

STORIA
DELLA
MEDICINA LEGALE

ATTI DELLA GIORNATA DI STUDIO
FERRARA 8 GIUGNO 2011



RENATO MALTA

LA MEDICINA LEGALE E ASSICURATIVA NELLE ZOLFARE DI SICILIA

LA MEDICINA LEGALE: DA INGRASSIA ALLE ZOLFARE DI SICILIA

Il contributo della Sicilia alla nascita e sviluppo della Medicina Legale decorre dal XVI secolo con il *Methodus dandi relationes pro mutilatis, torquendis* (1578) di Giovanni Filippo Ingrassia (1510-1582). Gli studi sistematici di anatomia umana, la ricerca nei cadaveri delle alterazioni morfologiche delle patologie in un'epoca in cui l'ingerenza della politica dell'Inquisizione nella vita sociale e personale si serviva del corpo dell'inquisito per raggiungere la verità "desiderata", non tralasciando di adottare metodi fisici vessatori, sia preventivi che punitivi, hanno fatto sì che la medicina assumesse non soltanto valenza diagnostica e curativa, ma anche certificante e peritale in funzione dell'attività "amministrativa" dei Tribunali e delle Corti di giustizia. Era il contesto storico di guerra cittadina, dei buoni (cattolici) contro i cattivi (eretici). Il medico era lì a spendersi sia per le ragioni del potere politico sia per il difficile avanzamento delle conoscenze clinico-terapeutiche. In Ingrassia c'era l'uno e l'altro, essendo riuscito a dare vita a una sintesi equilibrata di azione medica in dialogo a tutto tondo con i diversi, e spesse volte tra loro contrapposti, segmenti della società. È con questa visione che possiamo interpretare le ragioni per cui è stato definito il "Fondatore della scienza medico legale"¹, disciplina che guarda alla salute dell'uomo e all'amministrazione della giustizia nei suoi diversi

¹ La primogenitura è contesa tra Giovanni Filippo Ingrassia, protomedico di Sicilia (1510-1580/82) e Paolo Zacchia, archiatra e protomedico dello stato della Chiesa (1584-1659). Il ruolo del primo è sostenuto dagli studi di Grmek e Bernabeo, Bilancioni, Cosmacini, mentre per il secondo sono favorevoli Armocida, Zanobio, Scarano, Marini. Cfr. A.G. MARCHESE, *Giovanni Filippo Ingrassia*, Flaccovio Editore, Palermo, 2010.

aspetti commutativi e retributivi, per lo sviluppo della parte assicurativa e la valutazione della riparazione del danno. Se Ingrassia partecipava alle sedute dell'Inquisizione, dove si *torcevano le membra* e si somministravano *tratti di corda*, e se la presenza del medico era necessaria per la certificazione dello stato di salute dell'inquisito, anche per quanto prevedeva la Costituzione Carolina, si erano già in lui realizzate quelle condizioni perché *de facto* svolgesse il ruolo di *medico* in ambito *legale* a tutti gli effetti². Nel 1783 il viceré Caracciolo, accese il fuoco a una catasta di documenti che bruciando per due giorni ha distrutto in modo irrecuperabile documenti e testimonianze di ogni genere dei riti e del controverso operato del Tribunale dell'Inquisizione. Si è salvata l'esperienza dell'Ingrassia al servizio del Tribunale dell'Inquisizione parzialmente ricostruibile grazie alla documentazione scientifico-narrativa che egli tramanda dell'epidemia di peste patita nel 1575 ne *l'Informatione del pestifero et contagioso morbo*.

Sul finire del Settecento prese inizio nella Sicilia centro orientale una nuova avventura a carattere economico-sociale³ testimoniata da sudato lavoro, rischi e fatica quotidiana, speranza di guadagno e sviluppo, derivante dall'intenso sfruttamento delle miniere di zolfo. Un ampio coinvolgimento ha interessato, tra alterne vicende, i diversi strati sociali: operai e poveri contadini dalle soleggiate campagne si trasferirono nelle viscere delle miniere; sovrastanti e piccoli imprenditori riconobbero in questo nuovo oro dal colore giallo-verdastro la possibilità di un futuro migliore; grandi famiglie nobiliari offrirono i loro possedimenti allo sfruttamento dei giacimenti; politici e sindacalisti dispiegarono la loro missione sociale; medici chiamati a correre per soccorrere. Dal punto di vista umano gli inizi furono un'ecatombe di *carusi* e picconieri per l'inesistenza della gestione del rischio, dei mezzi di tutela della salute e della vita dei lavoratori, per l'assenza di sicuri metodi estrattivi. Le cure dell'operaio furono affidate ad un *fai da te* fino al 1898, quando arrivarono i medici della Croce Rossa nei luoghi di estrazione del minerale e di produzione dello zolfo a mezzo dei calcheroni per impiantare i posti di soccorso nelle miniere⁴.

Nella presente trattazione si farà riferimento ai documenti degli archivi storici, alla letteratura scientifica dell'epoca per avvalorare le radici e le ragioni dell'istaurarsi dell'esperienza medico legale all'interno dell'avventura delle zolfare in Sicilia. Non si tralasceranno le osservazioni sui cambia-

² R. MALTA, *Graffiti dello Steri di Palermo e conoscenze mediche*, "Medicina nei Secoli", 2007, 19/2, pp. 589-608.

³ G. DE SIVO, *Storia delle Due Sicilia* (vol.I). Edizioni Trabant, Brindisi 2009, cap. 22, p. 80. Nel 1816 l'industria dello zolfo era da più anni scaduta in Sicilia.

⁴ R. MALTA, *Cercavano la luce. Storia sanitaria delle zolfare di Sicilia*, Accademia Scienza Mediche di Palermo, Plumelia, Palermo 2012.

menti culturali e operativi che proprio grazie alla Medicina Legale e delle Assicurazioni sono conseguiti. Si è convinti che la presenza del medico, in questo caso dell'arte del medico legale, crei in ogni occasione condizioni di sviluppo culturale e di crescita dei diritti dei pazienti in genere e dei lavoratori nel nostro particolare. Il medico riesce a indurre prepotentemente e rapidamente cambiamenti – come del resto oggi vediamo in tutte le tematiche che chiamano anche in causa quelle di Bioetica – perché l'azione sanitaria sa di essere efficace e la sua iniziativa di successo crescente, perché il medico svela un problema, indica la strada per la soluzione, a cui il paziente offre prontamente il consenso per la tutela del bene personale incommensurabili quale quello della vita e della salute su cui brama la soluzione. Al contempo la cultura medica sperimenta, sviluppa esperienze, impara dalle necessità, aiuta nell'evoluzione dei bisogni di salute. Nel nostro caso il mondo del lavoro ha svelato anche nuove situazioni cliniche, ha fatto conoscere le malattie professionali, e in loro dipendenza ha reclamato istanze sociali: testimonianza di evoluzione continua del perdurante rapporto e scambio tra *arte medica, individuo e società*. Proprio in virtù della necessità di dare adeguate risposte ai cittadini, soddisfare inedite istanze di salute, sono nate nuove discipline divenute ponte per la conoscenza dei rapporti tra le attitudini fisiche personali offerte, i danni subiti in costanza di lavoro e l'insufficienza dei sistemi di protezione e garanzia sociale dei cittadini. In questa trattazione si vuole dare conto di aspetti quali la storia delle attività medico legali e assicurative per le malattie e gli infortuni nelle zolfare, la condizione operaia con particolare riferimento alla tutela della salute e della vita in Sicilia al tempo delle zolfare e in ultimo suscitare una provocazione chiedendo se c'è ancora un futuro per le casse di mutuo soccorso.

