dell'*Ufficio speciale di polizia sanitaria* Luigi Pagliani. Giusta il r.d. 3 luglio 1887 lo trasformò quindi in *Direzione di sanità pubblica* e con il r.d. 14 luglio 1887 istituì alle dipendenze della direzione un ufficio di ingegneri sanitari incaricati di svolgere servizi ordinari e ispezioni nei comuni malsani. Con il decreto 31 luglio 1887 furono poi definiti l'ordinamento e le attribuzioni della neo istituita Direzione²⁵, mentre con il r.d.

¹⁹ CAMERA DEI DEPUTATI, Legislatura XV – Sessione 1882-’86, *Raccolta degli atti stampati per ordine della Camera*, vol. XXII, n. 261-A, 2-3.

²⁰ Sulla quale v. per tutti V. MAZZARELLI, *L'urbanistica e la pianificazione territoriale*, in S. Cassese (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo, Diritto amministrativo speciale*, Milano, 2003, II ed., 3375.

²¹ U. TUCCI, *Il vaiolo, tra epidemia e prevenzione*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia*, cit., 391 e ss.

²² Sulla quale si v. P. CORTI, *Per una storia sociale del Mezzogiorno d'Italia: la malaria*, in M.L. Betri, A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Milano, 1982, 255 e ss.

²³ C. BORRO-SAPORITI, *L'endemia tubercolare nel secolo XIX ipotesi per ripensare un mito*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia*, cit., 844 e ss.

²⁴ E. GIANNICO, *Amministrazione sanitaria: storia* (ad vocem), in M.S. Giannini, G. De Cesare (a cura di), *Dizionario di Diritto sanitario*, Milano, 1984, 77 e F. SAITTA, *L'organizzazione della salute: uno sguardo al (recente) passato per costruire il futuro*, in *Munus*, n. 2, 2015, 360.

²⁵ La direzione, giusta il R.d. 3 luglio 1887, n. 4707 ed il R.d. 31 luglio 1887, si affiancava alla Direzione generale delle Carceri a quella dell'Amministrazione civile ed a quella della Pubblica sicurezza. Intervenedo alla Camera sulla complessa struttura del Ministero lo statista siciliano affermava *"Il Ministero dell'interno se si volesse paragonarlo alle amministrazioni inglesi, potremmo dire senza fallo che racchiude la materia di tre o quattro di quelle amministrazioni. In Inghilterra non solamente il ministro ha il sottosegretario di Stato parlamentare, ma ha pure il sottosegretario di Stato amministrativo, il quale conserva la direzione tecnica del dicastero. Ora tre direzioni generali con materie tutte e tre diverse e indipendenti non sono soverchie, sono anzi necessarie. In effetti, signori, la Direzione generale delle Carceri, chi potrà dirmi che non deve essere retta da un solo funzionario pubblico? La Direzione generale della sicurezza pubblica potete voi farla*

27 novembre 1887 si completò l'ordinamento dell'amministrazione centrale con l'istituzione di due laboratori di chimica e di batteriologia e micrografia. Muoveva così i primi passi la struttura caratterizzata da una forte presenza di personale tecnico che ribaltava nettamente la situazione precedente, che sarebbe divenuta il primo nucleo dell'organizzazione sanitaria italiana²⁶.

L'epidemia colerica aveva ripreso vigore (come ricordato a Napoli, ma anche nella Sicilia orientale e nell'agrigentino) ed il neo inquilino di Palazzo Brasci, che a causa del colera aveva perduto a Palermo la prima moglie e due figli, oltre ad esserne stato direttamente colpito in età giovanile, decise di fare della questione sanitaria uno dei temi principali su cui impegnare l'azione riformatrice che avrebbe qualificato l'esperienza di governo.

Non vanno dimenticate, tuttavia, anche le radici culturali giuridiche di Crispi ed in particolare quelle relative al diritto costituzionale siciliano. Ed infatti la Costituzione siciliana del 1812, in termini assolutamente innovativi per gli Stati pre-unitari e con chiaro riferimento alla pionieristica esperienza britannica²⁷, al Capo XII prevedeva una forma prodromica di vincolo vaccinale, stabilendo che: "Ogni cittadino siciliano, che da oggi in avanti non avrà cura di vaccinare i figli, non potrà aver parte diretta o indiretta nella formazione della legge, né potrà essere ammesso ne' consigli civici. Ciò sarà rilevato dalla nota che si presenterà dal magistrato municipale"²⁸. Egli si troverà ad affrontare da parlamentare nel 1848, a Palermo, la questione della reviviscenza di quella Costituzione o dell'opportunità di elaborarne un'altra, come poi avverrà, senza che, tuttavia, le previsioni in materia di vaccinazione trovino un puntuale riscontro²⁹.

