Bioetica da Bar

GIOVANNI SPITALE



Bioetica da Bar

Storie vere, dilemmi morali
e una birra (o due-tre grappette)

bioeticadabar.link

Bioetica da Bar. Storie vere, dilemmi morali e una birra (o due-tre grappette)
© 2026 Giovanni Spitale

Quest’opera è distribuita con licenza Creative Commons Attribuzione – Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale (CC BY-SA 4.0): creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0. Le citazioni dalle fonti restano dei loro autori.

La versione digitale (PDF, EPUB) è gratuita su bioeticadabar.link.

ISBN dell’edizione cartacea: 9798162965237

Indice

1	Introduzione	1
2	Nasi dal braccio	9
3	Nazisti strafatti	15
4	Resurrezione	27
5	Un bot al bar	37
6	Curare al buio	51
7	Sepolti vivi	65
8	La cornice conta	77
9	Bioetica e religione	83
10	Fantasmi digitali	97
11	Echi da Eyam	113
12	Effetto Batman	133
13	Uteri randagi	145
14	Frattaglie d'anatra	159
15	La scienza non è vegan	175
16	Lesbiche sorde	195
17	Il cuore «bruciato» a Napoli	207
18	La maggioranza ha sempre ragione?	227
19	Miniere e virus	245
20	La fossa della disperazione	259
21	Museruole	267
22	Ghiaccioli	275
23	Corpi estranei	285
24	Il nome sulla cartella	295
25	I Want to Believe	305
26	La misura dell'uomo	317
27	Sangue cattivo	325
28	L'ultima spiaggia	335
29	Code di ratto	343
30	L'acqua degli altri	351
31	Cuore nero	363
32	Timmy!	375
33	Sangue di Dio	391
34	Piccole cavie	411
35	Un anno al bar	419

1

Introduzione

Un bar, un anno, e come sono fatte le storie

Uscito il 13 ottobre 2025, riscritto per il libro nell'ottobre 2026

Avete presente quelle chiacchiere al bar che partono leggere e finiscono con nasi mozzati, epidemie ed esperimenti umani? Ecco, se è il vostro genere... benvenute e benvenuti.

Io sono Giovanni Spitale. Sono un filosofo con un dottorato di ricerca in scienze mediche; di mestiere faccio il ricercatore, in bioetica, all'Università di Zurigo. Ma a un certo punto ho deciso di tornare a vivere in Italia, non per la pizza (anche se aiuta), ma per riportare un po' di conoscenza a casa. Per raccontarla fuori dalle aule universitarie.

Così è nato Bioetica da Bar. Perché? Perché le storie migliori non si raccontano in biblioteca (dove sarebbe bene leggere in silenzio), ma tra amici scoppiatelli e disadattati davanti a una pinta (ecco, il fatto che in Italia non esistano le pinte un po' mi turba). Storie assurde, a volte raccapriccianti, tutte rigorosamente vere e corredate di fonti. Storie che sono perfette se hai un lato un po' strano, e ammettiamolo, ce l'abbiamo tutti.

Soprattutto, sono storie che aprono porte su domande etiche che ci riguardano ancora oggi. Perché l'etica non è roba trita e noiosa per filosofi tristi che stanno a misurare la lunghezza dei salti delle pulci (chi ha orecchie per intendere...). O almeno, non dovrebbe esserlo.

Ma che cos'è l'etica?

L'etica non è una lista di regole buone per ogni occasione. È più simile a una cassetta degli attrezzi, da tirare fuori quando la realtà si fa complicata

e le scelte smettono di essere ovvie. Tipo quella cosa del trolley problem, ci hanno fatto anche un bellissimo gioco di carte. Non serve a giudicare gli altri, ma a capire noi stessi. A chiederci: che mondo sto contribuendo a costruire, con le mie decisioni?

Nel 1971 un biochimico americano un po' visionario, Van Rensselaer Potter, propose una definizione radicale: l'etica, diceva, dovrebbe essere una *scienza della sopravvivenza*. Non un gioco intellettuale, ma uno strumento per evitare l'estinzione, non solo nostra, ma delle relazioni che rendono la vita degna di essere vissuta. Da lì nasceva la *bioetica*: non una disciplina chiusa tra esperti, ma un ponte tra scienza e società. Un ponte verso il futuro.

Oggi c'è chi parla di *thick bioethics*, un'etica spessa, intrecciata con la vita reale, che non si limita a valutare protocolli medici ma si sporca le mani con le domande scomode: chi decide? Chi viene ascoltato? Che tipo di futuro stiamo progettando, anche senza volerlo?

Tenetevi in tasca questa parola, *spessa*. Qui è poco più di un'intuizione, e per un anno intero è rimasta così: la usavo senza dirvi da dove veniva. Ci torniamo alla fine.

L'etica che ci serve davvero è quella che fa un po' male. Quella che ti costringe a rallentare, a fare i conti con i tuoi valori, con le tue paure, con quello che sei disposto a sacrificare, e per chi.

Perché la scienza è potente, ma non è neutra. E quando diventa un bisturi o un algoritmo, un vaccino o una condanna, allora sì: serve qualcuno che chieda «a chi giova?», «a che prezzo?», «e se fosse capitato a me?». Questo fa l'etica: crea spazio per quelle domande che non hanno risposte facili, ma che ci rendono umani.

L'etica è nelle scelte quotidiane: in ospedale, nella scienza, nella tecnologia, perfino nelle nostre ossessioni con l'estetica, lo sport, la salute. Guardare a queste storie è come alzare il tappeto: sotto ci troviamo sempre le stesse domande, solo con polvere diversa.

Il primo episodio è uscito il 13 ottobre 2025. Era questo, più o meno: un benvenuto, due parole su cosa volevo fare, e la promessa di una storia ogni due settimane. Un anno dopo le storie sono trentacinque, e le trovate qui, una per capitolo, nell'ordine in cui sono uscite. Questo è il primo. L'ultimo, il trentacinquesimo, è quello del compleanno.

Messe in fila una dopo l'altra, le storie di questo libro sembrano un mercatino dell'usato. Nasi rifatti con la pelle del braccio (capitolo 2), nazisti strafatti di metanfetamina (3), ladri di cadaveri nei cimiteri dell'Ottocento (4), campanelli sulle tombe per chi si sveglia sepolto (7), un medico mili-

tare che diluisce un fegato d'anatra fino a farne un rimedio (14), scimmie chiuse in un pozzo che si chiamava, testuale, la fossa della disperazione (20), corpi in azoto liquido che aspettano il futuro (22).

