

Gabriella Petti (Università degli Studi di Genova)*

L'OBBLIGO DI ESSERE SANI. DEMONI E CULTURA DEL CONTROLLO SANITARIO

1. L'indicibile della pandemia. – 2. Panici morali epidemici. – 3. *Folk devil* sanitario. – 4. Obbligo vaccinale e regolazione morale. – 5. Cultura del controllo sanitario.

1. L'indicibile della pandemia

In questo lavoro vorrei proporre alcune considerazioni sull'introduzione dell'obbligo vaccinale – con pesanti limitazioni nell'esercizio della professione – per gli operatori sanitari, partendo dal panico morale creato attorno ad essi durante la pandemia. Si tratta dell'ultimo di una serie di accadimenti disastrosi – a partire dagli attacchi dell'11 settembre 2001 e attraverso la crisi economica del 2008 (C. Giaccardi, Magatti, 2020), improvvisi ma non imprevedibili, perché interni alla cosiddetta società del rischio e della prevenzione (T. Pitch, 2008), governati sempre più attraverso paura (J. Simon, 2008) e dispositivi sicuritari (R. Esposito, 2022). La continuità della pandemia con gli eventi critici dell'ultimo ventennio non risiede solo nel suo carattere ansiogeno, ma anche nella persistenza di una specifica modalità di governo tesa alla depoliticizzazione e tecnicizzazione delle logiche di intervento – che ne ha egemonizzato la comprensione e la gestione.

Questo atteggiamento si è intrecciato con l'affermazione di soluzioni poliziesco-militari mirate alla sterilizzazione di tutte le minacce possibili, e si è esteso in ogni campo, dalla sicurezza urbana alla salute pubblica. Così, la contaminazione tra militare e sanitario, al centro della biopolitica contemporanea, ha imposto la maschera del nemico – sociale – a soggetti tra loro differenti e meritevoli di diversa attenzione operativa e comprensione analitica: migranti, profughi, piccoli perturbatori della quiete urbana, cittadini musulmani, untori asintomatici e così via. Non diversamente dalla figura del terrorista (L. Stampnitzki, 2013), il virus, nel discorso pubblico riprodotto dai media, si è presentato come una sorta di entità diabolica dotata di una quasi-intelligenza, con cui è impossibile trattare, che circola nello spazio globale avvalendosi simulacri umani o sfruttando portatori irrazionali che non si attengono alle regole – con le sembianze dei cosiddetti *no-vax*.

In generale, si nota una certa reticenza a occuparsi con un piglio critico di questi disastri e del contrasto ai loro responsabili, per via della scia di

* Professore associato presso l'Università degli Studi di Genova, dove insegna Devianza e controllo sociale, Sociologia della devianza e Sociologia della devianza e giustizia minorile.

dolore e di morte che si portano dietro, come per gli attacchi terroristici dell’11 settembre 2001 (D. Garland, 2008). Si tratta di tabu nel discorso pubblico la cui semplice invocazione sembra precludere la necessità di ogni discussione (J. Zulaika, W. Douglass, 1996), così come appare indiscutibile la necessità di proteggersi da coloro che non ne osservano le interdizioni rituali. La catastrofe che ha coinvolto le strutture assistenziali e ospedaliere mi sembra emblematica, poiché esse sono state sia l’epicentro di “una scia di dolore e di morte” sia il teatro dell’espansione del Covid-19 e dell’allestimento dei modi del suo contrasto. Quest’ultimo ha finito per coinvolgere proprio coloro che erano considerati il simbolo e la prima linea della lotta al virus, con una serie di misure punitive – se non nella forma, certamente nella sostanza.

Non intendo sottovalutare la paura e il dolore causati dalla pandemia né la rilevanza del vaccino nel contrasto al contagio. Piuttosto, vorrei occuparmi di ciò che l’indicibilità di questi eventi rischia di lasciare in ombra. Sulle sperimentazioni politiche innescate dalla catastrofe pandemica, sui suoi attori e sulle ripercussioni sociali ed economiche delle misure adottate è già stato scritto molto¹. Poca attenzione è stata concessa alle conseguenze sugli individui dell’introduzione dell’obbligo vaccinale. In particolare, quali forme di soggettivazione e che tipo di razionalità di governo sottendono queste norne? A mio avviso un’importante partita si è giocata sull’ordine discorsivo, sulla performatività delle narrazioni, che hanno accompagnato la scelta governativa, polarizzando le ansie sociali sui demoni sanitari piuttosto che sulle complesse responsabilità politiche ed economiche in decenni di destrutturazione del sistema di salute pubblica.

Per questo motivo partirò da un rapido riferimento agli studi classici sul panico morale (S. Cohen, 1972; S. Hall *et al.*, 1978) e ai contributi più recenti che hanno allargato la riflessione a temi come società del rischio, regolazione morale e analisi del discorso (C. Critcher, 2008, S. Hier, 2008). Proprio attraverso quest’ultima proporrò una sintesi del processo discorsivo che ha generato inquietudine nei confronti dei demoni sanitari agevolando l’introduzione dell’obbligo vaccinale². In seguito, analizzerò il complesso di regole introdotto per gli operatori sanitari ed esteso poi ad altre categorie, di cui tralascerò i dettagli tecnici trattandone gli aspetti fondamentali, utili per

¹ Tra gli altri *cfr.* L. Ricolfi (2021); C. Giaccardi, M. Magatti (2020); P. Stanig, G. Daniele (2021).

² Ho svolto un’analisi del discorso (M. Macdonald, 2003) dei quotidiani nazionali e locali di diverso orientamento – secondo un principio di campionamento ispirato al *purposive sampling* (L. Given, 2008) – dall’inizio della campagna vaccinale (dicembre 2020), quando si diffondono le prime notizie di «sanitari no-vax», fino alla conversione in legge del decreto che istituisce l’obbligo del vaccino per la categoria (maggio 2021).

comprendere le logiche e le retoriche di fondo. Mi concentrerò soprattutto sul decreto-legge (D.L.) n. 44 del 2021 e sulla sua conversione in testo normativo, a partire dalla relazione parlamentare di accompagnamento, per poi passare brevemente agli interventi successivi, che hanno introdotto ulteriori obblighi. Concluderò con alcune riflessioni su quella che si prefigura come una cultura sanitaria punitiva che va ad integrare l'attuale cultura del controllo (D. Garland, 2004) con un focus specifico sui comportamenti di salute non conformi.

2. Panici morali epidemici

Nonostante la maggiore longevità dei cittadini occidentali, gli allarmi sanitari sono sempre stati oggetto di preoccupazione (T. Dalrymple, 1998) e fertile terreno per lo studio dei panici morali³. Per questo motivo vale la pena soffermarsi su questo campo di ricerca, nato dalle intuizioni di alcuni sociologi britannici (S. Cohen, 1972; S. Hall. *et al.*, 1978), i quali, negli anni Settanta, a partire dalla teoria della reazione sociale, s'interessarono al ruolo dei mass media nella creazione di stereotipi e nella distorsione dei fenomeni devianti. Secondo questi studiosi, l'escalation di controllo sociale che viene generata dagli allarmi mediatici nei confronti di precisi demoni popolari finisce per amplificare i fenomeni invece che ridurne l'impatto. Si definiscono così nemici utili che emergono quando i contorni morali di una comunità sono incerti (K.T. Erikson, 2005), diventando capri espiatori su cui proiettare le ansie sociali per rinsaldare il perimetro sociale o fornire legittimazione alla classe dominante. Negli anni Novanta un diverso interesse verso il panico morale porterà, questa volta negli Stati Uniti, al primo tentativo di collegare il concetto con formulazioni teoriche più ampie, come la sociologia dei problemi sociali (E. Goode, N. Ben-Yehuda, 1994), sistematizzandone lo studio attraverso l'individuazione delle caratteristiche specifiche (preoccupazione, ostilità, consenso, sproporzionalità, volatilità) e delle modalità di sviluppo (*elite engineered, grassroots, interest group*).

Nonostante la vicinanza dei modelli, la tradizione americana pone soprattutto l'accento sull'azione dei movimenti sociali mostrando scarso interesse per i processi di controllo sociale e i conflitti ideologici impliciti nei panici morali (C. Critcher, 2003). Nello stesso periodo, si fanno strada anche critiche sull'effettivo potere esplicativo del panico morale e proposte di superamento

³ Sebbene da prospettive spesso diametralmente opposte, l'AIDS è tra le principali aree d'indagine degli studi sul panico morale da almeno quarant'anni, ma una considerevole attenzione è stata prestata, oltre che all'amianto, come fonte potenziale di cancro, anche alla SARS e al morbo della mucca pazza (BSE). Sul punto *cfr.* D. Béland (2011).

dell’idea, che sembra essere diventata la modalità standard – e usurata anche dall’affermazione dei nuovi media – di comprensione di eventi ansiogeni, attraverso la combinazione con altre prospettive teoriche, come la società del rischio, l’analisi del discorso, la regolazione morale (K. Thompson, 1998). Il dibattito sulla purificazione epistemologica del concetto è ovviamente aperto e il suo dettaglio non immediatamente rilevante per l’argomento che sto trattando.