*dipendere da tre o quattro capi di divisione che non armonizzino tra loro, che non siano d'accordo nell'andamento dei pubblici servizi? Che cosa è la Direzione generale dell'Amministrazione civile? Dipendono da essa i comuni, le province, le Opere pie e un numero svariato di materie che si aggirano nell'orbita istessa e che hanno bisogno di una sola mente che le diriga e vi sovrintenda", in CAMERA DEI DEPUTATI, Legislatura XVI, Discussioni, 12 aprile 1888, richiamata da G. TOSATTI, *Crispi ministro dell'Interno*, in A. G. Ricci, L. Montevicchi (a cura di), *Francesco Crispi. Costruire lo Stato per dare forma alla Nazione*, Roma, 2010, 255.*

²⁶ Sulle iniziative di Crispi in merito tra il 1887 ed il 1888 v. V. FARGION, *L'assistenza pubblica in Italia dall'Unità al fascismo: primi elementi per un'analisi strutturale*, in *Riv. trim. sc. amm.*, 1983, 30, 2, 25 e ss. è, più recentemente, M. DI SIMONE, *Politiche sanitarie in Italia da Crispi a Giolitti: percorsi di ricerca nelle carte dell'Archivio centrale dello Stato*, in *SIDeS-Popolazione e Storia*, 1/2002, 143

²⁷ Come noto si deve ad un medico inglese, Edward Jenner, la scoperta del vaccino contro il vaiolo ed è probabilmente per tale circostanza che l'ordinamento del Regno Unito si è dotato di una sperimentazione prima è poi di una legislazione in materia già nel corso del XIX secolo, in merito si veda J. COGGON, K. SYRETT, A. M. VIENS, *Public Health Law*, London and New York, 2017, 37 ss.

²⁸ L'articolo subì poi il veto del Re Borbone esiliato in Sicilia prima che l'intero testo fosse promulgato nel 1812. Sulla Costituzione del 1812 si veda, da ultimo, D. NOVARESE, *La Costituzione siciliana del 1812: caratteristiche del testo e contenuti*, in M. D'Angelo, R. Lentini, M. Saija (a cura di), *Il «decennio inglese» 1806-1815 in Sicilia Bilancio storiografico e prospettive di ricerca*. Atti del Convegno internazionale di studi (Fondazione «Giuseppe Whitaker», Palermo, 14-15 dicembre 2018), Soveria Mannelli, 2019, 311 e ss., ed alla dottrina richiamata.

²⁹ Sul ruolo di Crispi nell'elaborazione della Costituzione del 1848 sia consentito rinviare al mio contributo *Crispi giurista*, in M. Saija (a cura di), *Francesco Crispi*, Soveria Mannelli, 2019, 57 e

Come ricordato lo statista siciliano affidò l'incarico della stesura di una nuova legislazione all'epidemiologo, professor Luigi Pagliani, illustre docente universitario torinese e tra i padri fondatori della disciplina medica dell'Igiene e della Sanità pubblica in Italia³⁰, che con lo statista riberese condivideva l'appartenenza alla massoneria³¹.

Crispi aveva conosciuto Luigi Pagliani³² in occasione dell'inchiesta epidemiologica per la comparsa del colera in Sicilia 1885 che gli era stata affidata da Depretis ed al termine della quale aveva puntualmente indicato le misure profilattiche necessarie per quella che avrebbe dovuto essere l'organizzazione della "difesa sanitaria" che oltre ad isolare immediatamente i primi contagiati sottolineava come necessario migliorare le condizioni igieniche dei centri abitati. Lo studioso dell'Università di Torino fu così chiamato a capo dell'Ufficio speciale di polizia sanitaria, con l'obiettivo di elaborare il progetto di riforma organica che superasse i vincoli dettati dall'episodicità degli interventi³³.

ss. e, più in generale, al volume *Diritto e politica in Francesco Crispi*, in corso di pubblicazione, Soveria Mannelli, 2022.