LA NASCITA DELL'ASSICURAZIONE CONTRO LE MALATTIE

Fino al 1898 nelle zolfare non era prevista la presenza dell'ufficio medico: con lui mancava anche la legalità nella certificazione dei danni alla persona, e di conseguenza era sopito il diritto di tutela della salute; sembrava tutto normale e, come in acquiescenza a un cinico destino, il susseguirsi di infortunati non curati, di morti sepolti nelle miniere, di operai inabili e affamati e che trascinavano in disgrazia economica la loro famiglia, sollevavano problemi di evidente portata umana. È il caso di *Ribellino Francesco fu Pietro* da Sommatino (CL) il quale, fornito di un certificato di indigenza rilasciato dal Sindaco il 20 luglio 1888, inoltrò il 2 agosto istanza al Prefetto di Caltanissetta “a che la Deputazione Provinciale deliberasse a suo favore un sussidio mensile onde disfamare sé stesso, la moglie e quattro figlie tutte

ragazze per essere infermo da circa mesi quattro per avere riportato diverse contusioni nella miniera del Principe di Trabia in Sommatino. Ove questo non dovesse essere possibile, d'ufficio interessare il Sindaco di Sommatino [...] con richiamare al dovere l'amministratore del detto signor Principe di Trabia"⁵. La vicenda di Ribellino Pietro era comunque una di quelle che già da secoli affliggeva il mondo operaio nelle diverse nazioni d'Europa, a cui già avevano dato risposta con adeguati strumenti assicurativi e mutualistici. In Europa fu allora evidente il dovere assicurare una copertura economica e assicurativa in caso di disgrazia e di lucro cessante a favore dei lavoratori, e in particolare dei minatori. Si fa risalire al 1524 la fondazione della cassa di soccorso tra i minatori di Harz, al 1580 quella di Lilla, al 1694 quella della Sant'Anna a Parigi e al 1706 la Società amichevole di Londra⁶. Di cosa si moriva? Di traumatismi, asfissia da gas, malattie infettive e parassitarie. Di cosa si viveva? di stenti, del guadagno al limite del sostentamento, ma soprattutto della speranza di "riuscire a riveder la luce" a fine giornata. Le attività del medico di fronte alla morte da infortunio negli incidenti delle zolfare si limitava alla minima constatazione tra l'accaduto e l'esito, quanto bastava a stabilire il nesso di causalità. Infatti nel caso dell'infortunio mortale avvenuto nella miniera Saponaro il 22 novembre 1929 Ignazio Di Giovanni relazionava che i "cadaveri erano ancora caldi". Il contenuto del referto non vive nella prospettiva della necessità di una diagnosi di morte in ordine a criteri medico legali, bensì mira a documentare l'efficienza e la tempestività dei soccorsi: "tanto che" i cadaveri erano ancora caldi. Infatti nessun riferimento vi è nel documento sulla tipologia delle lesioni riportate⁷. Pertanto l'attività medico legale di natura peritale in ambito necroscopico e tanatologico non sembra costituisca all'epoca un'esigenza in occasione degli incidenti mortali nelle zolfare. La legge 17 marzo 1898 n. 80 sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro non entrò in regolare funzionamento neanche nel 1899 poiché i regolamenti per la sua applicazione, approvati con i regi decreti 230, 231, 232 del 18.06.1899, entrarono in vigore sei mesi dopo la pubblicazione sulla GU del Regno d'Italia, avvenuta il 26 giugno 1899⁸. In particolare il R.D. 231 approvò il regolamento in quarantadue articoli per la prevenzione degli infortuni nelle miniere e nelle cave. L'art. 2. del regolamento prevedeva il divieto di accesso nelle miniere ai non addetti ai lavori; l'art. 3 la protezione delle bocche a giorno chiuse da cancelli, ma

⁵ Archivio di Stato di Caltanissetta, Fondo *Intendenza e Prefettura*, busta 3838.

⁶ Nuova Enciclopedia popolare Italiana, Soccorso Mutuo, in A. GIORDANO, *La cassa di soccorso tra i solfatori in Lercara. Relazione, esercizio 1886-1888*, Tipografia Ignazio Marotta, Palermo 1892, p. 7.

⁷ Archivio di Stato di Caltanissetta, Fondo *Co.Re.Mi*, busta 85, posiz. II, fasc. 12.

⁸ Annali di Agricoltura 1884, *Relazione 1882*, p. LVII.

apribili dall'interno al pari delle odierne porte "antipanico"; l'art. 7 prevedeva che, nel sospetto di presenza di gas, il sorvegliante avrebbe dovuto ispezionare la miniera prima dell'accesso degli operai. In diversi articoli una serie di divieti e obblighi per l'uso di macchinari e carrelli; l'art. 32, obbligava ad abbandonare la miniera qualora l'aria fosse diventata insufficiente, il che era nettamente indicato dalla fiamma del lume che tendeva ad affievolirsi e spegnersi; l'art. 34 vietava di assumere operai alcolisti ed enolisti, ovvero affetti da qualche malattia che comportava capogiri, epilessia, sordità, etc.; l'art. 35, faceva divieto di assegnare il lavoro ad un solo operaio, mentre dovevano essere almeno in due; l'art. 38 stabiliva l'obbligo di consegne tra gli operai al cambio di turno; l'art. 40 obbligava la denuncia immediata delle lesioni di qualunque entità che l'operaio avesse riportato durante il lavoro, da inoltrare dallo stesso o dai compagni di lavoro, affinché potesse essere affidato alle cure del sanitario della miniera: cure alle quali il "ferito" era obbligato ad uniformarsi⁹. Il R.D. 230 ha approvato il regolamento generale in sedici articoli per la prevenzione degli infortuni nelle imprese e nelle industrie alle quali si applicava la predetta legge.

LE CASSE DI SOCCORSO

Presso le zolfare di Sicilia non esistevano vere e proprie casse di soccorso né magazzini cooperativi, ma si era tentato negli ultimi tempi di fondare qualche società di mutuo soccorso. In Sicilia il premio dell'assicurazione, malgrado il divieto della legge, gravava il più delle volte a carico degli operai mediante decurtazione del prezzo contrattuale di lavoro loro imposta dagli esercenti. Si sono verificati ritardi nei pagamenti delle indennità dovute per invalidità temporanea il che avrebbe costretto i lavoratori a prestiti con forti tassi di usura, con diminuzione notevole dello scarso compenso fissato¹⁰. Lo sviluppo degli strumenti idonei alla tutela di diritti personali socialmente e politicamente riconosciuti è stato un susseguirsi di interventi in tutte le nazioni d'Europa. In Italia l'unificazione del 1851 ha dato vita ad una legislazione comune tra le diverse regioni federate, ma si dovrà attendere diversi decenni prima che le drammatiche circostanze imponessero adeguati progressivi interventi. Il XIX secolo è stato teatro di sviluppo industriale a cui si sono consegnate le aspirazioni del progresso. Come oggi, anche allora il problema energetico è stato di particolare

⁹ Archivio di Stato di Caltanissetta, Fondo *Co.Re.Mi*, busta 83.