Tuttavia, la sua evocazione è utile per enfatizzare il valore metodologico che ha la decisione di affrontare gli allarmi sanitari tenendo conto di queste linee di lavoro. Più precisamente, ridefinire, sulla scia di alcuni studiosi (S. Hier, 2008; C. Critcher, 2008), questo genere di panici come forme estreme di discorso sul rischio, parte integrante di un processo di regolazione morale, rende più chiare le poste in gioco contenute nelle retoriche mediatiche su medici e operatori sanitari in epoca pandemica. Da questo punto di vista, il panico morale è essenzialmente uno strumento con cui iniziare l’analisi, non l’intera analisi in sé (C. Critcher, 2003). Del resto, non tutti gli allarmi sanitari si configurano come panici morali. Così, per esempio, lo stesso Cohen (2019, 25-26) sebbene pensi che il concetto sia tutt’altro che inadatto a comprendere le attuali società del rischio⁴, ritiene che la dimensione morale della paura prevalga su quella attuariale del rischio soprattutto nei casi del *fear of crime*, dell’insicurezza urbana e della vittimizzazione. I rischi per la salute sembrano invece sottrarsi alla possibilità di moralizzazione, tranne casi come quello dell’HIV-AIDS la cui percezione e il cui racconto pubblico sono stati intessuti di paura, attribuzioni di responsabilità, stigmatizzazione e controllo sociale per interi gruppi – gli omosessuali in questo caso. Allo stesso modo, la narrazione pandemica degli ultimi due anni si è presentata come un *morality play* che ha di fatto sospeso i “tradizionali” racconti attraverso cui i confini morali delle nostre società venivano definiti – quello della criminalità urbana e dell’invasione degli immigrati.

In questa trasformazione un ruolo decisivo è giocato dai dispositivi discorsivi che consentono di dare corpo e volto ai rischi sanitari contemporanei (di volta in volta il cittadino ribelle, l’asintomatico, il *no-vax*). Si possono ripensare gli stessi panici morali come discorsi relativi al rischio, o meglio, all’attribuzione di colpe relative a uno specifico rischio (M. Dou-

⁴ Sull’inattualità del concetto di panico morale nella società del rischio è nota la posizione di S. Ungar (2001), criticata da S. Hier (2008) per cui le ansie associate alle minacce della società del rischio non sostituiscono, ma si aggiungono a quelle esistenziali, endemiche nella (tarda) vita moderna. A partire da questa posizione Hier concettualizza il panico morale come espressione acuta o manifestazione a breve termine di processi di regolazione morale di lungo respiro, a cui facevo cenno.

glas, 1996). L'analisi discorsiva foucaultiana rivela, infatti, come i modi di parlare di una questione vengono organizzati per imprimere un preciso ordine alla narrazione (M. Foucault, 1972) e prevenire o escludere argomentazioni e racconti alternativi. E dove esiste un solo modo di parlare di un problema, si manifesta una precondizione che anticipa l'emersione di un panico morale e l'individuazione di un potenziale demone (C. Critcher, 2003, 174). Si comprende così come specifici gruppi di persone, nel nostro caso i sanitari “esitanti” al vaccino, arrivino a essere considerati come un rischio per l'ordine sociale e morale, sul quale esercitare un intervento di contrasto.

L'emersione di “formazioni discorsive” moralizzanti, d'altro canto, si concilia bene con il governo del corpo che è al centro della biopolitica foucaultiana e degli studi governamentali (N. Rose, 2008). Caratteristica comune delle forme neoliberali di moralizzazione è il coinvolgimento diretto dell'individuo nell'autogestione del rischio e della cura del corpo: chi si sottrae a un simile imperativo finisce, discorsivamente, nella categoria degli “altri dannosi” perché non impegnati nell'esercizio della cura di sé (S. Hier, 2008). La salute – nella forma dell'assicurazione della propria salute – dunque, ossessiona come uno spettro i casi contemporanei di regolamentazione morale che a volte s'intrecciano con allarmi sanitari, panico morale e percezione del rischio nei confronti di alcune categorie di individui identificati come demoni popolari, come nel caso della SARS che ha determinato la colpevolizzazione di minoranze cinesi e asiatiche (D. Béland, 2011).

Ciò è ancora più evidente se si considerano i panici morali come manifestazioni che si sviluppano quando si percepisce che i soggetti-bersaglio non accolgono l'invito all'autoregolazione presentandosi così, per specifici imprenditori morali, come una minaccia all'ordine sociale (S. Hier, 2008, 186). L'emersione di questi demoni dipenderà da fattori contingenti, ma soprattutto dalla gerarchia di autorevolezza attribuita, sull'arena mediatica, ai possibili discorsi che li interessano. A partire da questi presupposti il panico morale, e in particolare il modello classico, pare particolarmente adatto per l'analisi che mi prefiggo, perché consente di comprendere come alcuni discorsi ottengono legittimità a differenza di altri (C. Critcher, 2003, 174) e quali conflitti ideologici sono a essi sottesi. Nel nostro caso, all'interno di questa cornice teorica è possibile individuare le retoriche discorsive attraverso cui il lavoratore della salute che non vuole vaccinarsi arriva ad essere definito come un *folk devil* e di conseguenza a legittimare scelte politiche punitive. Il linguaggio della regolazione morale aiuta a far luce, d'altro canto, su come la produzione del demone sanitario abbia potuto innescare uno spostamento delle frontiere morali niente affatto casuale.

3. *Folk devil* sanitario

La trasformazione di alcuni operatori sanitari contrari alla campagna vaccinale in nemici pubblici e il panico morale⁵ nei loro confronti possono essere compresi a partire da alcuni elementi di contesto e dal ruolo dei mezzi di informazione, che hanno funzionato sia come produttori di rappresentazioni stereotipate sia come luogo di messa in scena selettiva della reazione di ansia da parte dei cittadini. In generale, la retorica pubblica che ha sostenuto la lotta al Covid-19 negli ospedali e nelle strutture di assistenza è stata quella della guerra di trincea, di cui eroismo e sacrificio sono corollari. Medici e, soprattutto, infermieri, sono stati esibiti come eroi e angeli in prima linea, all'interno di un sistema ospedaliero che li ha esposti a forti rischi e ritmi di lavoro massacranti⁶. Nel corso dell'estate del 2020, quando il livello dei contagi scemava, quel fronte comune ha iniziato a sfaldarsi: sono state numerose le proteste per il dissesto del sistema sanitario e per le condizioni di lavoro durante la pandemia⁷.

La crescita della protesta sindacale di infermieri e medici ha coinciso, a fine settembre, con l'aumento dei contagi e l'allungamento delle file per i tamponi. A seguire, una serie di D.P.C.M. (13 ottobre, 18 ottobre, 24 ottobre, 3 novembre) hanno introdotto numerose restrizioni, tra cui il coprifuoco e la divisione in zone di colore diverso secondo scenari di rischio che, tra i vari indicatori, davano priorità al livello dei contagi e alla tenuta del sistema sanitario. A fine novembre ci sarebbe stato il picco dei morti di questa nuova fase e a dicembre l'ultimo D.P.C.M. dell'anno avrebbe portato a ulteriori chiusure delle attività economiche e alla limitazione degli spostamenti durante le festività natalizie. Le misure prese si sono rivelate insufficienti a scongiurare una nuova crisi nelle terapie intensive, a cui è seguito l'usuale rimpallo di responsabilità tra governo e regioni per i ritardi o la mancata attuazione dei piani pandemici.

⁵ Per descrivere il suo sviluppo seguirò le fasi del modello processuale di S. Cohen (allarme, impatto, inventario, reazione, latenza, eredità), intrecciandole con gli elementi del discorso tipico del panico morale individuati da C. Critcher (2003): l'origine della minaccia; la natura della minaccia all'ordine morale; le vittime della minaccia; gli attivisti contro la minaccia; il rimedio alla minaccia; la responsabilità dello Stato e dei suoi rappresentanti per la protezione dalla minaccia, con nuovi poteri giuridici.