Ma se le guardate meglio, si raggruppano in famiglie.

C'è la famiglia dei corpi usati: gli uomini neri dell'Alabama lasciati con la sifilide per quarant'anni (27), il cuore di un operaio *coloured* trapiantato nel petto di un dentista bianco a Città del Capo nel 1968 (31), i bambini di Willowbrook infettati apposta di epatite (34).

C'è la famiglia delle misure che diventano bersaglio: i crani pesati per dimostrare che certi esseri umani valevano meno di altri (26), le code dei ratti di Hanoi pagate una a una (29).

C'è la famiglia delle cose che sono di tutti e quindi di nessuno: la spiaggia del film con DiCaprio, chiusa per salvarla da chi la cercava incontaminata (28), e una valle intera che Los Angeles si è bevuta (30).

C'è la famiglia delle macchine: un bot che ci fa cambiare idea su Reddit (5), le IA che hanno ognuna la sua visione del mondo (8), i morti che tornano a parlare in tribunale (10).

C'è la famiglia delle domande che non servono a niente e servono a tutto: se la maggioranza ha sempre ragione (18), se una cosa sbagliata resta sbagliata quando non cambia niente (32).

E poi ci sono le storie che mi riguardano da vicino, come *Sangue di Dio* (33), che per me non era un tema ma un pezzo di famiglia.

Ogni capitolo, tranne questo, ha la stessa forma. Cinque tempi, come una serata al bar che va come deve andare.

Al bancone. Si comincia da una scena, una domanda, un fatto strano. Quello che uno dice appoggiato al banco per far girare la testa agli altri.

Com'è andata. La storia vera, con nomi, date e numeri. Ogni fatto viene da una fonte che ho aperto e letto, e quando la fonte non c'è lo dico.

Il nodo. Dove la storia smette di essere curiosa e diventa una domanda etica. Qui provo a costruire la posizione che voglio criticare nella sua versione più forte, prima di andare a cercarne le crepe: non vale vincere contro un avversario di paglia.

Intanto, da noi. Cosa c'entra una storia del 1854 o del 1968 con questa settimana. Con me, con te, con noi. Se non c'entra niente, la storia non sta qui.

L'ultimo giro. Si chiude. A volte con una risposta, più spesso con una domanda da portarsi a casa.

Le storie sono uscite una alla volta, fra l'ottobre 2025 e l'ottobre 2026, e qui restano come erano quando sono uscite. Dove i fatti sono andati avanti nel frattempo, ve lo dico in un riquadro all'inizio del capitolo.

L'ultimo capitolo, *Un anno al bar*, è l'episodio del compleanno. Lì non racconto una storia sola: racconto il filo che le tiene insieme tutte. Riprendo le famiglie di cui vi ho appena parlato, torno su Potter e sul suo ponte, e do finalmente un nome, un architetto e una pianta a quella parola, *spessa*, che qui vi ho chiesto di tenere in tasca. È lì che si capisce perché certe parole fanno male, perché ogni tanto fanno bene a farlo, e perché da un certo punto in poi al bar si parla come si mangia.

Quindi il libro si può leggere in due modi. Dall'inizio alla fine, come un anno passato al bancone. Oppure saltando: ogni capitolo sta in piedi da solo, e i rimandi interni vi dicono dove andare se una storia ne chiama un'altra.

Questo libro è la versione scritta di un bar che vive soprattutto altrove. Gli episodi si possono guardare su YouTube o ascoltare come podcast su Spotify e Spreaker, e la casa di tutto è bioeticadabar.link: lì trovate l'ultimo episodio, il menù di tutti quelli usciti, le date dei prossimi, e un modulo per suggerirmi una storia.

Gli episodi li scrivo parola per parola prima di registrarli (il perché ve lo racconto nell'ultimo capitolo). Queste pagine sono quei testi, rivisti, con le fonti messe in ordine. Chi ha già sentito una puntata qui ritrova la stessa storia, con qualche precisione in più e senza la mia brutta faccia barbuta.

Bioetica da Bar è un progetto senza scopo di lucro. Niente sponsor, niente pubblicità, nulla di monetizzato: sulla pagina del bar non ci sono nemmeno i cookie. Il costo vivo è sostanzialmente il mio tempo e quello di chi ogni tanto mi dà una mano o un consiglio, tipo Claudio Paolin (Welcome Wagon su Spotify), o Matteo Mocellin, o Giacomo Moro Mauretto, o tante, *tante* altre persone che mi sopportano. Quel tempo lo spendo volentieri (e credo lo spendano volentieri anche queste persone, altrimenti mi avrebbero già mandato a *concimare i cavoli* da tempo), perché l'etica non dovrebbe essere un privilegio da aula universitaria. Renderla pubblica, e discutibile da chiunque, mi sembra un dovere. Ah, già che ci siamo: un ringraziamento anche a Gaia Contu – Gaia: 'sta cosa di Bioetica da Bar è anche merito tuo; spero di aver ricambiato in modo degno (e no, non è un baratto – vedi il capitolo 17, *Il cuore «bruciato» a Napoli*, per le mie idee sulla reciprocità non reciprocante). Se volete sostenere il progetto, il modo è semplice: leggete, ascoltate, passate una storia alla persona giusta,

proponetene una. E se avete un birrificio, una distilleria o una cantina, accetto sponsorizzazioni in natura, purché facciano grado.

Per lo stesso motivo, questo libro è gratis. Lo trovate in PDF, in EPUB e negli altri formati digitali su bioeticadabar.link, ed è vostro: lo rilascio con licenza Creative Commons Attribuzione – Condividi allo stesso modo (CC BY-SA 4.0). Vuol dire che potete copiarlo, girarlo, stamparlo, tradurlo, farlo a pezzi per una lezione o per un cineforum, a due condizioni: dire da dove viene, e lasciare le stesse libertà a chi arriva dopo di voi.