¹⁰ MINISTERO AGRICOLTURA, INDUSTRIA E COMMERCIO, *Rivista del Servizio Minerario*. Anno 1989, Tipografia G. Bertero, Roma 1900, p. CXIV.

attenzione e rilevanza, e le miniere di carbone e le zolfare sono state poste al centro dello sviluppo: su di esse hanno cercato di mettere le mani i potentati delle diverse nazioni. Negli anni '30 del 1800 è stata la disponibilità di fonti inanimate di energia che ha permesso all'uomo di trascendere i limiti biologici e di centuplicare la propria produttività. Non è un caso che l'industria mondiale si sia localizzata generalmente sopra o nelle vicinanze dei giacimenti carboniferi del globo; o che lo sviluppo di capitale sia stato proporzionato al consumo di combustibile minerale. Il carbone insomma è stato il pane dell'industria¹¹. La corsa alle materie prime è stata colta come straordinaria opportunità per sviluppare ricchezza e potere economico. La Sicilia ne è stato teatro, ma gli Stati stranieri, avanti rispetto all'Italia nei metodi di gestione delle industrie e nel riconoscimento di quelle che erano le elementari necessità di tutela del lavoratore e dei giovani operai, hanno dato una forte spinta a che si assumessero in Italia norme innovative. L'assistenza sanitaria è stata vista non soltanto nel soccorso fisico in caso di disgrazia nel cantiere di lavoro, ma come garanzia e sicurezza per sé stesso e i propri congiunti nel caso di inabilità per causa di lavoro. Infatti la Legge tuttora vigente del 15 aprile 1886, n. 3818, *Costituzione legale delle Società di Mutuo Soccorso*, all'art. 1 recita di "assicurare ai soci un sussidio nei casi di malattia, d'impotenza al lavoro o di vecchiaia; venire in aiuto alle famiglie dei soci defunti"; all'art. 2 si regola che le Società di Mutuo Soccorso possono cooperare all'educazione dei soci e delle loro famiglie, dare aiuto ai soci per l'acquisto degli attrezzi del loro mestiere, esercitare altri uffici propri delle istituzioni di previdenza economica¹². Quale il valore di questo progetto? Come riuscire a ergere un sistema di protezione?

Nella relazione del febbraio 1892, in occasione del I° triennio di attività 1886-88, de "La cassa di soccorso *tra*¹³ i solfatarari in Lercara" A. Giordano, che ne era direttore medico-chirurgico, fa precedere alla presentazione dei dati di esercizio una sintesi delle legislazioni e le loro diverse modalità organizzative nei vari Stati d'Europa e nelle Regioni del Regno prima e dopo l'Unità d'Italia. A noi piace qui porre subito l'attenzione a quel "tra i solfatarari" e non "dei solfatarari" come segno di condivisione e di solidarietà tra i danti causa, il che è coerente con quanto Giordano scrive¹⁴ "[...] riunirsi in società per attendere al reciproco aiuto e salvaguardare ciò che di più prezioso possiedono le umane famiglie sulla terra, la vita e la salute, a mezzo di

¹¹ D.S. LANDES *Prometeo liberato*, Torino 1978, p. 131, M. AMARI, *Memorie sugli zolfi siciliani*, a cura di Tino Vittorio, Palermo 1990, pag. 11.

¹² M. AMPOLLINI, *Società di Mutuo Soccorso*, "Aggiornamenti Sociali", 2003, 4, pp. 324.

¹³ Il corsivo è mio.

¹⁴ A. GIORDANO, *La Cassa di Soccorso ...*, cit., p. 6.

questa importantissima forma della previdenza e dell'assicurazione". Con lo sviluppo delle industrie moderne e col sorgere dei diritti dei lavoratori lo sviluppo delle casse di mutuo soccorso divenne necessario. Prescinda da questo lavoro in chiave storico medico la trattazione dei modelli legislativi e dei risultati ottenuti. Ci si limita soltanto ad alcuni esempi come confronto del grado di evoluzione raggiunti all'estero rispetto al nostro: con le casse di soccorso tra i lavoratori dell'industria mineraria in Belgio, Inghilterra, Francia, Olanda, Germania, Danimarca si formarono città e villaggi operai nei distretti minerari e metallurgici, le quali in pari tempo divennero potente strumento di attuazione del sistema di partecipazione dell'operaio ai guadagni, all'associazione produttiva, con consistente miglioramento salariale e agiatezza personale e familiare. Si attribuiscono alla spontanea liberalità dei padroni e al buon volere degli operai i successi dell'associazionismo nelle industrie della Svizzera, Danimarca, Baviera, Alsazia, Sassonia. Gli interventi comprendevano anche investimenti per l'istruzione e la lotta all'analfabetismo; incentivi e premi per chi versava nelle casse di risparmio più depositi; pensioni vitalizie proporzionali al numero di anni di contribuzione. In Francia già nel 1834 si intervenne in campo sanitario con l'erogazione gratuita dei farmaci a domicilio e si provvide alle scuole e ai sussidi agli ammalati e ai feriti. Nella fabbrica olandese di lievito e alcool di Delft, oltre alla partecipazione agli utili, gli operai godevano di scuole per i lavori manuali per i loro figli, borse di studio per coloro che frequentavano le scuole comunali, corsi di disegno e di lingue straniere, scuole di cucitura per le figlie, conferenze, uffici di consultazione agraria. Si riferisce che ivi il sistema di gestione del rischio era così perfezionato che solo un operaio era morto per incidente e la vedova era stata risarcita con somma rapportata al doppio del salario mensile percepito dal coniuge. In Italia "[...] al cui primato intellettuale è pur debito s'inchini ogni civile Nazione, per la sua divisione politica in piccoli stati, la tenuità delle produzioni industriali, la miseria e la dispersione dei capitali, la mancanza di buoni ordinamenti commerciali, scesa fra le ultime dell'agone manifatturiero del mondo, non può tenere presentemente in queste situazioni un posto d'onore"¹⁵. È stato dal mutamento politico indotto dall'Unità d'Italia, e con essa la conquistata libertà, che si è attesa la spinta verso il miglioramento sociale; grazie all'impegno delle istituzioni verso la causa operaia e allo sviluppo delle conoscenze in campo igienico-sanitario si aprì la strada al risparmio, alla previdenza, al soccorso, alla cooperazione, alla prevenzione del danno. Un nuovo clima culturale, a cui si è associato uno spirito caritatevole e umanitario, hanno favorito una efficace azione per rimuovere i pericoli e i danni da lavoro,

¹⁵ Ibidem, p. 31.

offrire prezioso aiuto anche attraverso la formazione e l'educazione, base perenne della conoscenza e delle possibilità di sviluppo. Alcuni esempi sono utili per documentare quanto rapide siano state le iniziative associazionistiche: sorsero 3.728 società di mutuo soccorso sotto la guida di L. Luzzati, sull'esempio di quella di Altare, unica del suo genere e annessa alle celebri fabbriche vetraie, fondata dal medico Giuseppe Cesio, e di quella della fabbrica di filatura Sutermeister ad Intra, assicuratrice dei suoi operai contro i danni, rischi e malattie occasionali, invalidità o morte. Le Società Operaie di Mutuo Soccorso (SOMS) andarono crescendo fino alla seconda decade del 1900 sia per numero che per importanza. Con lo sviluppo dello Stato assistenziale le funzioni da esse esercitate pian piano scemarono e a volte si ritennero superflue per cui andarono incontro a ridimensionamento e molte di esse furono sciolte: oggi ne residuano qualche migliaio e manca un loro censimento aggiornato e a Torino è attivo il *Centro per lo studio e la documentazione delle Società di Mutuo Soccorso*. La persistente e oculata opera del governo nazionale offrì non pochi miglioramenti alla classe operaia a partire dal riconoscimento di diritti civili e politici in funzione della tutela della vita, con la regolamentazione del lavoro delle donne e dei fanciulli, con provvedimenti sulla sicurezza negli opifici e nelle fabbriche, con le riforme in campo igienico; provvide anche con la cassa nazionale per l'assicurazione degli operai per gli infortuni sul lavoro istituita con la legge 8 luglio 1883. Da lì un fermento ha portato ad iniziative di tutela per la vecchiaia. L'azione del volontariato non poteva essere sufficiente a coprire tutte le necessità assicurative per cui il Governo attuò forme obbligatorie di assistenza e cura degli infortunati. Il livello politico fu svolto al pari di quanto in Europa già era stato messo in campo da altre Nazioni.