³⁰ Così Pagliani stesso ricorda l'incontro con Crispi: "Stavo per chiudere l'ultima lezione del mio corso d'igiene a Torino nel 1887, quando mi si consegnò un laconico telegramma dell'allora Presidente del Consiglio dei Ministri, col quale mi invitava a recarmi da lui per conferire. Il colloquio con quell'eminente uomo d'azione, più che di parole, fu molto breve. Egli intendeva, come uno dei suoi primi e principali compiti, organizzare la difesa della salute pubblica in Italia. Mi avrebbe sostenuto in ogni difficoltà da superare, non dovendo dipendere in questa impresa da altri che da lui, come mi avrebbe lasciata ampia facoltà di agire secondo i miei criteri tecnici. La proposta era grave quanto lusinghiera, enorme la responsabilità da assumermi di fronte a quell'uomo, che in pochi minuti mi aveva completamente suggestionato, con quel suo alto e sereno spirito di amor di Patria, che riluceva vivido in ogni sua parola e quasi imperioso nel suo sguardo penetrante e pur mite di antico cospiratore", cfr. G. COSMACINI, *Storia della medicina del lavoro: Da Bernardino Ramazzini a Salvatore Maugeri*, Torino, 2021, 42.

³¹ Pagliani che era affiliato alla loggia "Rienz?" di Roma, fu solo uno dei molti collaboratori dello statista riberese attivi tra le colonne dei templi. Fondata il 3 aprile 1881, la "Rienz?" fu uno dei pilastri portanti del patto non scritto tra le diverse (talora antagoniste) correnti della sinistra democratica e il governo nel superiore interesse dell'unità nazionale e della tenuta dello Stato contro i molteplici rischi di collasso in merito si veda A. MOLA, *Crispi massone. L'iniziazione di Francesco Crispi: alla massoneria o alla politica?*, in A. G. Ricci, L. Montevocchi (a cura di), *Francesco Crispi. Costruire lo Stato per dare forma alla Nazione*, cit., 95 e ss. e M. SAIJA, *Francesco Crispi e la massoneria*, in Id. (a cura di), *Francesco Crispi*, Soveria Mannelli, 2019, 227 e ss.

³² Sulla figura del cattedratico igienista dell'Università di Torino si vedano A. APPARI, *Luigi Pagliani*, in AA.VV., *Cent'anni fa la Sanità. La legge Crispi-Pagliani del 1888*, Milano, 1988, 74-75; G. VICARELLI, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Bologna, 1997, 70 e ss.; P. ZOCCHI, *Luigi Pagliani*, in *Dizionario Biografico degli Italiani Treccani*, vol. 80, 2014, in [https://www.treccani.it/enciclopedia/luigi-pagliani_\(Dizionario-Biografico\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/luigi-pagliani_(Dizionario-Biografico)/).

Il Pagliani, nato in provincia di Cuneo nel 1847 e si era laureato in medicina all'Università di Torino nel 1870, alla scuola di Jacob Moleschott, ed a soli 30 anni aveva conseguito la cattedra d'Igiene, moderna disciplina indirizzata alla prevenzione e alla lotta contro l'insorgenza delle malattie e contro tutti i fattori ambientali nocivi per la salute, presso la stessa Università divenendo presto uno dei riferimenti scientifici nazionali e capo scuola.

³³ Come ricorda ancora G. TOSATTI, *Crispi ministro dell'Interno*, in A. G. Ricci, L. Montevocchi (a cura di), *Francesco Crispi. Costruire lo Stato per dare forma alla Nazione*, op. e loco cit., nella seduta del 20

L'avvento di Crispi alla guida del governo alla morte di Depretis, alla fine di luglio del 1887³⁴, consentì di affrontare con attenzione specifica la nuova recrudescenza epidemica. Lo statista siciliano, invero, oltre alla carica di Presidente del Consiglio e di Ministro degli Esteri, mantenne quella di Ministero dell'Interno continuando quindi a seguire la politica sanitaria.