Ed è anche per questo che il libro non passa da un editore. Ne ho scritti tre, prima di questo, e tutti e tre ci sono passati, con tutto quello che comporta: ogni scelta, dal titolo alla virgola, diventa una trattativa. Bioetica da Bar invece è nato come uno spazio di libertà, anche per me. Nel lavoro che mi paga le bollette seguo già un sacco di regole, ed è giusto così. Qui no. Qui non devo negoziare un cazzo di niente con nessuno: né quale storia raccontare, né come, né quanto è lunga, né quante parolacce ci finiscono dentro. Passato per un editore, sarebbe stato un altro libro: probabilmente più elegante, sicuramente più sottile. Questo è venuto spesso.

Se lo volete di carta (non giudico) lo trovate su Amazon, stampato su richiesta, al prezzo più basso che la stampa mi permette. Sì, lo so. Un libro nato per non dover negoziare niente con nessuno, che poi finisce proprio lì. *Excusatio non petita, accusatio manifesta*: ci ho pensato, ho guardato le alternative, e ognuna voleva moduli, piani tariffari e mail da scambiare per capire dove sarebbe arrivato il libro. Cioè esattamente il genere di trattativa che già mi satura la vita e da cui fuggo ogni volta che mi è possibile. Quindi Amazon, come male necessario: non perché sia il posto giusto per un libro, ma perché è il più semplice da mettere in piedi da solo. E con questa licenza, se non ce lo mettessi io, potrebbe metterlo chiunque, al prezzo che vuole: meglio che ci sia io, e che costi il meno possibile. Se invece avete una libreria, di quelle vere, con le persone dentro, e lo volete sullo scaffale, la licenza vale anche per voi: stampatelo, vendetelo, e se vi va scrivetemi, che una birra la offro io. Ma la versione vera resta quella gratis.

Il prezzo di un libro è una di quelle cose che tutti pagano e nessuno guarda, quindi ve lo apro come un panino. Su Amazon.it, nell'ottobre 2026, questo libro costa 13,48 €, e si divide così: 0,52 € sono IVA; 7,73 € servono a stampare la copia cartacea, una per una, nel momento in cui la ordinate (così non si spreca carta a vanvera); 5,18 € li trattiene Amazon, che la vende e ve la spedisce. A me restano 0,05 €. Cinque centesimi a copia: per pagarmi una birra ne servono un centinaio. Non è un caso né un errore. Amazon

non mi lascia scendere sotto una certa soglia, e io mi sono fermato lì, a un passo dal pavimento. Quel poco che avanza va comunque in birra per il bar, che, diciamocelo, è il vero carburante di tutta l'operazione.

(E se il prezzo vi ricorda qualcosa, avete l'occhio lungo. Non è incidentale, e nasconde più di quello che sembra).

Nota pedantina (la tengo breve, giuro). Fonti, fonti, fonti. Tengo molto a raccontare storie che siano piacevoli da leggere, più narrative che accademiche, ma ciononostante assolutamente supportate da evidenza solida, non da «pare» o «si dice». In ordine, tendo a preferire fonti primarie, articoli scientifici, libri, ogni tanto articoli di quotidiani per le cose più contemporanee. Le trovate sempre, sistematicamente, in fondo a ogni capitolo, con DOI e link quando disponibili.

E qui, scusate, devo aprire una parentesi (sul «breve» ho mentito). Gran parte di quelle fonti sono articoli scientifici, e il modo in cui un articolo scientifico arriva a esistere è una delle truffe più eleganti mai inventate. Funziona così. Un gruppo di ricerca, spesso pagato con soldi pubblici, cioè nostri, fa uno studio. Lo scrive, gratis. Lo manda a una rivista, che lo gira ad altri ricercatori perché lo valutino: è la famosa *peer review*, la revisione fra pari, e anche quella si fa gratis, la sera, dopo il lavoro vero. Poi la rivista lo pubblica, e a quel punto o fa pagare chi lo vuole leggere, comprese le università che lo hanno prodotto, o fa pagare agli autori qualche migliaio di euro perché lo possano leggere tutti. A volte, già che c'è, tutte e due le cose. Tradotto da bar: porti tu la birra, la servi tu, lavi tu i bicchieri, e alla fine il barista ti presenta il conto. Due volte. Cani maledetti.

La peer review, intendiamoci, resta il meno peggio che abbiamo: un paper passato sotto gli occhi di qualcuno che aveva voglia di trovarci un errore vale più di uno che non ci è passato. Ma non è una garanzia. La fanno persone stanche, non pagate, a volte in concorrenza con chi stanno giudicando; lascia passare cose che non dovrebbe e ne ferma altre che meritavano. Ho fatto il revisore e sono stato revisionato, quindi so di cosa parlo, e porto le cicatrici da tutte e due le parti. E nel capitolo 35 vi racconto anche di come certi accordi di open access siano diventati un modo per farsi mettere fra gli autori di un paper.

Questo libro, di peer review, non ne ha avuta. O meglio: l'ha avuta in diretta, per un anno, da chi mi scriveva per dirmi che avevo sbagliato una data. Ed è anche per questo che le fonti ci sono tutte: così i revisori potete farli anche voi.

Purtroppo molta cultura accademica è ancora dietro paywall, ma un uccellino mi ha detto che esistono proxy che permettono di accedere a

strumenti tipo Sci-Hub e Z-Library e altri strumenti affini che, in attesa di risolvere alla radice la questione della democratizzazione della conoscenza, permettono per lo meno di aggirare il problema. Fidarsi è male, trasparenza sulle fonti è molto meglio. Fine della nota pedantina.

Un'ultima cosa, importante, prima di aprire il bar. Il tempo che ci metto io, in buona parte, è tempo che tolgo ad Angela Bonato, mia moglie. A lei direttamente, o a cose alle quali *magari* le farebbe piacere che dedicassi tempo. Tipo: la lavatrice, le finestre di casa, la sabbiera dei gatti, riempire il frigorifero. Angela queste storie le sente sempre per prima, spesso a cena, *non sempre per scelta*, e dato che quando mi fisso su qualcosa divento monotematico come un disco rotto, queste storie le sente *diverse volte*. Se Bioetica da Bar esiste, è largamente perché ho sposato una persona molto più paziente di quanto mi meriti. In questo libro compare due volte: nel capitolo 13, dove la storia è anche la sua, e nel 26, dove mi fa da coscienza e in parte da tutore legale. Ad Angela, che tiene in piedi tutto il resto anche quando io sparisco dentro la quarta parentesi: grazie.