NASCITA DEL SINDACATO

Con la legge sugli infortuni sul lavoro del 1898, a norma dell'art. 17, gli esercenti le miniere di zolfo furono indotti a costituirsi in "Sindacato"¹⁶, ma ciò non avvenne per la mancata adesione di circa la metà di tutti gli industriali. Si costituì comunque un primo sodalizio che prese il nome di "Associazione mineraria per la prevenzione e l'assicurazione contro gli infortuni del lavoro", con funzione di collegamento tra industriali e società e

¹⁶ P. COLAJANNI, "Notizie e dati sulla istituzione e sul funzionamento del Sindacato Siciliano Infortuni: prima, durante e dopo la guerra mondiale, in I. DI GIOVANNI [a cura], *L'industria Mineraria Solfifera Siciliana*, Tipografia Sociale Torinese, Torino 1925, pp. 85-111. Colajanni è stato Direttore del Sindacato Obbligatorio Siciliano di Mutua Assicurazione per gli infortuni sul lavoro nelle miniere di solfo.

istituti autorizzati alle competenze assicurative, a norma della detta legge. La legge del 19 giugno 1903 n. 243 ha dato facoltà al governo del Re di dichiarare obbligatoria la costituzione dei sindacati per la tutela del lavoratore. Le disposizioni degli art. 26, 27 e 28 della legge, testo unico, 31 gennaio 1904, n. 51, frutto dell'efficace azione degli esercenti le zolfare così associati verso il potere politico, diedero la facoltà al Governo del Re di dichiarare indispensabile la costituzione di un *Sindacato obbligatorio di mutua assicurazione fra gli esercenti di una determinata industria* quando fosse riconosciuto necessario o conveniente ricorrere a questo mezzo per meglio assicurare l'esecuzione delle disposizioni legislative e regolamentari emanate per gli infortuni sul lavoro. Tale innovazione era stata specialmente suggerita dalle difficoltà incontrate nell'applicazione di quelle disposizioni sull'esercizio delle miniere solffere in Sicilia. Abitudini peraltro inveterate, quali pagamento a cottimo degli operai, adozione del *truck system*, mancanza di disciplina nel lavoro. L'esperienza di quei cinque anni di applicazione della legge in Sicilia aveva dimostrato che il sistema di assicurazione obbligatoria con la libera scelta dell'Istituto assicuratore mal si adattava alle scadenti condizioni delle modalità con cui si tenevano i rapporti di lavoro nelle zolfare. Infatti i privati Istituti assicuratori, dopo un primo infelice esperimento fatto negli anni 1899 e 1900, hanno tutti rinunciato a stipulare contratti di assicurazione con gli esercenti le miniere di zolfo, abbandonando completamente il campo alla Cassa Nazionale di Assicurazione per gli infortuni degli operai, obbligata, per disposizione normativa, ad accettare le proposte di assicurazione da qualunque imprenditore presentata. Venne meno quindi il precipuo scopo per il quale il legislatore accolse il sistema della libera scelta dell'Istituto assicurato: fare fruire agli industriali i vantaggi della concorrenza derivanti dal libero mercato tra più istituti messi egualmente in condizioni di competere per la migliore assicurazione degli operai.

La Cassa Nazionale, rimasto l'unico Ente ad assumersi l'onere assicurativo, ebbe a subire considerevoli perdite per le seguenti condizioni negative: a) i padroni che di norma non stipulavano alcun contratto con gli operai non sentivano il dovere morale di tutelarne l'incolumità mediante l'adozione di norme preventive; b) difficoltà ad esercitare un efficace controllo su numerosissime miniere disseminate in una vasta plaga di territorio, la cui vita si accendeva e spegneva in tempi brevissimi; c) i tentativi di frode messi frequentemente in atto grazie alla complicità dei compagni di lavoro che riescono a far accreditare come infortunio sul lavoro eventi traumatici patiti in circostanze diverse. Pertanto l'Istituto assicuratore, i cui funzionari erano lontani dagli sciagurati luoghi, non aveva modo di accertare la veridicità dei fatti e finiva col "subire" il pagamento di indennità non dovute.

Sul piano economico si registrava di conseguenza l'enorme differenza tra il liquidato della Cassa Nazionale d'Assicurazione e la corresponsione delle quote dei lavoratori che coprivano solo la metà. Infatti gli esercenti denunciavano solo una parte del salario corrisposto al fine di avere minor aggravio nel pagamento del premio assicurativo. A parità di rischio nel lavoro o forse anche maggiore per via della mancata applicazione delle misure di protezione nella circostanza del lavoro in nero – come del resto ancora oggi avviene – vi era una contribuzione insufficiente e non proporzionata. Lo strumento più efficace per fronteggiare tali difficoltà e sperequazioni è stato l'istituzione di un "Sindacato Obbligatorio" tra tutti gli esercenti delle miniere di zolfo della Sicilia, molti dei quali la caldeggiavano e dei cui voti si fecero interpreti autorevoli molti Deputati e Senatori dell'Isola nel corso della discussione in Parlamento. La costituzione del Sindacato Obbligatorio lasciava prevedere il conseguimento dei seguenti vantaggi:

- interesse alla reciproca vigilanza a che fossero osservate le norme preventive sugli infortuni;
- corrispondenza tra salario reale e quota di contribuzione;
- riduzione dell'onere assicurativo e comunque proporzionato al rischio effettivo di ciascuna attività industriale
- lotta alle frodi e alla *sinistrosi*, come la chiamava il Di Giovanni, e *terapia morale* per curare i tentativi fraudolenti

Il Governo avrebbe contribuito al servizio di vigilanza sugli adempimenti sopradetti potenziando la fase di controllo ed equiparando gli Ispettori incaricati dal Sindacato agli Ispettori Governativi. Il Sindacato Obbligatorio, a differenza del volontario, aveva sia il privilegio di essere esonerato dal versamento della cauzione richiesta a favore dei volontari sia il diritto di esigere i contributi dovuti dagli esercenti con le forme, privilegi e norme in vigore per le imposte dirette. La circolare del ministro Rava¹⁷ concludeva con il seguente auspicio: "Ritengo necessaria la sollecita costituzione di un Sindacato Obbligatorio di assicurazione per quella industria", invitando i signori Prefetti e Presidenti di Camere di Commercio di volerne esporre i vantaggi agli esercenti, di fissare entro il primo trimestre dell'anno successivo (1905) la sua costituzione, affidando all'attuazione di tale legge grandissima importanza sociale per la quale tutti sono chiamati a cooperare intensamente. Venne pertanto superato con tale strumento il

¹⁷ Archivio di Stato di Caltanissetta, fondo *Co.Re.Mi*, busta 83. Circolare n. 27 del 9 gennaio 1904 a firma del Ministro Rava ai Prefetti delle province, Presidenti delle Camere di Commercio ed Arti di Caltanissetta, Catania, Girgenti, Palermo e Trapani, che di fatto segna la svolta nella necessità di costituzione del Sindacato Obbligatorio.