⁶ Coronavirus, *“Angeli eroi”*: 10 mila grazie in 24 ore ad Areu per medici e soccorritori, in *“Il Giorno”*, 27 marzo 2020; *Sanità territoriale, la trincea travolta dal covid. Medici di base isolati, assistenza domiciliare trascurata e assenza di presidi: cosa ancora non funziona in Lombardia*, in *“il Fatto Quotidiano”*, 10 giugno 2020; *La denuncia del sindacato infermieristico: «Operatori a rischio senza distanziamento e areazione»*. Il pronto soccorso della vergogna, in *“Il Tempo”*, 23 novembre 2020.

⁷ *«Ma quali eroi! Non è cambiato niente»*. Dai gruppi Facebook agli ospedali monta la rabbia dei giovani infermieri. E ora è pronta a occupare le piazze, in *“Open”*, 4 giugno 2020; *Protesta infermieri in 19 città, centinaia in piazza Duomo. Vogliamo dignità*, in *“Il Giorno”*, 15 giugno 2020.

Il racconto eroico delle professioni sanitarie ha perso definitivamente la sua unitarietà con l'annuncio della messa in commercio del vaccino, presentata come una possibile salvezza (con l'arrivo simbolico delle prime dosi di Pfizer il 25 dicembre) che, tuttavia, giunge in un clima denso d'incertezze. Emergono dubbi sulla sua effettiva efficacia nella stessa comunità scientifica, protagonista della lotta alla pandemia⁸. E, soprattutto, timori sulle possibili resistenze all'inoculazione, da parte di una popolazione che sarebbe poco incline al bene collettivo e scettica nei confronti della scienza⁹. Nell'attesa dell'evento natalizio circolano le prime voci su possibili resistenze al trattamento, ma, in breve, l'ansia si concentra sui lavoratori della sanità¹⁰, primi nella lista dei soggetti vaccinabili, eletti a portabandiera della campagna d'immunizzazione. All'allarme nei loro confronti si accompagna la discussione sull'eventuale necessità di opporre un obbligo vaccinale a questo (possibile) rifiuto del vaccino. Si tratta dell'innesto dell'incubante panico morale sui sanitari *no-vax*. In questo modo, le discussioni sulle condizioni disastrose del nostro sistema sanitario, le proteste per la mancanza di sicurezza sui luoghi di lavoro e la precarietà dell'inquadramento contrattuale del personale, costretto a gestire una situazione di emergenza senza fine, vengono assorbite dalla questione del rifiuto del vaccino e della necessità dell'obbligo.

Con la celebrazione del V-day su tutte le prime pagine nazionali, il 27 dicembre si passa dalla fase dell'allerta a quella dell'impatto e dell'inventario. Il fantasma del sanitario anti-vaccinista, lungamente evocato, alla fine si manifesta: alcuni operatori delle RSA, infatti, si sottraggono alla vaccinazione¹¹. Qui iniziano le prime distorsioni: le dosi di vaccino, infatti, sono già praticamente esaurite – ricordo che per il V-day ne erano arrivate poco meno di diecimila per l'intero paese – ma i *no-vax* sono già presenti. Il gioco tra titoli e contenuti degli articoli, che si diffondono su molti quotidiani i nazionali e locali, è assai interessante. Così, Il Fatto Quotidiano, già il 27 dicembre 2020, presenta una titolazione che non lascia spazio a dubbi: *Covid-19. Tra negazio-*

⁸ Ilaria Capua: “Vaccino per il Covid non arriverà a breve e non ci sarà per tutti. Spero nell'immunità di gregge”, in “il Fatto Quotidiano”, 27 ottobre 2020; Coronaviru, Crisanti: “Non mi vaccinerò, a meno che i dati siano pubblici e approvati da tutta la comunità scientifica”, in “La Stampa”, 24 novembre 2020.

⁹ La preoccupazione per il rifiuto del vaccino circolava già dalla primavera, ad alimentare l'attesa del farmaco. Del resto, ansie e conflitti sull'esitazione vaccinale hanno radici lontane e si intensificano con la reintroduzione dell'obbligo per i minori nel 2017 (L. Pellizzoni, R. Bianchieri, 2021).

¹⁰ Vaccino obbligatorio o no? Quali sono le conseguenze se non si vaccina tutta la popolazione, in “Fanpage”, 24 novembre 2020; Vaccino obbligatorio per il Covid? Il costituzionalista Flick: «Serve una legge, non basta un decreto o un Dpcm», in “Open”, 29 novembre 2020.

¹¹ RSA, frigo e obiettori, tutte le paure e le incognite del dopo Vaccine-Day, in “la Repubblica”, 27 dicembre 2020; Allarme Rsa, pochi operatori dicono sì al vaccino: le ipotesi allo studio per renderlo obbligatorio, in “Il Sole 24 Ore”, 30 dicembre 2020.

nisti e furbastri. I medici e gli infermieri no-vax rischiano anche la radiazione. Il lettore si aspetterebbe una distribuzione equa tra medici e infermieri della categoria del “furbastro” e di quella del “negazionista”. Leggendo l’articolo, invece, si scopre che ci sono un centinaio di obiettori su 400.000 medici e in alcune aree del paese le prenotazioni per la vaccinazione raggiunge già il 70%, mentre a Bolzano, il 40% degli operatori sanitari non ha ancora aderito alla campagna vaccinale – evidentemente, però, il 60% si è già detto disponibile a partecipare a un programma di vaccinazione che neppure è partito.

Senza le lenti della paura si potrebbe dire che le vaccinazioni procedano abbastanza bene. Piuttosto, oltre al meccanismo di distorsione della notizia innescato dal titolo, è da notare la ricerca del sensazionalismo che sostiene la metamorfosi di medici e infermieri in *no-vax*, con il corollario degli attributi di antiscientismo e irrazionalità – in quanto portatori di “negazionismo” vaccinale¹² – che segna il crepuscolo dell’epos sanitario. Così, appena dopo il V-day, in numerosi articoli si esortano i lavoratori della salute a «essere un esempio»¹³, poiché il vaccino «è un discorso di coscienza», anche se «per migliaia tra camici bianchi e infermieri, a fronte di mesi passati ad aggiornare il conto delle vittime, non pare essere nemmeno un obbligo morale»¹⁴.

Su queste basi non è difficile attribuire lo stigma degli untori a simili soggetti, il cui numero è indefinito, e comporre un canovaccio narrativo che ne enfatizzi le colpe. Così a inizio 2021, crescono le notizie di contagi a opera del personale sanitario¹⁵. Un particolare rilievo assumono le vicende liguri del marzo 2021, tra cui un “violento focolaio” di Covid-19 in una casa di riposo per anziani e “nuovi contagi” all’ospedale San Martino di Genova che si lasciano dietro una scia di polemiche e reazioni istituzionali – di cui parlerò successivamente. La causa? Operatori sanitari – dei quali non si dice se sono vaccinati o meno, ma, nella cornice della presunzione di colpa, non serve dato che anche gli pseudo-eventi (la cui esistenza corrisponde al condizionale giornalistico, da un punto di vista linguistico) vengono assorbiti dal processo di stereotipizzazione (S. Cohen, 2019, 75)¹⁶. La parabola discendente dei

¹² Si tratta di rappresentazioni tipiche della cosiddetta galassia *no-vax* confermate anche in V. Mele, L. Toffolo, M. Serafini, E. Campo (2021).

¹³ *Lopalco avverte i medici: «Vaccinarsi è un dovere»*, in “la Repubblica”, 29 dicembre 2021.

¹⁴ *Linea dura dei sindacati sui vaccini: «Un infermiere non può rifiutarsi»*, in “Il Secolo XIX”, 18 febbraio 2021.

¹⁵ *Sanremo, 18 vittime in una Rsa. Il focolaio più violento della seconda ondata. Casa Serena era stata risparmiata in primavera. All’inizio dell’anno il contagio partito da una operatrice sanitaria*, in “Il Secolo XIX”, 28 gennaio, 2021. E ancora: *Fiano Romano, in una Rsa operatori infettano gli ospiti: 30 contagi*, in “Corriere della Sera”, 27 marzo 2021; *Il focolaio nella Rsa provocato da medico no vax: l’Uls lo denuncia*, in “Il Gazzettino”, 2 aprile 2021.

¹⁶ *Focolaio in Rsa a Tiglieto, scoppia il caso no vax tra operatori e pazienti*, in “Il Secolo XIX”, 24 marzo 2021; *«Infettati da lavoratori no vax». Liguria, nuovo caso in ospedale*, in “Il Secolo XIX”,

lavoratori della sanità arriva così al punto più basso. Da eroi a portatori di morte, pericolo e paura: una minaccia maligna per la società, costituita, in questo caso, da anziani, malati e soggetti fragili. I tempi sono maturi perché i demoni vengano sanzionati, dato che il male non si può comprendere ma solo combattere.