La materia sanitaria viene organizzata in forma piramidale creando figure nuove, come l'ufficiale sanitario comunale, e individuando una direzione generale di sanità affiancata da un organo consultivo come il Consiglio Superiore di sanità. Ma Crispi e Pagliani non si fermarono all'organizzazione sanitaria territoriale, si rendevano conto che fosse necessario preparare i medici sulla materia dell'igiene pubblica, da ciò l'istituzione della Scuola di perfezionamento in igiene pubblica³⁵.

Definito l'ordito amministrativo come macchina efficiente per affrontare le emergenze sanitarie e, quindi, le epidemie, Crispi affrontò anche un tema con esso strettamente connesso, cioè il risanamento urbano, non è infatti un caso che, nel discorso alla Camera, egli potesse affermare che *"la maggior parte e più importante polizia sanitaria è l'edilizia"*³⁶. Un disegno di vasto respiro che è la risposta di una politica riformatrice di fronte all'incessante succedersi di epidemie che ritenne non più sufficiente affidarsi a soluzioni-tampone e dalla quale scaturì la prima completa legge sanitaria italiana: l. 22 dicembre 1888, n. 5849 *"Sull'ordinamento dell'amministrazione e dell'assistenza sanitaria del Regno"*.

La riforma del 1888 contemplava l'organizzazione dei servizi sanitari e di tutto quanto poteva riguardare l'esercizio delle professioni sanitarie, la profilassi umana e zoottrica, l'igiene alimentare nonché quella del suolo e dell'abitato, la

maggio 1887 alla Camera, nel corso della discussione sul bilancio del Ministero, Crispi soffermandosi sul tema dell'igiene pubblica sottolineò la necessità di riordinare completamente tale servizio, costituito dall'Ufficio speciale di polizia sanitaria che, oltre a tutte le materie attribuite in precedenza al Ministero, *"attenderà anche alla parte più grave, ossia a quella che si riferisce al risanamento delle nostre città. È mio pensiero – precisò Crispi – che questo Ufficio di polizia sanitaria sia diretto da un valoroso igienista"*: cfr. CAMERA DEI DEPUTATI, legislatura XVI, Discussioni, tornata del 20 maggio 1887, 2741.

³⁴ Va sottolineato che il parlamentare siciliano era tornato a rivestire la carica di nMinistro degli interni di quel governo appena quattro mesi prima, il 4 aprile 1887, all'esito della parentesi determinata dal processo per bigamia. Su Crispi alla guida del dicastero degli interni v., tra gli altri, R. ROMANELLI, *Francesco Crispi e la riforma dello Stato nella svolta del 1887*, in *Quaderni storici*, 1971, 763 e ss. e G. TOSATTI, *Storia del Ministero dell'interno dall'Unità alla regionalizzazione*, Bologna, 2009, 72 e ss.

³⁵ Pagliani per un decennio guidò la Direzione generale e si concentrò sull'istituzione della Scuola di igiene, nata dalla cooperazione della Direzione generale con l'Istituto di igiene sperimentale dell'Università di Roma, con l'obiettivo di formare nelle materie di igiene pubblica e ingegneria sanitaria i primi medici e veterinari da inviare nelle province, i primi architetti e ingegneri dotati delle competenze necessarie per costruire abitazioni in linea con le moderne tecniche costruttive, sulla quale v. ancora G. TOSATTI, *Crispi ministro dell'Interno*, cit., 257

³⁶ Sul dibattito parlamentare dal quale vide la luce la legge sanitaria del 1888 AA.VV., *Il dibattito parlamentare sulla legge Crispi del 1888* (con nota introduttiva di F. Fuschi), Milano, 1988.

sanità marittima e la polizia mortuaria ed introduceva obbligo di vaccinazione antivaiolesca per tutti i nuovi nati³⁷, determinò il deciso superamento dell'approccio “*pan-amministrativo*” delle disposizioni normative del 1865 che attribuivano le competenze in materia sanitaria esclusivamente ai funzionari amministrativi (prefetti, sottoprefetti, sindaci, affiancati da organi consultivi), nonostante permangano inalterate l'ossatura amministrativa e le funzioni del sistema sanitario periferico introduce organi dotato di competenza tecnica, quali il medico provinciale (artt. 10-11), il veterinario provinciale (artt. 18-19) e l'ufficiale sanitario comunale (artt. 12- 13).