problema della costituzione dei fondi di esercizio del Sindacato, la loro giusta applicazione con la messa in campo di mezzi innovativi e correttivi dei frequenti tentativi di *malpractice* da parte degli esercenti, e diversi da quelli applicati in tutto il mondo e per tutte le industrie, quali erano i *premi rapportati alle mercedi*. L'azione dell'Associazione mineraria fu efficace, tanto che con provvedimento legislativo fu stabilita la formazione dei fondi per il funzionamento del Sindacato, mercé i contributi riscossi in base alla produzione delle miniere di zolfo, senza esclusione della parte medesima (estaglio) spettante ai proprietari del sottosuolo minerario che non ne fossero essi stessi gli esercenti dell'industria. Continuarono le iniziative politiche dell'Associazione mineraria, tanto che si ottenne la legge 11 luglio 1904, n. 396, che può essere considerata la legge fondamentale del Sindacato, con la quale all'obbligo di tutti i lavoratori delle miniere di zolfo della Sicilia di far parte del Sindacato, si aggiunse quello dei proprietari, considerati coesercenti, di dover concorrere alla formazione dei fondi di esercizio del Sindacato. Il Sindacato iniziò il suo cammino legale con il R. Decreto del 29 settembre 1904, n. 590, che approvava lo statuto sociale e cominciò a funzionare l'1 ottobre dello stesso anno. Nel primo anno di attività furono 1152 i certificati d'iscrizione emessi dalla Direzione per 829 lavorazioni produttive e 323 improduttive¹⁸. L'azione del Sindacato fu in continuità con quella condotta dalla prima "Associazione fra gli esercenti" delle miniere di zolfo, con la costante tendenza a conseguire provvedimenti eccezionali in coerenza con i problemi dell'industria mineraria italiana e nel mondo, in favore delle quali i legislatori di tutti i Paesi furono indotti a dare una legislazione speciale distinta da quella riguardante le altre industrie e classi operaie. La Legge 14 luglio 1907, n. 527 (GU 26 luglio 1907, n. 177), con gli art. 2, 3, 4, 5, 6 e 7, e il regolamento attuativo approvato con R. D. del 14 giugno 1908 in cinque titoli e trenta articoli, contenevano le disposizioni speciali ed eccezionali per gli infortuni degli operai nelle solfate di Sicilia¹⁹. Era stata inoltre costituita la base di applicazione delle tabelle dei salari approvate con R. Decreto 16 settembre 1908, n. 540. Con il Regolamento del 3 dicembre 1908 si conferiva al Sindacato l'obbligo di organizzare un servizio di posti di soccorso e prime cure²⁰, e questi si fece meritevolmente carico, benché non fosse prescritto da nessuna delle leggi allora vigenti, delle cure degli infortunati fino alla guarigione.

¹⁸ C'era stata una iniziativa di istituzione di una *Cassa privata* da parte dell'ing. prof. Pintacuda, ma il Consiglio di Stato respinse un suo ricorso contro l'ingiunzione del Sindacato.

¹⁹ Archivio di Stato di Caltanissetta, *Co.Re.Mi.*, busta 83.

²⁰ Si sostituì completamente alle attività della Croce Rossa nel 1913, dopo un travagliato periodo di difficili rapporti esitato in contenzioso giudiziario.

LA COMMISSIONE SANITARIA DEL SINDACATO

Il funzionamento delle attività sanitarie del Sindacato era affidato ad un *organo tecnico centrale* attorno al quale ruotavano tutti gli atti della Direzione: la Commissione Sanitaria, che aveva autorità sulla determinazione delle indennità e delle controversie giudiziarie fra infortunati ed Ente. Era costituita nella sua prima composizione da tre medici generici, successivamente ridotti a due, e da un oculista. Le loro competenze non erano equiparabili a quelle della consulenza medico legale necessaria presso altri istituti congeneri. Il Sindacato, dovendosi prendere carico dell'assistenza sanitaria degli infortunati fino a guarigione completa, era necessario che i suoi medici intrattenessero rapporti con i colleghi dei posti di soccorso di II classe e dei luoghi di residenza dei pazienti attraverso una corrispondenza di ordine amministrativo²¹. Lettere e rapporti medici, in media 20-30 al giorno, erano esaminati dalla Commissione medica presso le rispettive abitazioni²², con riconsegna all'archivio del Sindacato la mattina successiva. Per gli assistiti presso i posti di soccorso di II classe, trascorso il termine della prima prognosi, qualora non fossero pervenute soddisfacenti spiegazioni sul ritardo nella guarigione, il prosieguo delle cure non era più di competenza del medico fiduciario, ma si invitava l'infortunato a recarsi presso l'ambulatorio del Sindacato per visita di controllo. L'apertura del *Gabinetto di osservazione* era dalle 2 alle 4 ore al giorno per quattro giorni nella settimana.

Volumi di attività (Fig. 1 e 2)

Quinquennio	Infortunati	Visitati
1909 – 1913	27.850	6.920 (24,8%)
1914 – 1918	21.490	4.050 (18,8%)
1919 – 1923	14.819	3.353 (22,6%)

I due commissari medici generici nei tre quinquenni hanno espletato 1.866 *perizie giudiziarie*, tutte eseguite in Caltanissetta e tutte promosse dal Sindacato a norma del predetto art. 8. Le controversie giudiziarie per lesioni da infortunio, spesso generate da richieste pretestuose, simulazioni,

²¹ Con la legge del 16 luglio 221 i soci ed operai assicurati potevano beneficiare dell'esenzione dalle tasse postali per la corrispondenza e per le rimesse di denaro, così come industriali e operai avevano fruito durante l'ultimo periodo di funzionamento dell'Associazione mineraria, perché assicurati presso la Cassa Nazionale.

²² Dalla pubblicazione per la Mostra Internazionale del 1911 risulta che nell'anno 1907 si inviarono a tre medici generici fiduciari n. 25.323 *inserti* (pratiche), oltre quelli inviati all'oculista. Il dato lo riporta Pompeo Colajanni nella nota citata.

autolesionismo, hanno comportato un delicato lavoro di riesame della documentazione assai più oneroso di quello che quotidianamente si svolgeva negli ambulatori, e con produzione di relazioni a difesa fondate sulla nuova perizia e riesame per critica. Il Sindacato teneva una convenzione con l'Istituto Fisioterapico "Albanese" sito in Palermo e due commissari medici generici si recavano ivi mensilmente per controllare l'andamento delle cure: in media erano occupati 20-posti letto, a volte anche 30. Ogni visita era accompagnata da relazione particolareggiata per il Consiglio di Amministrazione e per la Direzione Generale. La Commissione ultimava i compiti di esame delle carte mediche e amministrative, delle visite di controllo per ogni infortunato al quale non veniva liquidata l'indennità per sola inabilità temporanea, con un giudizio medico legale ai fini della liquidazione dell'indennità per inabilità permanente o per decesso. Per le lesioni oculari, otorinolaringojatriche o altre specialità cliniche, e per tutti i casi di qualche importanza, quando la liquidazione non poteva avvenire in base al giudizio del medico fiduciario, si inviava l'infortunato presso il sanatorio Albanese per osservazione ed eventuale consulto di un docente dell'Università sì da promuovere la perizia giudiziaria. Tutti questi sforzi e iniziative supportate da azioni di diritto sono state rivolte alla cura degli infortunati, ma già una nuova cultura all'epoca stava sviluppandosi che era quella della prevenzione delle malattie nei luoghi di lavoro²³.