L'opera di demonizzazione, infatti, non sarebbe completa senza l'allestimento di ceremonie di degradazione pubblica (*ivi*). Il fronte morale del contrasto ai demoni sanitari che minacciano la parte più fragile della società è rappresentato dalle istituzioni sanitarie, da quei settori della società civile più direttamente coinvolti (colleghi, pazienti o parenti dei degenti), dagli esperti e dai leader politici. Intimidazioni, esortazioni, fantasie a sfondo religioso si sprecano: «Ci sono veri e propri predicatori contro il vaccino che si aggirano negli ospedali e nelle Rsa» (*la Repubblica*, 28 dicembre 2020), «punire chi ha posizioni diverse da quelle della scienza» (*la Repubblica*, 4 febbraio 2021), «no alle liste di proscrizione» (*Open*, 29 dicembre 2020). La riproduzione di questa nebulosa di anatemi su agenzie e media nazionali contribuisce a rafforzare la stigmatizzazione dei *no-vax*.

Al racconto castigatorio si affianca, come una sorta di basso continuo, quello che verte invece sulla possibilità – o la necessità – di introdurre l'obbligo vaccinale. La riluttanza (politica e giuridica) a una chiara presa di posizione da parte del governo¹⁷, spinge ad adattare o trovare nuovi metodi di controllo. Urgono misure innovative che tengano conto, da un lato, dei vincoli giuridici e organizzativi in cui si muovono le strutture sanitarie, tra possibili proteste dei pazienti e diritti dei dipendenti, e, dall'altro, delle esigenze politiche dei presidenti delle regioni – fin dall'inizio stretti tra i danni economici subiti dalle restrizioni governative e le difficoltà oggettive della campagna vaccinale dovute ai continui ritardi e alla carenza di personale incolatore¹⁸.

Strumenti organizzativi, come lo spostamento tra reparti o le ferie d'ufficio, e minacce di sospensioni e licenziamenti si trasformano, con il supporto di una schiera di esperti e tecnici del diritto arruolati tra le file di Asl,

25 marzo 2021. Preciso in nessun articolo emergono effettivi nessi di causalità. Non a caso, la magistratura interpellerà il presidente della regione sulla fondatezza delle sue asserzioni: *San Martino, no vax. Le dichiarazioni di Toti al centro dell'indagine*, in *Il Secolo XIX*, 30 marzo 2021.

¹⁷ *Allarme no vax in corsia. E ora nel governo c'è anche il partito dell'obbligo*, in *la Repubblica*, 27 dicembre; *Ainis: "Obbligo o meno del vaccino è una scelta politica". Il giurista: "Possibile obbligare solo personale sanitario"*, in *Huffpostitalia*, 28 dicembre 2020.

¹⁸ Ciò soprattutto dopo il blocco in marzo di AstraZeneca che ha spaventato gli stessi medici vaccinatori, da cui la richiesta dello scudo penale: *AstraZeneca, l'AIFA ritira un lotto. Draghi: evitare panico sui vaccini*, *Il Secolo XIX*, 13 marzo 2021; *Scudo penale per i vaccinatori o ci sarà fuga di massa dai vaccinatori*, *Il Secolo XIX*, 18 marzo 2021.

Regioni e Aziende ospedaliere, in azioni intimidatorie per chi non sta alle richieste delle strutture. A ciò si accompagna il tentativo di emanare leggi regionali per l'imposizione dell'obbligo vaccinale¹⁹. Così, insensibilmente, la questione del conflitto sul lavoro scivola in quella della sicurezza sanitaria, scaricando sui dipendenti oneri e responsabilità relative a quest'ultima. Nel frattempo, l'occasione offerta dai contagi attribuiti a medici e infermieri non vaccinati fornisce ai politici locali la risorsa discorsiva per attribuire agli untori i disastri che i sistemi sanitari regionali stavano affrontando e assegnare alla politica nazionale le responsabilità della loro risoluzione. Le difficoltà di attuare le diverse iniziative punitive²⁰, infatti, fa crescere la convinzione dell'insufficienza delle risorse legali disponibili e l'idea di avere a che fare con un problema le cui dimensioni richiedano l'azione diretta dell'amministrazione centrale. Il dibattito sulle colpe e responsabilità inizia a coinvolgere i vertici nazionali. Il governo passato per la sua gestione della pandemia e le reticenze verso l'obbligo vaccinale, quello presente per le aspettative in esso riposte.

Il ceremoniale di degradazione pubblica da parte di media, istituzioni di controllo e imprenditori morali crea il terreno fertile per la legittimazione dell'obbligo vaccinale a opera dell'uomo del *whatever it takes*, perfetta controparte narrativa di un nuovo discorso di legge e ordine, che agli eroi in corsia preferisce dei fanti ben inquadrati. Con la conversione in legge del decreto che obbliga i lavoratori della sanità alla vaccinazione – maggio 2021 – le notizie allarmistiche che li riguardano si riducono ma continuano a comparire, senza alcuna fase di latenza. Tra un picco di attenzione e l'altro, il panico morale con al centro il personale sanitario apre la strada a conseguenze di lunga durata, con più densi significati dal punto di vista simbolico e sociale.

4. Obbligo vaccinale e regolazione morale

La creazione del *folk devil* sanitario non si è semplicemente tradotta in politiche di *law and order*, ma ha prodotto effetti che vanno ben oltre la mera risposta punitiva. La politica vaccinale in Italia, a differenza di altri paesi²¹, è

¹⁹ *Toti e i sanitari no vax. Una legge per obbligarli o cambiarne le mansioni*, la Repubblica, 15 marzo 2021.

²⁰ *Obbligo vaccinale ai lavoratori della sanità. Ora la Regione frena. Spostare i dipendenti no vax avrebbe ripercussioni nelle corsie. I sindacati alzano il muro. Toti spinge per una legge nazionale*, in “Il Secolo XIX”, 17 marzo 2021; *San Martino, contagi in reparti no vax l'ospedale sanzionabile per omissioni*, in “la Repubblica”, 25 marzo 2021.

²¹ Il Regno Unito, infatti, pur adottando una campagna vaccinale di massa, ha evitato la vaccinazione obbligatoria. Lo stesso vale per Israele, forse lo Stato più efficiente in questo campo. Soprattutto il Consiglio di Europa l’11 gennaio 2021 (Doc. 15212 11) ha ritenuto inutile l’obbligo

stata perseguita in forma rigida, senza particolare proporzionalità e flessibilità – come del resto il *lockdown* (P. Stanig, G. Daniele, 2020, 29 ss.). Non sono stati considerati interventi come una capillare campagna informativa di sensibilizzazione, il rafforzamento del personale per una migliore organizzazione degli spazi e dei tempi di lavoro, l’uso dei tamponi per accedere ai contesti più sensibili e così via. Il governo dei migliori, infatti, sciolte le radicate resistenze politiche e i nodi giuridici relativi alla costituzionalità dell’imposizione del vaccino, con il D.L. del 1° aprile 2021 (il n. 44) affronta le due questioni emerse nella campagna di delegittimazione²² – scudo penale per la somministrazione del vaccino e obbligo per gli operatori sanitari a contatto con i soggetti più fragili (artt. 3 e 4)²³.

In primo luogo, l’imposizione, introdotta al «fine di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell’erogazione delle prestazioni di cura e assistenza» (art. 4 c.1), non si concentra specificamente sui luoghi più sensibili (reparti d’ospedale ed Rsa). In un momento in cui le dosi di vaccino disponibili non bastavano anche solo a coprire i soggetti più fragili, viene applicata anche a professionisti – tecnici di laboratorio, veterinari, psicologi, tra gli altri – che non lavorano a stretto contatto con i pazienti, per i quali potrebbero essere sufficienti dispositivi di protezione, distanziamento e igiene (artt. 4 c.1)²⁴.

Di nuovo, siamo davanti a un’assenza di proporzionalità e flessibilità nell’applicazione della misura. Tuttavia, è la sua logica di legittimazione ad essere particolarmente significativa. Una legge sull’obbligo vaccinale imposto a soggetti adulti, con conseguenze (come vedremo) particolarmente gravi – sebbene limitato ad una categoria professionale e per un circoscritto periodo di tempo (fino al 31 dicembre 2021) – non ha precedenti in Italia²⁵. Il dispositivo normativo trova fondamento in una serie di sentenze della Corte

vaccinale sulla base di diversi ordini di considerazione. Hanno seguito l’Italia soltanto la Grecia e la Francia, nell'estate 2021.