Quindi, benvenute e benvenuti. Questo è Bioetica da Bar: un posto dove le storie ti fanno ridere, rabbrividire e pensare. Se vi va di brindare insieme su temi un po' peculiari, preparatevi a scoprire cosa succede quando la medicina e la scienza si specchiano nelle loro ombre.

2

Nasi dal braccio

Uscito il 13 ottobre 2025

AL BANCONE

I nasi mi stanno particolarmente a cuore – penso che la ragione sia piuttosto evidente per chi ha visto anche solo una volta la mia brutta faccia barbuta.

Nel Cinquecento, perdere il naso non era un gioco: ti svegliavi senza – duello, guerra, sifilide – e la tua faccia diventava una sentenza di esclusione. Oggi parliamo di uno che i nasi li ricostruiva... con la pelle del braccio (sì, avete capito bene).

Domanda secca: quando la chirurgia rimette insieme un volto, sta solo aggiustando carne, o sta restituendo una vita sociale? La medicina ripara corpi o cura persone?

In questa storia partiamo da un naso perduto e arriviamo fino a oggi: mastectomie, labbro leporino, identità, stigma, e l'eterno braccio di ferro tra estetica e dignità. Scoprirete che un motto latino del '500 anticipa la definizione moderna di salute – e perché a volte il bisturi libera, altre volte incatena. Giuro che non vi prendo per il naso.

COM'È ANDATA

Avete presente il giochino con cui si finge di rubare il naso ai bambini, mostrando loro il pollice tenuto tra indice e medio? Beh, nel 1500 restare sul serio senza naso non era affatto impossibile.

La perdita del naso era una menomazione abbastanza frequente in battaglia, o come risultato di un duello tra «gentiluomini», oppure per via della sifilide, una malattia che gli europei avevano poco saggiamente appena importato dalle Americhe.[1] (Del resto, considerando tutte le malattie che noi europei abbiamo cortesemente esportato nelle Americhe, un po' di contrappasso bisognava aspettarselo.)

Sulla perdita del naso in duello abbiamo un esempio eccellente: Tycho Brahe, grande astronomo danese. La ragione del contendere non è chiara – probabilmente si trattava di una divergenza di opinioni in materia di matematica o di astrologia (sul serio!) – resta il fatto che nel dicembre 1566 il buon Tycho si trovò privato della proboscide per mano di Manderup Parsbjerg. Tycho rimediò alla mutilazione con un approccio un po' art attack e un po' cazzimma. Si fece fare un naso finto d'ottone, bello brillante, e scelse di adottare come motto personale «non haberi sed esse» – non sembrare, ma essere.[2] Tycho, infatti, non si vergognava affatto della sua protesi, al contrario di Federico da Montefeltro, che avendo perso un occhio ed una parte del naso in un torneo, nel 1450, si faceva ritrarre sempre e solo dal lato buono – quello sinistro.[3,4]

Probabilmente Federico da Montefeltro avrebbe fatto volentieri una chiacchierata con un medico bolognese, Gaspare Tagliacozzi. Peccato che fosse troppo morto per beneficiare del mirabile lavoro di Gaspare. Infatti nel 1597, Tagliacozzi pubblicò il *De Curtorum Chirurgia per Insitionem*, un trattato che descriveva un metodo rivoluzionario: la rinoplastica con lembo di braccio.[5]

La tecnica, oggi quasi inimmaginabile, consisteva nel ritagliare un lembo di pelle dal braccio del paziente, lasciarlo attaccato per garantire la vascolarizzazione, e progressivamente modellarlo fino a ricostruire un naso. Era un procedimento lungo, doloroso, e richiedeva che il paziente tenesse il braccio immobilizzato vicino al volto per settimane, fino a quaranta giorni.[2,5] Chi si sottoponeva all'intervento affrontava settimane di esposizione, senza igiene moderna né antibiotici. Il rischio di setticemia o infezione era concreto. Se il sistema vascolare non si sviluppava correttamente, il nuovo naso si seccava e cadeva – bruttarello da vedere, peggio da subire, e con conseguenze disastrose.

Sfortunatamente, non esistono dati precisi sul tasso di successo delle operazioni di Tagliacozzi. Il suo trattato descrive ed illustra esiti positivi, ma non offre numeri o valutazioni sistematiche come invece fa la medicina contemporanea. Probabilmente non andava benissimo, nella pratica clinica. La tecnica di Tagliacozzi aveva infatti diversi detrattori,

tra cui James Cooke, autore di uno dei manuali di chirurgia più popolari nell'Inghilterra del diciassettesimo secolo. In effetti, Cooke (che non era gentilissimo) la denigrava, e il suo disprezzo aiuta a capire perché in Inghilterra la ricostruzione del naso era diventata oggetto di satira.[6] Sì: gli inglesi del 1600 prendevano in giro chi pensava di rifarsi il naso. Il mondo non cambia poi così in fretta o così tanto.

Ma a cosa serviva rifare nasi mozzati? E soprattutto: perché provarci, se i rischi erano così elevati? Ed eccoci al cuore della questione. Per Tagliacozzi, la chirurgia non era solo un tentativo di rimettere in funzione un organo. Non era soltanto «riparare il corpo». Era, piuttosto, un gesto che toccava la sfera sociale e psicologica. E qui Tagliacozzi scrive una cosa incredibile:

«Ricostruiamo ciò che la natura aveva dato e la fortuna ha tolto, non perché diletti gli occhi, ma perché giovi all'anima.»

In latino suona così: *non ut oculos delectent, sed ut animae operanti emolumento sint*.[5] E quell'*operanti* conta: non un'anima qualunque, un'anima che fa, che vive in mezzo agli altri. Eccolo, il motto del Cinquecento.