LA LOTTA ALLE FRODI E LA PERIZIA PREVENTIVA

Presso il Ministero competente fu posto il problema legato alla difficoltà di liquidare correttamente le indennità per infortuni quando i colpiti erano operai parzialmente o totalmente invalidi e permanentemente per pregresse lesioni, per malattie preesistenti, e che provavano dolosamente a far risultare come conseguenza di infortunio ultimo patito. Si era dimostrato come tali condizioni fossero frequenti fra gli operai dell'industria solfifera tanto che per evitare possibili frodi e controversie giudiziarie si istituì per norma la "visita medica preventiva" degli operai. Di questa iniziativa fu data notizia al Congresso Internazionale di Medicina celebrato a Roma nel 1909. Venne pertanto istituita la *perizia giudiziaria*, nel regolamento chiamata *perizia preventiva* per potere ricorrere o a futura memoria o a scopo di pronta e facile determinazione del giudizio medico sulle conseguenze dell'infortunio. Anche questa disposizione si ha notizia essere stata illustra-

²³ E. LEVI, *Il moderno indirizzo per il benessere e l'incolumità dei lavoratori*, Stabilimento Lit. Tipografico M Martini, Prato 1922.

ta al Congresso Internazionale dei medici riuniti a Roma e successivamente oggetto di monografie nella *Rassegna Sociale* edita dalla Cassa Nazionale per gli infortuni sul lavoro. La Magistratura giudicante in Sicilia apprezzava le perizie preventive quali perizie giudiziarie regolari contro le quali era lecito ordinare soltanto la *perizia revisoria*, previa dimostrazione dell'insufficienza o vizio di forma, ma della quale in caso contrario il magistrato si poteva servire come base per il giudizio sull'istanza inoltrata dal lavoratore. Si determinarono comunque incertezze sul valore di tali perizie e successive norme rinnovarono le disposizioni, mentre altri atti parlamentari indicarono la necessità di una interpretazione autentica. Con la Legge 19 giugno 1934, n. 594, si volle riaffermare che la *perizia giudiziaria*, istituita con la Legge del 1907 debba essere trattata come ogni altra perizia ordinata dal magistrato ai fini della decisione di una controversia, mentre la perizia di cui all'art. 8 della Legge del 1907 poteva essere promossa dal Sindacato in occasione di ogni infortunio, ed anche prima dell'espletamento di qualunque azione giudiziaria.

Dal 1906 al 1909 si registrò un periodo caratterizzato dai benefici di una sollecita e appropriata assistenza agli infortunati, oltre che sul piano sociale generale su quello peculiare dello sviluppo delle funzioni assicurative. Nel 1904, costituito il SOS fra gli esercenti, si avvertì la necessità di una disciplina e di un'azione moralizzatrice della larga speculazione che si era annidata attorno agli infortuni. Di *sinistrosi* parlava Di Giovanni per definire quella condizione patologica che faceva ammalare il soggetto in funzione di un interesse remunerativo all'infortunio: non era la salute l'interesse, ma il vantaggio economico, come del resto anche oggi l'aumento di richieste di indennizzo denuncia. Interessante la motivazione con cui alcuni pazienti venivano inviati all'osservazione dei medici della casa di cura Albanese: "*cure morali*". Interrogarsi sulla definizione e sull'aggettivo *morale* fa scoprire target, dinamica e contenuto di valore della definizione. Il termine *cure* riconosceva un'affezione patologica e comportamentale del soggetto che chiedeva un provvedimento correttivo, e che nell'aggettivo *morale* trovava un completamento in ambito relazione. La *moralità* è relazione, che si pretende ancora oggi sincera e leale con il medico di famiglia, ma anche con l'Ente pagante che viveva della contribuzione dei suoi iscritti e quindi anche con tutti coloro che sovvenzionavano il Sindacato. Non si parlava di tentativi di reato e di appropriazione indebita, il che sarebbe avvenuto dopo l'erogazione del sussidio non dovuto, ma di cure preventive e forse anche educative per evitare che si perpetrasse il danno e il malcostume. Oggi tale terminologia è desueta, ma la condotta per acquisire un sussidio economico non dovuto è sempre operante. Si ha la sensazione che sottrarre risorse non dovute alle casse dello Stato sia indolore per il sistema sociale

e per i cittadini che invece lo patiscono. Anche i medici sono chiamati alla loro responsabilità nell'amministrare questo segmento di giustizia, con il contributo dei quali i "finti ciechi" sarebbero indotti a vedere il danno non solo economico ma anche sociale di tali abusi. La *sinistrosi* di un tempo sollecita la riflessione sull'opportunità di ritornare a forme di assistenza che vedono il coinvolgimento dei cittadini e il mutuo sostegno tra di loro nel dispiegare l'interesse personale non "contro qualcuno" ma "a favore di tutti". Su questo aspetto riteniamo esserci un futuro per il mutuo soccorso.

ASSISTENZA SANITARIA E COOPERAZIONE DELL'UTENTE

Lo studio della Storia della Medicina nell'esplorare il passato deve consentire di aprire le esperienze vissute al futuro. La provocazione "se esiste un futuro per le casse di mutuo soccorso" potrebbe costituire fertile occasione di riflessione e trova immediata collocazione nei problemi che affliggono il nostro sistema sanitario e che chiedono adeguata risposta a causa dei crescenti e apparentemente inarrestabili costi sanitari, del difficile rapporto tra pubblico e privato *for profit*, e dei buoni risultati di salute che la popolazione ambisce. Rappresentano causa di innalzamento dei costi sanitari il progressivo reclutamento di settori di cura prima inediti, l'aumento delle cronicità per il favorevole superamento di patologie acute un tempo mortali, i mezzi diagnostici sempre più numerosi e sofisticati, l'esigenza di costosi investimenti nelle strutture e nelle tecnologie, l'invecchiamento della popolazione e, non ultimo per entità e volumi di prestazioni, il frequente ricorso alla *medicina difensiv-istica*, non difensiva, che assorbe considerevoli risorse non di certo in funzione degli interessi del paziente e forse neanche di quelli dei medici ai cui ultimi soprattutto è indirizzata. Ben vengano pertanto quelle iniziative che pur limitando i costi consentono ugualmente di coprire il fabbisogno sia in ambito sanitario che socio-assistenziale, e quegli interventi soprattutto a favore delle fasce di fragilità non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale con natura e forma integrativa e complementare perché capaci, se erogati con efficacia ed efficienza, di esitare nella riduzione della contribuzione fiscale.

L'attuale modello organizzativo della sanità discende dal D. L.vo 502/92 il cui art. 9 prevede che possono essere istituite società di "Mutuo soccorso" quali enti finalizzati a gestire fondi integrativi sanitari per l'erogazione di *prestazioni aggiuntive* rispetto a quelle dispensate dal sistema sanitario nazionale nei livelli essenziali di assistenza²⁴. È di manifesta at-

²⁴ M. AMPOLLINI, *Società di ...*, cit., p. 323.