²² Per una critica alla decretazione d’urgenza in pandemia si veda F. Pallante (2021).

²³ *Vaccino Covid, arriva norma su operatori sanitari no vax. Draghi: ‘La ministra Cartabia sta preparando un provvedimento su questo’*, Adnkronos, 26 marzo 2021; *I vaccini possono essere obbligatori, la Costituzione stabilisce che non c’è limitazione della libertà personale*, in “Il Riformista”, 31 marzo 2021.

²⁴ L’elenco delle categorie coinvolte verrà ulteriormente esteso dalla legge di conversione (Legge 76/2021) e con il D.L. 122/2021 (art. 2) che include anche gli operatori delle Rsa.

²⁵ La legislazione italiana in materia di vaccinazione, oscillando tra obblighi, più o meno stringenti, e semplici raccomandazioni, fino a tornare di recente sulla linea dell’imposizione, ha riguardato soprattutto i minori. Le conseguenze dell’inottemperanza, tuttavia, sono relativamente blande, anche quando l’obbligo coinvolge selettivamente gli adulti – come nel caso del vaccino antitetano imposto per alcune categorie professionali che, a partire dal 1965 (Legge n. 419), è stato più volte reiterato arrivando ai nostri giorni.

Costituzionale (sui vaccini obbligatori per minori e sugli indennizzi per i non obbligatori)²⁶ e nella regolamentazione europea che riguarda l'autorizzazione, la sorveglianza e la commercializzazione dei medicinali per uso umano²⁷. Essenzialmente, l'intervento dei pubblici poteri in materia sanitaria sarebbe possibile a seguito di «evidenze tecnico scientifiche» (A. Mangia, 2021, 444) relative alla “sicurezza” di chi si sottopone al vaccino, per cui eventuali conseguenze devono essere tollerabili, e all’“efficacia” nel limitare la circolazione del virus grazie all’immunizzazione dei vaccinati (*ivi*, 447), ad uso bene comune²⁸.

Il vaccino anti Covid-19 non è però assimilabile a quelli già introdotti obbligatoriamente. La sua autorizzazione è infatti *condizionata*. Si tratta di un genere di autorizzazione per commercializzare medicinali preziosi in casi di emergenza, la cui validità è, però, discutibile per l'imposizione di un trattamento sanitario obbligatorio (*ivi*, 448)²⁹. Soprattutto, se per questo è stato previsto, anzi richiesto, dagli stessi professionisti coinvolti, uno specifico scudo penale, per le pratiche relative alla sua somministrazione (artt. 3 e 3 *bis* del D.L. 44/2021)³⁰. Qualcosa di simile si può dire anche riguardo l'efficacia

²⁶ Per una rassegna sulla giurisprudenza costituzionale si veda la sentenza del Consiglio di Stato n. 7045/2021, la prima che si è pronunciata sulla legittimità della vaccinazione obbligatoria per gli operatori sanitari.

²⁷ Reg. 726/2004 sulle procedure comunitarie per l'autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali per uso umano e veterinario, che tipizza un'autorizzazione *standard* e una rilasciata in circostanze *eccezionali* (prevista dall'art. 14 par. 8) e il Reg. 507/2006 che disciplina l'autorizzazione all'immissione in commercio *condizionata* dei medicinali per uso umano che rientrano nel regolamento precedente.

²⁸ La necessità di «studi approfonditi volti a garantirne la sicurezza, l'elevata qualità e l'efficacia di impiego per la popolazione destinataria» per l'immissione in commercio di un medicinale per uso umano è stabilita dal Reg. 507/2006 (punto 2 dei preamboli).

²⁹ La validità di questa autorizzazione, a parere della sentenza del Consiglio di Stato citata in precedenza (punto 25.4), sarebbe confermata dall'esempio dei farmaci oncologici commercializzati in forma condizionata e poi approvati. Un esempio, opinabile se si considera che in nessuno di questi casi si prevedeva un trattamento sanitario obbligatorio per il malato. Inoltre, a proposito della sicurezza del dispositivo farmacologico, vengono ritenuti tollerabili i casi avversi poiché il «14,4% ha avuto ad oggetto eventi gravi (...) mentre l'85,4% si riferisce ad eventi non gravi» (punto 28.5), il «bilanciamento rischi/benefici assolutamente accettabile e i danni conseguenti alla somministrazione del vaccino per il SARS-CoV-2 (...) rispondenti al criterio di normalità statistica» (punto 29.1). La sentenza si riferisce ai dati AIFA del settembre del 2021, già in crescita rispetto al momento della promulgazione del decreto-legge (7,1%). L'affermazione sembra ulteriormente discutibile, soprattutto se si considera che il rapporto AIFA indica nel 17,6% gli avventi avversi occorsi nel primo anno di campagna vaccinale. Si tratta di un dato, come afferma il Tar della Sicilia (ordinanza 351/22, punto 18.1), «di diversi ordini di grandezza» superiore agli «eventi avversi già registrati per le vaccinazioni obbligatorie in uso da anni» (1,9%). E aggiunge che, erigere a criterio l'esiguità degli eventi gravi o fatali rispetto alla popolazione, «implicherebbe delicati profili etici (ad esempio, a chi spetti individuale la percentuale di cittadini "sacrificabili")» (punto 18.4). Preciso che tutte le percentuali nel rapporto AIFA sono calcolate su una base di segnalazione pari a 100.000 dosi somministrate.

³⁰ Nella relazione relativa alla conversione del D.L. 44/2021 (p. 5) viene puntualizzato che si

del vaccino come strumento di contenimento dell’epidemia. Sono le stesse case farmaceutiche a sostenere, fin dall’inizio della campagna vaccinale, che non esiste una garanzia di copertura contro tutte le numerose varianti e di effettiva immunizzazione dal virus, al pari degli altri vaccini *tradizionali*. Non a caso l’argomentazione giuridica a legittimazione dell’imposizione, con il progredire dei contagi anche tra i vaccinati, si sposta dalla salute pubblica alla tenuta dei sistemi sanitari³¹.

Resta il fatto di non poter stabilire con la assoluta certezza se la vaccinazione anti Covid-19 comporti una riduzione della diffusione contagio senza mettere a rischio la salute del lavoratore. Sottoporsi a questo rischio, dunque, somiglia più a un atto di fiducia necessariamente volontario, dato che le conseguenze del vaccino sono irreversibili, poiché la “svaccinazione” è un’azione impossibile. Questo ci porta all’altro caposaldo della legittimazione dell’obbligo, il principio di solidarietà, espresso nel bilanciamento tra diritti individuali e salute, soprattutto pubblica (*ivi*, 451-452). La solidarietà, come l’accettazione di un rischio, dovrebbe essere frutto un atto volontario non di una coercizione, che prevede limitazioni e gerarchie nei diritti fondamentali.

Al fondo si trova la stessa logica sacrificale che ha retto tutta la narrazione su eroi e traditori del bene comune. Siano non lontani dal modello del martirio – morire a se stessi per rinascere a sé – evocato nel governo pastorale, alle origini della governamentalità neoliberale, che sposta l’asse discorsivo sulla regolazione morale del nuovo soggetto sanitario. Chi si oppone ai tentativi di gestione del proprio sé sanitario per preservare la collettività dai possibili rischi rappresenta una minaccia e, al tempo stesso, costituisce un’occasione per definire nuovi confini morali e forme di cittadinanza rispettabile (M. Douglas, 1970). Su queste basi, nel confronto tra libertà del singolo (immorale ed egoista) e bene della collettività (potenziale vittima), la prima rischia sempre di restare schiacciata sotto il peso del secondo, declassando in questo modo i diritti fondamentali a elargizione ai cittadini meritevoli da parte dell’autorità pubblica.

tratta di una disposizione speciale rispetto a quella prevista in caso di responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario (590 *sexies* c.p.) – introdotta dalla legge 24/2017 sui vaccini obbligatori dei minori (art. 6.).

³¹ Mi riferisco all’elevato numero dei contagi rilevato dallo stesso ISS a partire dal novembre del 2022. Peraltro, le opinioni in giurisprudenza a proposito della legittimazione dell’obbligo sono discordanti. Il Tar della Sicilia (ordinanza 351/22) ritiene il vaccino valido riguardo all’efficacia – per la sua capacità di contenere i decessi, prevenire l’ospedalizzazione e dunque ridurre il carico sul sistema sanitario (art. 4, c. 1, D.L. 44/2021). Il Tribunale del Lavoro di Padova, invece (nella sentenza del 28 aprile 2022, p. 7), afferma che il rilievo «relativo alla finanza pubblica, non sembra sufficiente a derogare ai citt. principi vigenti in materia di diritto all’autodeterminazione terapeutica, in relazione ai quali l’art. 32 Cost. sembra prevedere la possibilità di deroga solo a tutela della salute pubblica».