IL NODO

In altre parole: un naso nuovo non serviva a fare bella figura, serviva a stare bene. E chi sta bene con la propria faccia può tornare in società senza vergogna, senza stigma, senza marchio di esclusione. L'intuizione era decisamente innovativa: la medicina non cura solo i corpi, ma persone intere. Pensate: questo concetto di salute intesa come, cito, «Una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità» entra per iscritto nel nostro modo di pensare nel secondo dopoguerra – è la definizione scritta nel 1946 nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.[7]

La tecnica di Tagliacozzi era rischiosa, dolorosa, spesso fallimentare. Eppure i pazienti accettavano: perché? Perché il valore non era (solo, e in teoria) biologico; era sociale. Meglio soffrire per un nuovo naso, che vivere nell'emarginazione. Dietro a un naso ricostruito, a un volto «rimesso in sesto», non c'è soltanto un intervento chirurgico: c'è il tentativo di restituire una persona a sé stessa e agli altri.

INTANTO, DA NOI

Oggi non viviamo più in un mondo dove la sifilide ti divora il volto o un gentiluomo in duello ti porta via il naso, ma la domanda rimane: quando ricostruiamo un seno dopo una mastectomia, stiamo parlando di estetica

o di salute? Quando correggiamo un labbro leporino, stiamo trattando un difetto funzionale o stiamo ridando dignità e possibilità di relazione? La dignità, l'autostima, l'inclusione sociale... sono beni che la medicina ha il dovere di proteggere quanto la salute fisica?

E poi possiamo provare a capovolgere il tavolo. Siamo sicuri che la risposta debba sempre passare dal bisturi?

Vogliamo vivere in un mondo dove esistono standard «oggettivi» di bruttezza, e dove la medicina si mette al servizio di chi ha la sfiga di ritrovarsi con un naso fuori standard, offrendo tecniche per «rientrare nella norma»? Oppure preferiamo un mondo che prova a scardinare questi standard, allargando lo spettro di ciò che consideriamo accettabile, bello, degno di rispetto?

O ancora: forse la verità sta in una mezza via. Alcuni interventi sono indubbiamente liberatori (un bambino che non viene più deriso perché può sorridere senza stigma, una donna che si guarda allo specchio dopo un tumore e vede di nuovo un corpo intero). Ma altre volte, forse, la chirurgia estetica diventa l'ennesima gabbia: una rincorsa infinita verso un'idea di perfezione che non esiste.

Il punto che Tagliacozzi ci lascia in eredità è questo: cosa intendiamo per cura? Solo riparare un corpo, o anche liberare una vita dalle sue ferite visibili e invisibili?

E, soprattutto, chi decide cosa merita di essere «aggiustato»: la persona, la società... o gli standard estetici di un'epoca? Riguardo a questo Edmund Pellegrino scrive che la medicina è sempre anche un'arte morale: il medico deve chiedersi non solo se può farlo, ma se serve a restituire dignità.[8]

L'ULTIMO GIRO

Il bisturi può restituire un volto. Ma siamo noi a decidere quali volti meritano rispetto.

Domanda per voi: se toccasse a voi scegliere, col bisturi in mano, quale criterio usereste per dire «sì, opero» o «no, qui serve cambiare lo sguardo della società»?

Bibliografia

1. Barquera R, Sitter TL, Kirkpatrick CL, et al. Ancient genomes reveal a deep history of Treponema pallidum in the Americas. *Nature*. 2025;640(8057):186-193. doi:10.1038/s41586-024-08515-5
2. Østermark-Johansen L. The New Star, the New Nose: Tycho Brahe's Nasal Prosthesis. A Nosepiece for Peter. *Renæssanceforum*. 2017;12:93-105.

3. Winters HPJ. Federico da Montefeltro, Duke of Urbino (1422–1482): the story of his missing nasal bridge. *British Journal of Plastic Surgery*. 1982;35(3):247-250. doi:10.1016/S0007-1226(82)90109-6
4. Schwartz SG, Leffer CT, Chavis PS, Khan F, Bermudez D, Flynn HW. The Monocular Duke of Urbino. *Ophthalmol Eye Dis*. 2016;8s1:OED.S40918. doi:10.4137/OED.S40918
5. Tagliacozzi G, Bindoni G. *De curtorum chirurgia per insitionem libri duo*. Gaspare Bindoni il Giovane; 1597. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/gasparistaliacot00tagl
6. Cosman B. Another seventeenth-century denigration of Gaspare Tagliacozzi. *Annals of Plastic Surgery*. 1978;1(3):312-314. doi:10.1097/00000637-197805000-00012
7. World Health Organization. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as Adopted by the International Health Conference, New York, 19 June – 22 July 1946*. 1946:100. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/about/governance/constitution
8. Pellegrino ED. *The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader*. (Engelhardt HT, Jotterand F, a c. di). University of Notre Dame Press; 2008. doi:10.2307/j.ctvpj7fgp

3

Nazisti strafatti

Uscito il 16 ottobre 2025

AL BANCONE

88 chilometri di marcia senza mai fermarsi, con uno zaino da 20 kg sulle spalle. Immagina un essere umano riuscirci. Anzi, non un essere umano qualsiasi: un prigioniero di un campo di concentramento tedesco, durante la seconda guerra mondiale. Dirò di più: non è un solo prigioniero, sono tanti, e mentre marciano... fischiettano e cantano. Almeno, finché non stramazzano a terra, distrutti, dopo 24 ore. L'obiettivo di questo programma di ricerca, raccontato dai giornali solo nel 2002, è quello di sviluppare un farmaco per permettere ai nazisti di svoltare le sorti della guerra, rendendo le loro truppe più forti, più resistenti, più concentrate. Se conosci un po' la storia, penserai al Pervitin; se non la conosci, sembra la trama di un film sui super-soldati. Invece è storia vera, e non è quella del Pervitin: si tratta di un esperimento segreto dei nazisti nella fase finale della Seconda Guerra Mondiale, una roba ben più gagliarda. Il protagonista? Un nuovo «farmaco miracoloso» a base di cocaina, metanfetamina e oppiacei, ideato per creare combattenti instancabili. O almeno, così la racconta la versione che circola da vent'anni. Perché su cosa avessero davvero in corpo quei prigionieri, la storia ha una sorpresa.

Oggi parliamo di nazisti strafatti e ci chiediamo: performance sovrumane, ma a che prezzo?