tualità la domanda su “come e in quale spazio si possono inserire le casse di soccorso per contribuire positivamente allo sviluppo di quelle attività ancora non sufficientemente coperte e di cui se ne avverte la necessità”. Innanzitutto è auspicabile e prevedibile che le “società di mutuo soccorso” mantengano una finalità *integrativa e non sostitutiva* delle competenze del pubblico e rimangano caratterizzate dall’originaria natura *solidaristica, universale e democratica*. Le loro iniziative devono soddisfare i criteri basilari con cui muovere il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, recentemente ben determinati dal Patto per la Salute 2010-2012, varato dalla Conferenza Stato Regioni e adottato dalla Regione Siciliana con Decreto dell’Assessore alla Salute: le prestazioni sanitarie e l’organizzazione delle aziende devono essere informate all’*efficienza e all’appropriatezza*²⁵. La spina dorsale delle società di mutuo soccorso deve consistere nel realizzare gli obiettivi di salute con uno strumento a servizio dei “Soci” che abbia la logica del *non profit*. Questa caratterizzazione rende la loro natura completamente differente da quella delle Compagnie di assicurazione di cui oggi si invoca l’intervento a fini dello sviluppo di una mutualità integrativa. Laddove si persegue il profitto è d’obbligo accogliere quelle attività che consentono lo scarto positivo tra costi e proventi, con il conseguente temuto abbandono di necessità assistenziali economicamente non remunerative e quindi a danno dei cittadini-utenti. Invece i partecipanti a una Cassa di Mutuo Soccorso sono *soci* e destinatari dei servizi che loro stessi finanziano. Il concetto di “Socio” – Giordano avevano scritto “tra i solfatarari” – esprime interessamento alla buona riuscita delle attività a cui si dà vita, per cui la partecipazione non è solo racchiusa al momento del bisogno, come accade nell’utilizzo del SSN, ma si esprime nel complesso della gestione dello strumento, nella scelta e organizzazione dei servizi, nella programmazione delle coperture sanitarie e assistenziali da garantire. La tabella 10 sintetizza le differenze sostanziali tra società di assicurazione e società di mutuo soccorso.

²⁵ R. MALTA, *Il criterio etico di appropriatezza / pertinenza nella storia del rapporto medico-paziente-struttura*, in Salerno A, Malta R [a cura], Atti 2009 del Corso di Formazione “Individuo, Medicina, Società” dell’Accademia delle Scienze Mediche dell’Università degli Studi di Palermo, Palermo 2011, p. 191-208.

Differenze tra Società di Mutuo Soccorso e Compagnia di Assicurazione (da Ampollini, modificata)

Società di Mutuo Soccorso	Compagnia di Assicurazione
Organizzazione senza scopo di lucro, a gestione autonoma e democratica, su base volontaria e di auto-aiuto.	Impresa commerciale, vincolata alle leggi del mercato, deve produrre utili.
Assiste i soci per tutta la vita e comunque fino a quando lo desiderano, liberi di dimettersi in ogni momento.	Copertura assicurativa a tempo e di solito fino al 70' anno di età, quando diventa antieconomica per via del maggior rischio di morbilità.
Di norma non dispone il recesso del socio, l'unico titolato a decidere se continuare o dimettersi dalla società.	La natura e le clausole del contratto prevedono che può avvenire il recesso dalla polizza a seguito di un sinistro o per l'insorgenza di malattie non previste o invalidanti.

La diretta partecipazione del cittadino e la sua cointeressenza alla gestione e programmazione dei servizi socio-sanitari costituiscono in uno la modalità odiernamente più interessante nello sviluppo dei modelli integrativi all'attuale servizio pubblico statalizzato o al privato *for profit*, che oggi si trova finanziato ugualmente dallo Stato pur con metodologie gestionali di tipo privato. Trattando dei servizi assistenziali a favore delle fasce di fragilità si vuole fare riferimento anche a quegli spazi di intervento di assistenza sociale ancora non sufficientemente coperti su tutto il territorio nazionale, quali ad esempio le varie forme di assistenza domiciliare integrata a favore degli anziani, dei diversamente abili, di coloro che bisognano di peculiari programmi rieducativi per lungo periodo. Esistono quindi vasti settori di intervento dove creare una continuità funzionale tra le due forme di assistenza, sanitaria e sociale, sgravando l'ente statale dall'onere di predisporre servizi che risulterebbero più costosi se invece a proporli fosse la libera autonoma iniziativa del cittadino. Oltre al processo di de-ospedalizzazione, come si sta cercando di effettuare con interventi di ristrutturazione manageriale per tutte le prestazioni assistenziali fruibili nei regimi a più basso assorbimento di risorse, pur nella garanzia di pari sicurezza dei pazienti, la solidarietà su base libera e partecipe può ottenere favorevoli effetti nella de-statalizzazione dei servizi con la creazione di fondi su base volontaria per nuove prestazioni. Un incentivo può essere il ricorso alla fiscalità premiante con impegno delle risorse liberate in funzione di iniziative sociali. Il concetto di *welfare state*, stato minimo di benessere che lo Stato garantisce a tutti i cittadini, si aggiornerebbe in *welfare promotion*, condizione in cui il

benessere è il risultato di un equilibrato rapporto positivamente evolutivo tra privato *non profit* e pubblico, a mezzo della partecipazione diretta non tanto dei singoli individui quanto delle loro libere aggregazioni attraverso la creazione di relazioni costruttive e sinergiche, sì da riformare la condizione odierna che è risultato dell'identificarsi, all'interno della stessa unità personale, del cittadino che eroga le tasse e al contempo fruisce dei servizi, il che realizza condizioni antagoniste nel processo di assistenza e cura. La solidarietà, presupposto di integrazione e buon funzionamento, prevede che si attraversi la fase di progettualità integrata tra pubblico e privato *non profit*, con un ritorno alla funzione originaria del mutuo soccorso, al pari di quando questo provvedeva a tutti i servizi per la cura integrale della persona. Riconoscere questa funzione nel panorama politico del settore sanitario farebbe diventare l'utente protagonista delle scelte operate nell'assistenza socio-sanitaria con evidente responsabilizzazione dei soci della cassa, primariamente interessati al buon andamento dei servizi che si propone di realizzare. Salvaguardia dei diritti dei cittadini e promozione della qualità del servizio sono il *goal standard* possibile e a cui perennemente tendere. Supporti normativi devono comunque facilitare che tali società diventino competitive verso il ricco settore *privato for profit*, che tante risorse acquisisce dal sistema pubblico sapientemente allocandole nei più redditizi settori di cura. Il motore deve essere un cambiamento culturale, specie nel meridione d'Italia, dove la libera iniziativa è torpida, frenata per la preoccupazione e paura nel futuro, senza riuscire a sostituirsi alla funzione dello Stato che ha assunto la caratteristica di garanzia e sussidio in tutto e per tutto attraverso l'obbligatorietà della sua azione vicariante. È evidente che migliorando l'efficienza organizzativa e l'appropriatezza delle prestazioni si genera lavoro perché libera risorse utili per futuri investimenti. Accade pressoché costantemente che il volontariato e l'iniziativa delle libere associazioni umanitarie e di quelle non a scopo di lucro riescono ad assicurare interventi più tempestivi rispetto a quel lento muoversi di una burocrazia talora solo formalmente garantista, e a raggiungere aree dove l'Ente pubblico è ancora lontano da opere di riqualificazione. Il volontariato in ambito medico sanitario è un'opportunità sociale che ha visto una crescita senza confini e oggi è presente in numerosissimi ambiti della vita civile nazionale e internazionale: è stato proprio l'opera di volontariato della CRI ad aprire la strada dell'assistenza sanitaria nelle zolfare.