Erigere, poi, la tutela della salute a bene superiore rispetto ad altri garantiti dalla Costituzione, fa di essa un “diritto tiranno” (G. Scarselli, 2021), dai confini indefiniti, idoneo ad abbracciare una sfera illimitata di condotte – non solo quelle che effettivamente violano la salute – ma qualunque comportamento che potrebbe minacciarla. Qualcosa di molto simile al diritto alla sicurezza con cui siamo soliti bilanciare le limitazioni alla libertà individuale in cambio della protezione dal terrorismo e dalle insidie della vita urbana. Tornerò nel prossimo paragrafo su questi temi, qui vale la pena fermarsi ancora sulle procedure per coglierne le logiche di soggettivazione e gli spazi governo che aprono.

Il ruolo di agenzie di controllo dei possibili violatori della norma (la non vaccinazione) è incarnato da ordini professionali e datori di lavoro, per la segnalazione e applicazione delle sanzioni, e da Regioni e Aziende sanitarie, per l'accertamento e l'imposizione della sanzione (artt. 4, c. 3-6). Il meccanismo, piuttosto farraginoso, prevede una serie di passaggi formali al termine dei quali, coloro che non forniscono una valida motivazione per l'esenzione dal vaccinino – dopo un invito formale a sottoporsi al trattamento – vengono spostati ad altra mansione, se possibile, o sospesi senza alcuna retribuzione. L'obbligo vaccinale prende la forma di una condizione di possibilità per l'esercizio della professione. Alla mancata vaccinazione, di conseguenza, non corrisponde un procedimento disciplinare per un'inadempienza del lavoratore, ma un provvedimento amministrativo per l'inottemperanza a un obbligo, spostando così i possibili contenziosi dal campo privatistico, regolato in questo caso dallo Statuto dei lavoratori con le garanzie del contraddittorio, a quello dell'ordine pubblico.

Ma c'è di più: apparentemente siamo davanti anche all'ossimoro di un “obbligo volontario” (G. Zampini, 2021, 90). Il lavoratore viene invitato a vaccinarsi, sebbene le conseguenze che deve sopportare, in caso di rifiuto, lascino poco spazio alla scelta, ma una volta convinto sulla base di una forma, diciamo, di *incentivo benevolo* – la cui moralità è quantomeno discutibile – deve comunque sottoscrivere il consenso informato. Siamo al paradosso: il soggetto dichiara di assumere liberamente la decisione di sottoporsi al trattamento farmacologico – con tutti i rischi che ne conseguono – sebbene si tratti a tutti gli effetti di una costrizione – visto che senza vaccinazione non si lavora. Insomma, l'atto di imposizione non costringe, ma libera, evocando l'orwellina libertà di non essere liberi.

Questa pratica, dai dubbi contorni costituzionali, è stata ritenuta «un'intrinseca irrazionalità del dettato normativo»³². Si tratta, a mio avviso, di una

³² Tar della Sicilia, ordinanza 351/22, punto 18.7.

semplice apparenza che tradisce il fondo colpevolizzante e morale della misura. Un meccanismo di individualizzazione che sposta sul singolo le responsabilità istituzionali ed elude la natura sanzionatoria del demansionamento o della sospensione senza retribuzione, imputandola a una scelta personale. Arduo non cogliere il carattere punitivo di questi provvedimenti, se si considera che si tratta di professionalità difficilmente riconvertibili e che la legge non prevede in questo caso un assegno alimentare (artt. 4, c. 6-8), garantito, invece, a chi sottoposto a una misura disciplinare³³.

Il dispositivo normativo si articola, poi, attraverso una serie di categorie bizantine che modulano, su criteri morali e con afflittività esasperata, prestazione lavorativa e diritto alla retribuzione. Basti pensare alla figura dell'esonerato o “differito”. Sebbene non vaccinato, è ritenuto moralmente incolpevole: in questo caso, dunque, è prevista quantomeno la possibilità di svolgere mansioni diverse, con l'adozione di misure di protezione. L'incoerenza e la disparità di trattamento sono ancora più evidenti per coloro che svolgono la loro attività professionale privatamente. Questi ultimi, a seguito della mancata vaccinazione nei tempi prescritti, vengono direttamente sospesi dai rispettivi ordini professionali. Così, il libero professionista si trova davanti a un bivio: interrompere la sua attività dopo la sospensione, rischiando di perdere del tutto la relazione con i suoi pazienti – che costituiscono il suo mercato di riferimento – con danno economico significativo, o incorrere in conseguenze penali per esercizio abusivo della professione.

La pedagogia morale al fondo del dispositivo legale, introdotto sulla scia delle storie dei sanitari *no-vax*, ha fornito la base di legittimazione per ulteriori interventi restrittivi³⁴ segnando la strada per la trasformazione del diritto alla salute nell'*obbligo di essere sani*. Il D.L. 172/2021 oltre ad aggravare le misure per il personale sanitario, prorogando di ulteriori sei mesi l'obbligo vaccinale con le relative sanzioni (art. 1) e abolendo la possibilità del demansionamento, allarga ulteriormente il campo di intervento e sanzione. L'imposizione si estende al personale della scuola – e di tutte le strutture di istruzione e formazione – del comparto difesa, della sicurezza e soccorso pubblico, della polizia locale, dei servizi di sicurezza, delle strutture sanitarie e sociosanitarie, degli istituti penitenziari (art. 2). In tutti i casi l'obbligo include anche la dose di richiamo – il *booster*. Per i sanitari, nonostante la

³³ Si tratta di sanzioni senza precedenti per le altre vaccinazioni obbligatorie. Nel caso dei minori, come anticipato, sebbene sia prevista una sanzione amministrativa (multa da 100 a 500 euro), l'inottemperanza preclude l'accesso alle scuole dell'infanzia e agli asili, mentre resta garantito il diritto allo studio, *cfr.* C. Capolupo (2021).

³⁴ I provvedimenti che introducono il green pass, sebbene persegua logiche simili, esulano da questa trattazione.

maggior conoscenza dei rischi connessi all'inoculazione, la motivazione resta la medesima. Per le categorie professionali che si aggiungono al corteo dell'obbligatorietà, il bene protetto è esclusivamente la salute del soggetto inoculato, messa a rischio dalla più alta possibilità di entrare in contatto con soggetti non vaccinati o dall'operatività in strutture in cui, presumibilmente, ci si potrebbe contagiare più facilmente. Nell'insieme, il rigore punitivo non cambia: l'assenza del requisito della vaccinazione per l'esercizio della professione porta direttamente alla sospensione "non disciplinare" senza alcuna retribuzione (artt. 1 e 2). A mutare, invece, è il soggetto del controllo dello status vaccinale del lavoratore. Dopo che il D.L. 44/2021 aveva trasformato la procedura verifica e sanzionamento in un accertamento di carattere amministrativo, ora la funzione di controllo di dati estremamente sensibili non è più svolta da organi pubblici, ma è demandata a ordini professionali, dirigenti e ai responsabili delle strutture, che allo scopo si avvalgono della piattaforma nazionale *digital green certificate*. Ciò senza, peraltro, ripristinare le tutele garantite dallo Statuto dei lavoratori.

Il provvedimento ha comunque il medesimo carattere paradossale del precedente decreto-legge, visto che anche in questo caso la vaccinazione può essere somministrata solo attraverso la manifestazione della libera accettazione del trattamento farmacologico – mediante il consenso informato. Di nuovo, la costrizione diventa libertà e la libertà coincide con la costrizione. Infine, a non cambiare è il nucleo moralistico e moralizzante che informa i decreti che sanciscono l'obbligatorietà del vaccino. La questione è particolarmente evidente nel caso degli immuni a seguito di contagio. Questi ultimi, infatti, pur godendo di immunità naturale, che da un punto di vista pratico è quantomeno analoga a quella vaccinale, non possono comunque lavorare. In sintesi, nonostante lo sferragliare del dettato legale, ciò che è davvero in gioco non è né la protezione del soggetto che si vaccina né di quelli che potrebbe contagiare in caso di mancanza di vaccino. Il bene giuridico che viene tutelato, invece, è qualcosa che, in mancanza di meglio, definirei la "retta volontà vaccinale", un oggetto puramente interiore che appartiene all'ordine della morale e non del diritto – i cui oggetti, secondo la tradizione liberale, di cui il governo non manca mai di celebrare il valore, dovrebbero essere puramente esteriori. Naturalmente, chi non offre prova di retta volontà vaccinale viene sanzionato, con assoluta indifferenza nei confronti delle meccaniche operative del contagio e della protezione.