COM'È ANDATA

È noto che il regime nazista predicava la purezza del corpo e condannava le droghe in pubblico. Al contrario di gente tipo Freud, che non disdegnava una striscia di tanto in tanto, i nazisti chiamavano la cocaina «roba del diavolo».[1,2] Però quando si trattava di sforzo bellico, mostrò pochi scrupoli nel *drogare* i propri soldati. Già all'inizio della guerra, la Germania forniva ai militari milioni di dosi di stimolanti chimici per sostenere l'offensiva lampo. Il più famoso era il Pervitin, una metanfetamina in pillole prodotta dal 1938.[3] Oggi la chiameremmo «speed». Durante le campagne di Polonia e Francia del 1939-40, la Wehrmacht distribuì quantità industriali di Pervitin: oltre 35 milioni di compresse spedite alle truppe solo tra l'aprile e il luglio 1940.[3,4] Molti soldati andavano in battaglia fatti fino alle sopracciglia, convinti dai superiori che quella «pillola magica» li avrebbe resi più vigili, coraggiosi e instancabili. In effetti il Pervitin riduceva fame, sonno e dolore, aumentando sicurezza e aggressività – l'ideale per il Blitzkrieg, la «guerra lampo» nazista, che richiedeva truppe instancabili.

Non che i nazisti fossero i soli a giocherellare con le droghe da battaglia: anche gli Alleati usarono ampiamente stimolanti. I soldati statunitensi e britannici ricevevano compresse di benzedrina (un'anfetamina).[5] Perfino i giapponesi avevano la loro metanfetamina, il Philopon.[4,6] Anzi: a dirla tutta, la sintesi di metanfetamina cristallizzata, rapida ed economica, a partire da fosforo rosso ed efedrina (insomma, la ricetta di Walter White), è proprio un'invenzione giapponese, merito di Akira Ogata nel 1919.[6,7]

Entro la fine della guerra, l'esercito britannico distribuì circa 72 milioni di pillole di anfetamine ai suoi militari, e l'esercito americano tra 250 e 500 milioni.[4,5] Insomma, la «farmacologia bellica» era entrata nell'arsenale bellico di molti Paesi. Ma la Germania nazista fu la prima a farne una strategia deliberata su larga scala, spingendosi oltre ogni limite pur di potenziare le prestazioni umane in guerra.[4]

Il Pervitin era una figata? Insomma. Già nel 1941 alcuni medici nazisti avevano iniziato a preoccuparsi degli effetti collaterali: chi ne prendeva spesso ci metteva sempre più a riprendersi, l'effetto calava, e in qualche caso comparivano sudori eccessivi e disturbi circolatori. Ci fu perfino qualche morto.[3] Il responsabile della sanità del Reich, Leonardo Conti, provò a limitare l'uso indiscriminato dell'anfetamina sottoponendola a controllo legale a metà 1941.[3] Ma l'esercito continuò a considerare quelle pillole «decisive per l'esito della guerra» e a distribuirle ai reparti quando necessario.[4] La linea ufficiale era: se una droga poteva dare un vantaggio tattico, valeva la pena usarla.

Questo era il contesto in cui, nel 1944, nacque il progetto D-IX. All'epoca la guerra volgeva al peggio per la Germania: gli Alleati stringevano da ovest, e i sovietici da est. I nazisti, disperati, cercavano armi miracolose per invertire le sorti del conflitto – e una di queste «armi» fu pensata in ambito farmacologico. Il viceammiraglio Hellmuth Heye, nell'ambito dei piani per difendere il Reich, chiese esplicitamente ai medici militari uno stimolante superiore, capace di mantenere i soldati operativi ben oltre i limiti normali e insieme rafforzarne la fiducia in sé.[3] Un requisito da fantascienza, a cui tuttavia un gruppo di farmacologi cercò di dare risposta.

E la risposta fu il D-IX, una nuova pillola sviluppata nel 1944 dal dottor Gerhard Orzechowski e colleghi a Kiel. Invece di puntare su una singola sostanza, misero insieme un cocktail della madonna: 5 mg di cocaina, 3 mg di metanfetamina (il Pervitin) e 5 mg di ossicodone (un potente analgesico oppiaceo simile alla morfina).[3] In pratica, un mix esplosivo di stimolanti e narcotici – lo stesso approccio delle odierne «speedball» usate dai tossicodipendenti (o dai soldati americani durante la guerra di Corea, negli anni '50).[8]

I medici nazisti iniziarono a testare il nuovo composto nel 1944. E mica su militari volontari: se sei incline ai crimini di guerra, non ti serve il consenso informato e hai sempre accesso a cavie umane. Nella fattispecie, i prigionieri del campo di concentramento di Sachsenhausen.[1]

La storia, così come la racconta nel 2002 il *Guardian* riprendendo il settimanale tedesco *Focus*, è questa. Ai membri della compagnia di punizione del campo vennero somministrate le pillole di D-IX, dopodiché fu ordinato loro di marciare in cerchio con addosso zaini da 20 kg per mettere alla prova la loro resistenza fisica. Il risultato? Come anticipato all'inizio: le cavie riuscirono a camminare per 55 miglia (circa 88 km) senza fermarsi. All'inizio, ha raccontato un prigioniero, erano insolitamente euforici, tanto che «*fischiettavano e cantavano canzoni*» durante la marcia – effetto combinato della cocaina e della metanfetamina, che provocano sensazione di energia e buonumore, e riducono l'ansia.[1]

Ma l'allegria sintetica durò soltanto finché il mix di droghe tenne i corpi in piedi: dopo le prime 24 ore la maggior parte di loro collassò.[1] Immaginiamoli: spinti a camminare giorno e notte, sotto stimolanti potentissimi, ben oltre i limiti umani, e poi uno a uno che stramazzano al suolo per la spossatezza e probabilmente per gli effetti cardiovascolari tremendi del cocktail.

Lo scopo dichiarato di questo esperimento, secondo il criminologo Wolf Kemper che ha riportato alla luce il progetto D-IX, era ridefinire i

limiti della resistenza umana.[1,3] E i dottori nazisti coinvolti ne furono entusiasti: dalle loro osservazioni, quella pillola pareva davvero in grado di trasformare un uomo in una specie di macchina instancabile, almeno temporaneamente. Insomma, stando ai test di Sachsenhausen il D-IX funzionava. Secondo le ricostruzioni, i medici progettavano di distribuire quel «tonico» a tutti i soldati tedeschi, come ultima carta per invertire la sorte di una guerra ormai quasi persa. Le autorità militari avviarono quindi i preparativi per la produzione di massa del D-IX e per il suo impiego.[1]

Fin qui la storia che si racconta. Poi è arrivato Norman Ohler, che è andato a scavare negli archivi, e l'ha corretta. A Sachsenhausen, secondo lui, non si provò il D-IX: si provò cocaina pura, a dosi alte, fra 50 e 100 milligrammi, pensando agli equipaggi dei mezzi d'assalto della marina.[4,9] Il D-IX, invece, lo assaggiarono i marinai dei mini-sommergibili, i «Seehund» e i «Biber».[3] Il che non rende la storia più pulita, anzi: cambia la droga, non cambiano le cavie.