La normativa superava così l'approccio vetero-liberale legge del 1865, che aveva manifestato molti limiti e carenze a causa di un'eccessiva limitazione dell'intervento pubblico in ossequio ad una concezione della Destra storica chiaramente ispirata alla “Stato-minimo”³⁸. Un legge, quella del 1888³⁹, figlia del

³⁷ Dopo l'obbligo di trattamento vaccinale per il vaiolo introdotto dalla legge Crispi-Pagliani fu successivamente introdotta, entro i primi due anni di vita, quella antidifterica con la legge 6 giugno 1939, n. 891, nonché, poi, quelle per le vaccinazioni: antitetanica (l. 5 marzo 1963, n. 292); antipoliomielitica (l. 4 febbraio 1966, n. 51); antiepatite virale B (l. 27 maggio 1991, n. 165). Con il decreto del Presidente della Repubblica il 26 gennaio 1999 n. 355 è stata regolamentata e modificata la posizione dei bambini non vaccinati a scuola, infatti, il citato decreto, recante il “*Regolamento recante modificazioni al D.P.R. 22 dicembre 1967, n. 1518, in materia di certificazioni relative alle vaccinazioni obbligatorie*” sostituisce integralmente l'art. 47 del vecchio regolamento prevedendo in particolare che la mancata certificazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie previste per legge “...non comporta il rifiuto di ammissione dell'alunno alla scuola dell'obbligo o agli esami.”. Infine il d.l. 7 giugno 2017, n. 73, recante “*Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale*”, conv. con mod. dalla l. 31 luglio 2017, n. 119, ha stabilito le seguenti vaccinazioni obbligatorie per i minori di età compresa sino a sedici anni e per i minori stranieri non accompagnati: anti-poliomielitica, anti-difterica, anti-tetanica, anti-epatite B, anti-pertosse, anti-*Haemophilus influenzae* tipo b, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella.

Sul tema si veda l'intervista di G. PULETTI, S. CASSESE, *L'obbligo vaccinale è legittimo, lo dice la nostra Costituzione*, in *Il Dubbio*, 23 luglio 2021.

³⁸ Emblematico il discorso del Barone Ricasoli, Presidente del Consiglio nel 1866, il quale osservava che l'ingerenza del governo e delle autorità locali negli atti amministrativi sanitari doveva rispettare il più possibile la “*libertà privata*” e non ledere ed ostacolare “*il libero esercizio della proprietà e delle forze individuali*”, in *Annali di medicina pubblica*, Firenze, 30 nov.-10 dic. 1866, 172.

³⁹ L'approvazione della legge per la tutela dell'igiene e della sanità pubblica è stata giudicata spesso quale attestazione di una nuova attenzione, e di nuove preoccupazioni, sorte nei governi e nelle élites nazionali a fronte dell'emergere della questione sociale e della lenta trasformazione socio-economica dell'Italia liberale. Come noto la legge vide la luce dopo un lungo dibattito, e spesso descritta come l'esito di un'oculata revisione politica delle eccessive aperture sociali contenute nel progetto Bertani. La riforma della sanità costituiva un segmento del più vasto processo di rafforzamento dei poteri dello Stato nel campo della salute pubblica e privata, a sua volta collocato nel quadro della nascente legislazione sociale che in quegli anni andava compiendo i primi timidi passi con i provvedimenti inerenti il lavoro minorile, l'assicurazione volontaria contro gli infortuni e il riconoscimento giuridico delle società di mutuo soccorso, in tal senso v. R. CEA, *Il governo della salute nell'Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, Milano, 2019, 83 e ss. Una legislazione ispirata

disegno politico-istituzionale di Crispi alla politica sanitaria fortemente accentratato e dirigitico, secondo una visione moderna dell'amministrazione dello Stato ottocentesco che accentrava in taluni settori, ma decentrava in altri versi le autonomie locali (il discentramento)⁴⁰.

Non è questa la sede per una compiuta disamina dell'articolata ed innovativa normativa crispina⁴¹. Ma appare opportuno ricordare al riguardo che, al Capo II del Titolo IV, rubricato “*Misure contro la diffusione delle malattie infettive dell'uomo e degli animali*”, era collocato l'art. 51 della normativa che introdusse il principio espresso in base al quale “*la vaccinazione è obbligatoria*”, obbligo che sarebbe stato declinato in seguito in ordine alle modalità di applicazione “*da apposito regolamento approvato dal ministro dell'interno, sentito il parere del Consiglio superiore di sanità*”⁴².