Il processo di "medicalizzazione" delle zolfare ha di fatto liberato la richiesta, ampiamente giustificata, di un numero elevato di prestazioni sanitarie, secondo la logica che anche in sanità *l'offerta genera la domanda*. Quanto più un servizio è fruibile, specie se gratuito per il cittadino, come anche lo era al tempo delle zolfare, tanto più si usa e spesso si abusa. Su

questo ha poggiato nei tempi recenti la logica della partecipazione al costo delle prestazioni diagnostiche e farmaceutiche per le patologie lievi e non urgenti: misura che scarsamente ha agito nel contenere la facilità con i quali i medici prescrivono esami di laboratorio e indagini strumentali. Al tempo delle zolfare si sono puntualmente affacciati numerosi casi di distorsione sul corretto utilizzo del sistema sanitario, tanto che è stata necessaria la costituzione di un corpo di vigilanza e ispezione per la lotta alle frodi. Nel 1909 il 13,0% delle denunce al Sindacato è stata esitata con referto negativo, mentre nel 1913 la percentuale era diminuita al 7,8%, facendo ritenere che sia stata abbassata la soglia di ammissibilità all'indennizzo. L'occasione è favorevole a ricordare che non va ridotta la guardia nella persistenza dell'impegno e nell'assunzione di uno stile improntato al rigore se si vogliono sortire sempre giusti effetti positivi. Viene anche da domandarsi se sono stati i medici più tolleranti o i pazienti meno pretenziosi. Coltiviamo la convinzione che in questo bipolarismo ci sia reciprocità e consequenzialità, e se l'azione del medico è improntata al rigore, il cittadino osa di meno: sono eclatante esempio i numerosi falsi ciechi che hanno molto osato della compiacenza di medici che, dimostratisi incapaci di negare evidenti abusi, hanno consentito la realizzazione della frode facendo percepire ingiusto sussidio di invalidità con conseguenti danni economici per le casse dell'erario. Tuttavia con l'avvento della gestione del SOS la funzione ispettiva in ambito sanitario, sviluppata attraverso una Commissione di vigilanza, è stata soppressa perché giudicata non utile, confidando soltanto sull'operato dei medici fiduciari. I costi del servizio sanitario delle zolfare sono stati crescenti dal primo quinquennio (1909-1913) al terzo (1919-1923), sia per la promozione e sviluppo dell'attività assistenziale attraverso l'incremento dei livelli di copertura delle malattie sia per l'uscita di scena nel 1913 della CRI e del suo apporto munifico. All'esordio dell'esperienza sanitaria, l'obbligo di legge di dovere assistere i lavoratori infortunati si coniugava con un nuovo spirito di solidarietà. Lo sfruttamento iniziale dell'operaio, visto solo come mezzo per perseguire un interesse economico prevalente sulla stessa cura della salute cominciava a stemperarsi in un clima nuovo di beneficenza, ma nell'ottica del saggio utilizzo dei beni disponibili. Poteva comunque accadere di incorrere nel tentativo di trasformare l'*opportunità* in *opportunismo*, disattendendo gli aspetti negativi della giustizia sociale intesa nel suo versante di equità, imparzialità e legittima distribuzione dei beni. Si è verificato che i benefici offerti dalla copertura dell'assistenza sanitaria stimolavano nel lavoratore la negativa possibilità di vedere soddisfatto il suo turno di sfruttamento, tentando di trasformare l'utilità del servizio in privilegio a fini di indebito lucro, ultima maglia della lunga catena di prevaricazioni e abusi che serpeggiavano non tanto sommessamente negli

ambienti delle zolfare. Una lesiva conduzione, anche moralmente carente, spesso si supera se operatore e utente, singolarmente responsabili ognuno per la propria parte, creano un rapporto interpersonale e di fiducia nella reciprocità. Diversamente si paga il prezzo di trasformare il sistema in una serie di relazioni private che si vogliono conducenti a ottenere a qualunque prezzo la mera soluzione dei problemi di cui ciascuno è portatore. Se così è, si realizza un sistema pubblico che funziona sulla qualità e quantità delle relazioni private e interpersonali, non sempre in nome della primaria tutela dei valori etici di equità e di giustizia sociale che si riconducono al senso di responsabilità e del dovere di ciascuno verso le istituzioni. La funzione ispettiva e repressiva, quando presente, gioca la sua parte ma, nei poliedrici aspetti delle procedure burocratiche, non sempre riesce ad evitare comportamenti devianti messi in campo dall'una o anche dall'altra parte. Volendo coltivare la pretesa di adattare questa riflessione alla condizione odierna, si ha l'impressione che il bene di tutti sia acquisibile individualmente attraverso la sua trasformazione in bene privato, per una sorta di acquisizione di diritto a esercitarlo, immoralmente giustificato dalla spregiudicata posizione che "un altro al mio posto farebbe lo stesso". Differentemente da altri settori della pubblica amministrazione *il medico ha il potere di trasferire in autonomia beni di tutti in utilizzo ai singoli*, caricandosi di una responsabilità sociale di elevato grado, anche sotto l'aspetto economico, con appesantimento dei costi del sistema. Se il medico in quelle circostanze si è adoperato per la riduzione dei tentativi di frode a danno del Sindacato, la conseguenza positiva diretta è stata la realizzazione di un maggior patrimonio a vantaggio di tutti. D'altra parte è utopistico ritenere che solo la semplice riflessione teoricamente sostenuta e verbalmente raccomandata possa rendere tutti più attenti e responsabili, mentre purtroppo è da dire che si deve spargere un impegno fattivo personale in quanto gli operai, a seguito delle opportunistiche istanze giustamente rigettate, sono stati *obbligati* ad essere più corretti.

VOLONTARIATO E GESTIONE DELLA COSA PUBBLICA

Questa pagina di storia della medicina che si sta analizzando, nel rapportare costumi e stili di persone di un secolo or sono con gli attuali, documenta tipologie e tendenze comportamentali che esigerebbero di essere modificati. La nostra quotidianità si svolge "in relazione" a numerosi dipendenti di enti pubblici che assicurano alla cittadinanza servizi sanitari e sociali indispensabili, preziosa conquista collettiva e bene umano pressoché inesistente all'epoca dei nostri avi. Abbiamo ancora difficoltà a compren-

dere che il servizio pubblico è parte di noi stessi, siamo noi stessi e solo quando esso cresce e migliora miglioreremo anche tutti noi. L'esperienza del volontariato completa il quadro facendo comprendere le ragioni del suo successo e in via speculare quelle del frequente insuccesso di alcuni settori del sistema burocratico nazionale e regionale. I due ambiti sono retti da differenti sentimenti e comportamenti: infatti gli uni oppongono la volontà di raggiungere un risultato all'indifferenza e alla mancanza di sani obiettivi di cui a volte i secondi sono pervasi; ovvero si contrappongono lo zelo dell'impegno fattivo alla negligenza, la competenza personale e professionale alla carenza culturale e all'ignavia, l'elevato grado di percezione dei valori in gioco all'atteggiamento di insensibilità e irresponsabile indolenza: sono tutti momenti relazionali generati nel coinvolgimento di sé stessi verso gli altri e caratterizzanti la qualità morale personale di chi agisce. Il volontariato sanitario nelle diverse forme associative è attivo su tutto il territorio nazionale: è sua caratteristica tendere instancabilmente all'efficacia e all'efficienza e sempre gratuitamente. Più spesso nel quotidiano non è la tensione morale a prevalere, ma la norma imposta, a cui si soggiace per sfuggire alla conseguente penalizzazione. Nei tempi bui la salute del solfataro non era percepita come valore etico rilevante, bensì posta anche a suo discapito, in ordine gerarchico non al primo posto e frequentemente anche successiva all'opportunità del massimo profitto economico. L'organizzazione dell'assistenza sanitaria in miniera si articolava in una struttura ordinata dalle norme e in una componente legata alla gratuità e generosità del soccorso, testimonianza del senso morale con cui è necessario intervenire per andare incontro al bisogno dell'*altro* con atteggiamento prioritariamente, solidalmente e intensamente partecipativo.