Ma ormai anche i tempi supplementari del Terzo Reich erano agli sgoccioli, e mentre il farmaco veniva messo a punto, gli Alleati avanzavano su tutti i fronti. La guerra finì prima che il D-IX potesse essere prodotto su larga scala e distribuito alle truppe.[1] Con il crollo del Reich, nella primavera 1945, anche il folle sogno del super-soldato svanì nei laboratori in fiamme.

IL NODO

La vicenda del D-IX è una finestra poco nota e piuttosto interessante sulla disumanità dell'ideologia nazista, che trattava certi esseri umani come ingranaggi sacrificabili per la macchina bellica. Non solo i prigionieri dei campi di concentramento, ma anche le proprie truppe. Si sapeva che queste sostanze davano problemi, ma ciononostante si continuava ad utilizzarle.

Dal punto di vista storico, l'esperimento di Sachsenhausen rientra a pieno titolo nelle atrocità mediche del regime, insieme ai ben più noti «esperimenti» del dottor Mengele o ai test di ipotermia sui deportati (ne parlo nel capitolo 24, *Il nome sulla cartella*). In tutti questi casi, vediamo la totale assenza di etica: prigionieri usati come cavie, sottoposti a procedure pericolosissime e dolorose senza alcuna tutela, e spesso lasciati morire. Nel caso di Sachsenhausen, non abbiamo documentazione di morti dirette durante il test (anche se non è da escludere che qualcuno non si sia più ripreso dal collasso). Ma il principio non cambia: per cercare l'arma segreta che desse ai propri soldati capacità sovrumane, i nazisti erano pronti a

distruggere altri esseri umani senza battere ciglio. Una logica utilitaristica crudele in cui il fine, la vittoria militare, giustificava qualsiasi mezzo. O, per citare Kemper, «ridefinire i limiti» della resistenza umana significava in realtà annullare i limiti morali nel trattare le persone.[1]

Sappiamo tutti che Mengele, ricercato per i suoi crimini, riuscì a sfuggire alla giustizia, rintanandosi in Sudamerica con un documento falso intestato a un altoatesino di Termeno, in Südtirol.[10] E Gerhard Orzechowski, l'uomo a cui si attribuisce il D-IX? Non ebbe nemmeno bisogno di coprire le proprie tracce. Dopo la guerra divenne medico capo presso l'ospedale ausiliario municipale di Kiel, per poi spostarsi a Rendsburg dal 1947 al 1950, con la stessa mansione. Fu anche a capo del dipartimento clinico-scientifico del Dr. Madaus, Colonia.[11] Noi italiani a fare i conti con la nostra storia facciamo proprio schifo, ma anche la Germania ha più di qualche scheletro nell'armadio.

Ma torniamo a noi ed alla questione droghe e supersoldati. Il doping militare solleva un primo, ovvio quesito etico: è lecito sperimentare farmaci sugli esseri umani senza consenso, infliggendo sofferenze? Oggi la risposta è immediata – *assolutamente no*, è un crimine contro l'umanità – ma negli anni '40 non esistevano ancora codici etici internazionali sulla sperimentazione. Ed esistevano, per così dire, opinioni diverse su chi si qualificasse come «essere umano», e chi come «untermensch» – subumano. Fu proprio l'orrore per gli esperimenti nazisti come quello del D-IX che spinse, nel dopoguerra, a formulare il Codice di Norimberga (1947), base dell'etica medica moderna, il cui primo punto sancisce la necessità del consenso volontario del soggetto umano in ogni ricerca clinica.[12]

I dottori del Reich, durante i processi, cercarono spesso di giustificarsi dicendo di aver agito per il bene della nazione in guerra. Ma questa difesa utilitaristica crolla di fronte all'evidenza che usare persone come mezzi sacrificabili viola la dignità umana in modo fondamentale. Nel caso di Sachsenhausen, l'*utilità* dell'esperimento (creare soldati migliori) non può moralmente compensare la violenza fatta ai prigionieri su cui venne condotto.

Tuttavia, c'è un secondo livello di riflessione più sottile: tralasciando l'orrore della sperimentazione sui prigionieri, è etico in sé «dopare» i propri soldati per renderli più efficienti in guerra? In altre parole: se quei prigionieri fossero stati soldati consapevoli e consenzienti, sarebbe stato accettabile usare D-IX su di loro?

La domanda non è puramente teorica, perché – come abbiamo visto – tutti gli eserciti nella Seconda Guerra Mondiale impiegarono stimolanti sui

propri militari. Persino oggi, il doping militare non è affatto scomparso, anzi continua in varie forme. Ad esempio, l'aeronautica statunitense ha ammesso di fornire ai piloti in missioni lunghe delle «go pills» – tipicamente anfetamine come la dexedrina, normalmente prescritte a persone affette da ADHD – per tenerli svegli e reattivi durante le operazioni notturne.[13,14] Nel 2002 questo protocollo finì sotto i riflettori quando un pilota americano, in missione con il suo capopattuglia, sganciò per errore una bomba su truppe alleate canadesi in Afghanistan: gli avvocati dei due sostennero che i piloti erano stati «pressati dall'aeronautica a prendere anfetamine» e che il farmaco ne avesse compromesso il giudizio.[13] In effetti, secondo la difesa, il modulo di consenso diceva in sostanza che ai piloti veniva richiesto di assumere stimolanti per certe missioni, pena l'esclusione dal volo (quindi, altro che uso volontario). Questo caso fece scalpore: da un lato c'era l'argomento militare – meglio un pilota sveglio chimicamente che uno stanco che rischia di sbagliare bersaglio – dall'altro l'evidenza che quelle droghe potevano esse stesse causare errori fatali. Non a caso, la RAF non dà anfetamine ai propri piloti, e un ex alto ufficiale britannico definì la pratica americana «molto strana».[13]