Mentre l'art. 49 stabiliva che, nel caso di sviluppo di una malattia infettiva nel territorio nazionale il Ministro dell'interno: “*avrebbe potuto adottare ordinanze speciali per la visita e disinfezione delle case, per l'organizzazione di servizi e soccorsi medici e per le precauzioni da adottarsi contro la diffusione della malattia stessa*”, ordinanze che per garantirne la massima pubblicità avrebbero dovuto esser pubblicate nella *Gazzetta ufficiale*.

Sul piano sanzionatorio la successiva disposizione stabiliva che la violazione da parte di chiunque degli ordini pubblicati dall'autorità competente per impedire l'invasione, o la diffusione di una malattia infettiva, “*è punito con pena pecuniaria estensibile a lire 500 e col carcere da uno a sei mesi*”.

a una visione «umanitario-filantropica» e mirante a proteggere i soli lavoratori delle grandi concentrazioni industriali così L. GAETA, *L'Italia e lo Stato sociale*, in G. RITTER, *Storia dello Stato sociale*, Roma-Bari, 1996, 230.

⁴⁰ In merito sia consentito rinviare al mio lavoro Francesco Crispi, dal “discentramento amministrativo” alla proposta di istituzione delle circoscrizioni amministrative regionali, in *Scritti per Franco Gaetano Socca*, I, Napoli, 2021, 179 e ss.

⁴¹ In merito si rinvia al volume curato da R. ALESSI, *L'amministrazione sanitaria*, Vicenza, 1967 e ad F. DELLA PERUTA, *Per uno studio della malattia come ricerca di storia della società (1815-1914)*, in AA.VV., *Storia della sanità in Italia. Metodo e indicazioni di ricerca*, Roma, 1978, 25 e ss.; G. OGNIBENI, *Legislazione ed organizzazione sanitaria nella seconda metà dell'Ottocento*, in M. L. Betri, A. Gigli Marchetti (a cura di), *Salute e classi lavoratrici in Italia dall'Unità al Fascismo*, Milano, 1982, 583 e ss. nonché ai saggi contenuti nel numero monografico della rivista *Sanità, scienza e storia* pubblicato in occasione del centenario della riforma Crispi: A. SEPPILLI, *Il centenario della prima legge di sanità pubblica*, ivi, n. 1-2, 1988, 3 e ss.; A. APPARI, *Cento anni della legge sanitaria*, ivi, 9 e ss.; L. MANTEGNA, *La legge sanitaria del 1888: una soluzione di compromesso*, ivi, 157 e ss.; nonché T. DETTI, *Salute, società e Stato nell'Italia liberale*, Milano, 1993; G. VICARELLI, *Alle radici della politica sanitaria in Italia: società e salute da Crispi al fascismo*, Bologna, 1997.

Da ultimo si veda la Relazione di G. ASTUTO, *Crispi e il colera del 1887. Gli interventi speciali e la riforma sanitaria*, al Covengno organizzato dalla LUMSA il 18 giugno 2020 su “*Epidemie, istituzioni politiche e Governo dell'emergenza: epidemie endemiche e riassetto istituzionali*”, in corso di pubblicazione, ma audible sul canale <https://www.youtube.com/user/lumsaorienta>.

⁴² Occorre precisare, per completezza, che con la l. 21 dicembre 1899, n. 472 si introduceva nella legislazione del Regno una disciplina sulla fabbricazione e vendita di vaccini, virus, sieri curativi e prodotti affini.

La riforma se costituisce tornante decisivo nella storia delle istituzioni sanitarie nazionali⁴³ consente, per un verso, di superare, recependole in parte, le proposte del progetto Bertani, dall'altro consente di intraprendere un deciso percorso di accentramento, destinato a restare in vigore, in gran parte inalterato, per circa novant'anni⁴⁴, ma soprattutto di riconoscere a livello legislativo l'obbligo vaccinale che trovò una prima applicazione nella lotta contro il vaiolo, malattia poi eradicata in Italia e nel mondo.