Il successivo decreto (n. 1 del 7 gennaio 2022) va solo avanti ad espandere il *parterre* di attori per cui è previsto l'obbligo – morale – di essere sani: i cinquantenni (art. 1) e il personale delle università, delle istituzioni di alta formazione artistica, musicale e coreutica e degli istituti tecnici superiori (art. 2). Per i primi l'intenzione è quella di tutelare una categoria considerata

statisticamente più esposta al contagio e alle conseguenze gravi³⁵. In questo caso, per l'inosservanza dell'obbligo (art. 4 *quater*), si applica una sanzione amministrativa di cento euro, che viene direttamente irrogata dal ministero della Salute per il tramite dell'Agenzia delle entrate³⁶. Per tutti gli altri, senza neppure sentire la necessità di motivare l'obbligo, si estende la disciplina prevista per le altre categorie professionali, attribuendo i poteri di controllo e sanzionamento alle cariche dirigenziali dei rispettivi settori. Una possibile spiegazione per questa distinzione può essere rintracciata nel nuovo regolamento sanitario internazionale (*cfr.* OMS, 2007), alla base di molti piani pandemici nazionali, che prevede all'interno della pianificazione l'identificazione anticipata delle categorie da vaccinare che includono non solo quelle ritenute più a rischio ma anche quelle che sono considerate essenziali per garantire la continuità del sistema (S. Paone, 2021, 26).

In questo modo, la sostanza morale del sistema punitivo messo in piedi in modo barocco trova la propria iconografia simbolica – a formare una sorta di affresco controriformista con dannati, angeli e santi con l'aureola. Le categorie di lavoratori sanzionati, infatti, rappresentano i tutori dei tre ordini che garantiscono le funzioni essenziali dello stato: l'ordine sanitario, l'ordine pubblico e l'ordine morale. Si tratta, per fortuna, di limitazioni transitorie, come ribadito dalle indicazioni contenute nell'ultimo decreto per la fuoriuscita dallo stato di emergenza (ad eccezione dei sanitari per cui il temine è ulteriormente prorogato, ribadendo le medesime motivazioni del primo decreto, come se nel frattempo non si siano compresi i rischi di un'inoculazione indiscriminata). La loro transitorietà, tuttavia, dissimula a mala pena il movimento di lunga durata che ne anima l'apparizione e che è registrato, dai professionisti del diritto, come insieme di incoerenze e di contraddizioni del discorso giuridico. Dietro queste ultime, infatti, s'intravedono le forme di un governo pastorale che ha come oggetto la volontà del soggetto, intrecciando salute, responsabilità, rischio e punizione in modi perfettamente compatibili con la nostra modernità tardo-liberista e le sue forme di controllo biopolitiche.

5. Cultura del controllo sanitario

Le norme introdotte, in fondo, non si discostano dal precesso “medicalizzazione indefinita” (M. Foucault, 2021)³⁷ che a partire dalla nascita della

³⁵ Dalla relazione alla conversione in legge del D.L. 26 novembre 2021, n. 172, 8.

³⁶ L'accertamento, di nuovo, viene effettuato incrociando le banche dati della vaccinazione e del Sistema Tessera Sanitaria.

³⁷ Il cui oggetto è prima il governo della salute della forza lavoro nel XIX secolo, poi la salute

medicina sociale³⁸ si è intrecciato con l’ibridazione dei dispositivi penali, giuridico-legale e disciplinare, in un articolato sistema liberista di tecnologie di sicurezza – di cui il vaccino è una delle possibili forme (M. Foucault, 2005). Si configurano, piuttosto, come un’ulteriore evoluzione, all’ombra del capitalismo della sorveglianza (S. Zuboff, 2019), del complesso di macchine di prevenzione e regolazione dei possibili rischi del governo neoliberale, già orientato all’ottimizzazione della salute (Rose, 2008) da parte del cittadino, verso la cosiddetta *preparedness*. Quest’ultima mutua il pensiero strategico della guerra asimmetrica a terrorismo e bioterrorismo, pervaso dalla logica del *worst case scenario*, applicandolo alla lotta malattie infettive emergenti, potenzialmente pandemiche (P. Zylberman, 2013; A. Lakoff, 2017). Alla ricerca di quella che appare come la forma di sicurezza suprema – la sicurezza sanitaria (R. Esposito, 2022) – si punta su centri di eccellenza, nuove tecnologie e calcoli algoritmici per la pianificazione strategica, trascurando sanità pubblica e medicina territoriale³⁹, per contrastare l’incessante emersione di nemici non ancora del tutto caratterizzati, ma potenzialmente sempre più minacciosi per la salute pubblica.

In un simile scenario prende forma il soggetto sanitario descritto nelle pagine precedenti su cui incombe l’idea della salute come obbligo – legale, ma soprattutto morale – per la tenuta di un sistema che colloca al proprio centro l’ordine sanitario. Qui, forse, si afferma quella tirannia del diritto alla salute, a cui facevo cenno in precedenza. E infatti, secondo questa logica governamentale, la libertà non è più un diritto ma una possibile area di autonomia effetto di dispositivo in cui si intrecciano limitazioni e controlli. Detto altrimenti, la libertà diventa il correlato della messa in opera dei dispositivi di sicurezza (M. Foucault, 2005, 48) – nel nostro caso, sanitari.

Su queste basi, nel complesso le misure introdotte sembrano evocare quella cultura del controllo (D. Garland, 2004), che combina dispositivi impersonali di sorveglianza e regolazione dei rischi con la repressione esemplare dei nemici della società – attraverso la quale si garantisce sicurezza e ordine sociale. Una cultura che attinge a biomedicina e neuroscienze per identificare e profilare statisticamente criminali e devianti, e che ora sembra segnare anche l’ordine sanitario. Non è un caso, infatti, che per “tutelare la salute pubblica” e garantire sicurezza nelle “prestazioni di cura e

come diritto, con la centralità assunta dall’economia sanitaria nei sistemi di welfare, infine oggetto di consumo e terreno di conquista delle multinazionali farmaceutiche (M. Foucault, 2021, 22-23).

³⁸ Il controllo medico che s’insedia sui corpi determina, a sua volta, fenomeni di reazione alle interferenze dello stato nella vita dei cittadini (*ivi*, 57-58), con motivazioni e forme che tendono a ricorrere in modo abbastanza uniforme fino ai nostri giorni (L. Pellizzoni, 2021).

³⁹ Su questo è sufficiente dare uno sguardo alla sezione VI del PNRR.

assistenza” (art. 4, c. 1, D.L. 44/2021) si sia privilegiato il contenimento dei possibili rischi di contagio con una campagna vaccinale di massa, piuttosto che con interventi di riorganizzazione del sistema sanitario in sofferenza, campagne comunicative e di sensibilizzazione – favorendo dunque la gestione situazionale del rischio, invece di quella sociale. Non lo è neppure il fatto che questa strada è stata perseguita attraverso strumenti coercitivi nei confronti di categorie target per le quali si è innescata una lotta all’ultimo vaccinato, che si è tradotta per alcuni in una *two-step prohibition* che conduce nel campo penale.

Si è scelto, dunque, un meccanismo di individualizzazione del dovere di essere sani, seguendo la logica neoliberale che sposta sul singolo le responsabilità di cura istituzionali. Questi provvedimenti lasciano i lavoratori in balia di datori di lavoro e ordini professionali, a cui è attribuita una funzione poliziesca. Una scelta in linea con la paranoia sicuritaria della *cultura della sorveglianza* contemporanea (D. Lyon, 2020) che vuole fare di ogni cittadino un poliziotto e la cui celebrazione si trova nelle banche dati per il tracciamento della condizione vaccinale e stato di salute. Una gestione privata delle informazioni personali perfettamente compatibile con la logica estrattiva del nuovo capitalismo che fa del cittadino una fonte di «materia prima tecnologicamente avanzata» ad uso «delle aziende che operano nel mercato dei comportamenti futuri» (S. Zuboff, 2019, 27).

Infine, la messa in scena mediatica di questi trasgressori sanitari contribuisce, da un lato, alla criminalizzazione di comportamenti che prima erano prevalentemente considerati come parte del complesso sistema di gestione della sicurezza negli ambienti lavorativi. Dall’altro, trasforma i non vaccinati in una minaccia per l’“ordine sanitario” da neutralizzare, segnandoli con un marchio di infamia non dissimile dalla colpa d’autore per cui si penalizza un soggetto “quello che è” non per “quello che fa”. Si creano così categorie di cittadinanza sanitariamente certificate dove i privilegi dei meritevoli si fondono sull’esclusione e sulla sanzione dei disobbedienti. Tutti elementi che vanno a comporre un modello di sanità a vocazione punitiva, emerso direttamente dalla catastrofe medica che ha rotto la nostra quotidianità. Si tratta di capire se tutto ciò ci renda davvero più sani e più sicuri.