La normativa sanitaria crispina, prima di un più ampio novero di profonde riforme dell'ordinamento dello Stato liberale⁴⁵, può offrire, in conclusione, un utile elemento di riflessione. Di fronte all'erompere di epidemie ed alla consapevolezza delle disfunzioni del sistema sanitario più che cercare rimedi tradizionali e soluzioni-tampone le Istituzioni seppero reagire con una tempestiva capacità di riforma del settore introducendo innovazioni tecniche e scientifiche⁴⁶.

Se un insegnamento può trarsi da quella esperienza per il nostro tempo nel quale si è avviata la ripresa dopo la drammatica pandemia è quello di guardare ad un profondo riassetto del nostro sistema sanitario, ed oltre le pur positive opportunità offerte dal *Piano nazionale di resilienza e riforma* (PNRR)⁴⁷, affinché,

⁴³ R. CEA, *Il governo della salute nell'Italia liberale. Stato, igiene e politiche sanitarie*, cit., 83

⁴⁴ Anche se va ricordato che dopo l'approvazione dell'obbligatorietà su base nazionale, con la legge Crispi-Pagliani del 1888, si radicò anche nel nostro Paese la *Lega contro la vaccinazione obbligatoria*, che propugnò le rivendicazioni della libertà di scelta e del diritto all'integrità corporale, unitamente alle recriminazioni contro una pratica ritenuta dannosa per la salute in base a dati statistici manipolati o contraffatti, in merito si veda E. TOGNOTTI, *Vaccinare i bambini tra obbligo e persuasione: tre secoli di controversie. Il caso dell'Italia*, con prefazione di W. RICCIARDI, Milano 2020.

⁴⁵ Si vedano per tutti le considerazioni di G. MELIS, *Francesco Crispi e le riforme amministrative*, in A. G. Ricci, L. Montevecchi (a cura di), *Francesco Crispi. Costruire lo Stato per dare forma alla Nazione*, cit.à-, 264 secondo il quale lo statista di Ribera si cimentò in un riformismo che si tradusse "in grandi leggi-monumento, anzi in una legislazione che avrebbe sfidato il tempo per contenuti e qualità tecnica, estendendo i suoi effetti ben oltre l'età liberale, sino al fascismo, al dopoguerra e per certi aspetti sino ad oggi o quasi; ma che anche seppe farsi prassi amministrativa spesso radicalmente nuova, incidendo sulle strutture e sulle loro regole di funzionamento, sulla formazione del personale e sulla cultura degli apparati; e traducendosi in regolamenti attuativi, in circolari, in ordini di servizio, in direttive, in disposizioni particolari".

⁴⁶ Caratterizzata da una forte spinta ideale tanto da ipotizzare la c.d. "utopia igienista", così C. POGLIANO, *L'utopia igienista (1870-1920)*, in F. Della Peruta (a cura di), *Storia d'Italia, Malattia e medicina*, Annali VII, cit., 587 e ss.

⁴⁷ Come noto, la *Missione 6* del PNRR stanziava per la salute 20,23 miliardi €, la Missione ha l'obiettivo di affrontare, in termini sinergici, gli aspetti critici del *Sistema Sanitario Nazionale* (SSN), allineando i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese, migliorando le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, promuovendo la ricerca e l'innovazione e sviluppando competenze tecnico-professionale, digitale e manageriali del personale.

La Missione 6 si articola in 2 componenti:

- la *M6C1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*; con uno stanziamento di 9 miliardi di euro, e che intende rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo svi-

di fronte alle prospettive di nuove epidemie, imposte dal principio della precauzione, si costruisca una rafforzata capacità di prevenzione e reazione dell'intero sistema-Paese.

luppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. La Componente si articola in 3 investimenti ed una riforma;

- la *M6C2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*, con uno stanziamento di 11,23 miliardi €, che ha come obiettivo lo sviluppo e l'innovazione della sanità pubblica, valorizzando gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici. La componente si articola in 2 aree d'intervento: l'aggiornamento tecnologico e digitale, la formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico.

In merito si veda E. ROSSI, *Le "Case della comunità" del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti supreme e salute*, 2021, 2, 361 e ss., mentre con riguardo alla Sicilia sia consentito rinviare alla relazione presentata ad *Innovabiomed*, Fiera di Verona il 3 luglio 2021, *La Sicilia, la deprivazione sanitaria e gli investimenti*, adesso in AA.VV., *Rilanciare la Sicilia facendo cose semplici: come fare e perché farlo*, Bari, 2021, 117 e ss.