Riferimenti bibliografici

- BÉLAND Daniel (2011), *The unhealthy risk society: Health scares and the politics of moral panic*, in Sean HIER, a cura di, *Moral panic and the politics of anxiety*, Routledge, New York, pp. 224-235.
- CAPOLUPO Carmela (2021), *Green pass e obbligo vaccinale*, in www.diritto.it, 29 ottobre 2021

- COHEN Stanley (1972), *Folk devils and moral panics. The creation of the mods and rockers*, MacGibbon & Kee, London.
- COHEN Stanley (2019), *Demoni popolari e panico morale*, Mimesis, Milano.
- CRITCHER Chas (2003), *Moral panics and the media*, Open University Press, Milton Keynes.
- CRITCHER Chas (2008), *Moral panic analysis: Past, present and future*, in "Sociology Compass", 2, pp. 1128-1144.
- DALRYMPLE Theodore (1998), *Mass listeria: The meaning of health scares*, André Deutsch, London.
- DOUGLAS Mary (1996), *Rischio e colpa*, il Mulino, Bologna.
- DOUGLAS Jack D., a cura di (1970), *Deviance and respectability: Social construction of moral meanings*, Basic Books, New York.
- ERIKSON Kay T. (2005), *Streghe, eretici e criminali*, Carocci, Roma.
- ESPOSITO Roberto (2022), *Immunità comune*, Einaudi, Torino.
- FOUCAULT Michel (1972), *L'ordine del discorso*, Einaudi, Torino.
- FOUCAULT Michel (2005), *Sicurezza, territorio e popolazione*, Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT Michel (2021), *La nascita della medicina sociale*, in Michel FOUCAULT, *Medicina e politica*, Donzelli, Roma, pp. 29-60.
- GARLAND David (2004), *La cultura del controllo*, il Saggiatore, Milano.
- GARLAND David (2008), *On the concept of moral panic*, in "Crime, Media, Culture", 4, 1, pp. 9-30.
- GIACCARDI Chiara, MAGATTI Mauro (2020), *Nella fine è l'inizio*, il Mulino, Bologna.
- GIVEN Lisa M. (2008), *Purposive sampling*, in Lisa M. GIVEN, a cura di, *The Sage Encyclopedia of qualitative research*, in <https://methods.sagepub.com/Reference/sage-encyc-qualitative-research-methods>.
- GOODE Erich, BEN-YEHUDA Nachman (2009), *Moral panics: The social construction of deviance*, Malden-Wiley-Blackwell, Oxford-Cambridge (2nd ed.).
- HALL Stuart, CRITCHER Chas, JEFFERSON Tony, CLARKE John, ROBERTS Brian (1978), *Policing the crisis*, Macmillan, London.
- HIER Sean (2008), *Thinking beyond moral panic: Risk, responsibility, and the politics of moralization*, in "Theoretical Criminology", 12, pp. 171-188.
- HIER Sean, a cura di (2011), *Moral panic and the politics of anxiety*, Routledge, New York.
- LAKOFF Aandrew (2017), *Unprepared global health in a time of emergency*, University of California Press, Oakland.
- LYON David (2020), *La cultura della sorveglianza. Perché la società del controllo ci ha resi tutti controllori*, Luiss University Press, Roma.
- MACDONALD Myra (2003), *Exploring media discourse*, Arnold, Abingdon.
- MANGIA Alessandro (2021), *Si caelum digito tetigeris. Osservazioni sulla legittimità costituzionale degli obblighi vaccinali*, in "Rivista AIC Associazione Italiana dei Costituzionalisti", 3, pp. 439-459.
- MELE Vincenzo, TOFFOLO Luca, SERAFINI Matteo, CAMPO Enrico (2021), *La rappresentazione dell'universo 'no-vax' nella sfera pubblica digitale: una riflessione sul caso del vaccino anti Covid*, in Luigi PELLIZZONI, Rita BIANCHERI, *Scienza in discussione?*, Franco Angeli, Milano, pp. 91-114.

- ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ (2007), *Un futuro più sicuro per la salute mondiale del XXI secolo. Rapporto sulla salute del mondo 2007*, CIS, Milano.
- PALLANTE Francesco (2021), *Pandemia, sicurezza, democrazia*, in “Questione giustizia”, 6 dicembre.
- PAONE Sonia (2021), *Vaccini, virus emergenti e incertezza: riflessioni sulla governance della salute globale*, in Luigi PELLIZZONI, Rita BIANCHERI, *Scienza in discussione?*, Franco Angeli, Milano, pp. 15-30.
- PELLIZZONI Luigi (2021), *Pseudoscienza, post-verità, governo del disordine. L'esitazione vaccinale nel XXI secolo*, in Luigi PELLIZZONI, Rita BIANCHERI, *Scienza in discussione?*, Franco Angeli, Milano, pp. 31-53.
- PELLIZZONI Luigi, BIANCHERI Rita (2021), *Scienza in discussione?*, Franco Angeli, Milano.
- PITCH Tamar (2008), *La società della prevenzione*, Carocci, Roma.
- RICOLFI Luca (2021), *La notte delle ninfee*, La nave di Teseo, Milano.
- ROSE Nikolas (2008), *La politica della vita. Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*, Einaudi, Torino.
- SCARSELLI Giuliano (2021), *Nota a Consiglio di Stato 20 ottobre 2021 n. 7045*, in www.giustiziainsieme.it, 17 novembre.
- SIMON Jonathan (2008), *Il governo della paura*, Raffaello Cortina, Milano.
- STAMPNITZKY Lisa (2013), *Disciplining terror: How experts invented «terrorism»*, Cambridge University Press, Cambridge.
- STANIG Pietro, DANIELE Gianmarco (2021), *Fallimento lockdown*, Bocconi Editore, Milano.
- THOMPSON Kennet (1998), *Moral panics*, Routledge, New York.
- UNGAR Sheldon (2001), *Moral panic versus the risk society: The implications of the changing sites of social anxiety*, in “British Journal of Sociology”, 52, 2, pp. 271-292.
- YOUNG Jock (1971), *The drug takers: The social meaning fo drug taking*, Paladin, London.
- ZAMPINI Giovanni (2021), *La vaccinazione anti SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro dopo il d.l. n. 44/2021*, in “Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni”, 1, pp. 85-111.
- ZUBOFF Shoshana (2019), *Capitalismo della sorveglianza*, Luiss University Press, Roma.
- ZULAIKA Joseba, DOUGLASS Williams A. (1996), *Terror and taboo. The follies, fables faces of terrorism*, Routledge, New York.
- ZYLBERMAN Patrick (2013), *Tempêtes microbiennes. Essai sur la politique de sécurité microbienne dans le monde transatlantique*, PUF, Paris.

Abstract

COMPULSORY HEALTHINESS. DEVILS AND THE CULTURE OF MEDICAL SURVEILLANCE

The paper examines the introduction of mandatory vaccination and severe limitations in the practice of health workers, starting from the moral panic created around them during the global pandemic. Their vaccine hesitancy has raised a wave of social anxiety fostered by the media. The latter have turned this group into a potential threat to national health – and by doing so, they have overlooked decades of budget cuts that have made our national health system unable to react to the pandemic efficiently. Italy has been the first country in Europe to make vaccination against Covid-19 mandatory for healthcare workers. For this reason, the law deserves closer scrutiny and careful assessment of its social effects. Drawing upon classic studies on moral panic (S. Cohen, 1971; S. Hall *et al.*, 1978) and recent contributions on moral regulation, (unhealthy) risk society and discourse analysis (C. Critcher, 2003), I will provide a summary of the events that have generated concern about medical workers and raised the ghoul of the “no-vax”. Then, I will illustrate the key features of the D.L. 44/2021 and the disciplinary measures introduced against unvaccinated health professionals. I will focus mainly on the text of the decree-law and its conversion into law, starting from the parliamentary report that accompanied it, and then move briefly on to the subsequent decrees that have introduced additional obligations. Finally, I will briefly consider the implicit healthcare model underpinning this government decision: we are moving towards a punitive healthcare culture that will integrate the present culture of control (D. Garland, 2004) with a specific new focus on non-conformist health behaviours.

Key words: Moral Panic, Punitive Health Culture, Mandatory Vaccination.