Oltre ai rischi immediati (come incidenti dovuti ad eccesso di sicurezza, o allucinazioni), c'è il tema dei danni a lungo termine sui soldati dopati. Il Pervitin, ad esempio, pur essendo stato indubbiamente «utile» a breve termine per la Blitzkrieg, lasciò migliaia di tedeschi con dipendenze e problemi di salute. E ciononostante, a guerra finita, sia l'esercito della Germania Ovest che quello della DDR ancora tenevano scorte di Pervitin nei magazzini. Quel farmaco rimase prescrivibile in Germania fino al 1988.[15]

La linea sottile tra «aiutare il soldato a sopravvivere» e «comprometterne la salute» rende il doping un dilemma. Da una parte, un soldato che prende uno stimolante potrebbe *sopravvivere* a una situazione in cui altrimenti crollerebbe (pensiamo a una sentinella che deve restare vigile tutta la notte per evitare un'imboscata). Dall'altra, quello stesso stimolante potrebbe portarlo a spingersi oltre i propri limiti biologici fino al punto di rompersi – o, come visto, causargli errori e comportamenti fuori controllo.

Un altro aspetto etico è la consapevolezza e libertà di scelta. In teoria, un adulto può decidere di assumere sostanze rischiose se pensa che il beneficio (ad esempio, migliorare le capacità in battaglia, o «lubrificare le interazioni sociali») giustifichi il rischio per la salute. Ma nell'esercito la dinamica non è così semplice: la pressione gerarchica può rendere la «scelta» una finzione. Se il comandante ordina di prendere la pillola per il bene della missione, quanti subalterni si sentiranno davvero liberi di dire

di no? Lo abbiamo visto nell'esempio dei piloti USA: secondo la loro difesa, il consenso informato era pressoché nullo, perché il messaggio era "prendi la pillola o resti a terra". Questo configura una sorta di obbligo di doping, che è problematico. Maxwell Mehlman, esperto di bioetica militare, ha proposto che eventuali farmaci o droghe per migliorare le prestazioni dovrebbero essere imposti solo in casi estremi, quando «*i vantaggi forniti dal farmaco e l'importanza della missione superano i rischi per il militare*».[16,17] In ogni caso, servirebbero regole chiare su chi decide, con che criteri e con quali tutele di lungo periodo. Ad esempio: un soldato che ha fatto azioni eroiche grazie a una droga merita una medaglia come gli altri? O andrebbe *squalificato* come un atleta dopato? Su questo lo stesso Mehlman risponde che se il doping è stato ordinato dall'alto, il merito del soldato rimane – non lo si può punire per qualcosa su cui non aveva scelta.[16] Ma capite come entriamo in un terreno nuovo, dove persino i concetti di onore e valore bellico rischiano di sfumare se c'è la chimica di mezzo.

INTANTO, DA NOI

Potremmo pensare al doping dei nazisti come a un folle vicolo cieco della storia, figlio di un'ideologia malata e destinato a non ripetersi. E invece, la questione è tutt'altro che chiusa. Oggi sappiamo che in vari eserciti moderni si studiano (e talvolta si usano) mezzi per aumentare artificialmente le prestazioni dei combattenti. Certo, non sentirete mai un generale parlare di «drogare» le truppe: si usano termini come *enhancement*, miglioramento delle performance, gestione della fatica, ecc. Ma la sostanza non cambia. Abbiamo già accennato alle speedball che i soldati si iniettavano durante la guerra di Corea, negli anni '50. Durante la guerra del Golfo, ad esempio, due piloti su tre dei reparti tattici dell'aviazione americana hanno preso anfetamine; e negli anni delle guerre in Iraq e Afghanistan le forze armate statunitensi hanno autorizzato anche nuovi farmaci come il Modafinil (normalmente prescritto per curare la narcolessia) per tenere svegli soldati e piloti senza i picchi euforici delle anfetamine.[18,19] Si parla poi di altri possibili «dopanti del futuro»: steroidi anabolizzanti per aumentare forza e resistenza muscolare (già usati sottobanco in vari eserciti), oppure perfino di manipolazioni genetiche per rendere i soldati più robusti e rapidi a guarire.[16,20] Sembra fantascienza? Ricordiamo che in Australia il *Future Land Warfare Report* del 2014 mette esplicitamente sul tavolo soluzioni di potenziamento «interne» – quindi farmacologiche, ed esterne – quindi esoscheletri.[20,21] Un incrocio tra Capitan America e Iron Man, in sostanza.

Nel frattempo, in diversi conflitti recenti sono riemerse vecchie conoscenze: il Captagon, ad esempio, un'amfetamina diffusa in Medio Oriente, è stata ampiamente usata dai miliziani dell'ISIS e in Siria per combattere senza paura né stanchezza.[22,23] In Liberia, durante le guerre civili tra il 1989 ed il 2003, veniva somministrata un'anfetamina chiamata «bubbles» ai bambini soldati per indurre aggressività e annullare la paura.[24–26] Questi esempi moderni spesso uniscono il dramma etico a quello umanitario: quando droghe pesanti vengono date a ragazzini o fanatici per scatenarli in guerra, siamo di fronte a una tragedia nella tragedia.

Come regolano tutto ciò le forze armate regolari? Non esiste un codice internazionale sul doping in guerra (d'altra parte, la guerra stessa non è esattamente un'attività «etica» regolamentata come lo sport). Alcuni eserciti oggi proibiscono ufficialmente qualsiasi sostanza non prescritta ai loro membri e fanno controlli antidroga interni come deterrente. È il caso, ad esempio, delle forze armate australiane, che hanno addirittura adottato parti del Codice Mondiale Antidoping (quello per le Olimpiadi, per capirci) nelle loro politiche interne.[14,20] L'idea è mantenere disciplina e salute, evitando abusi. Tuttavia, gli stessi australiani in un loro rapporto (quello del 2014 di cui parlavamo prima) prospettavano che «*dopo il 2025 saranno essenziali livelli crescenti di robustezza fisica e mentale nei soldati*», e che potenziamenti come esoscheletri o stimolanti di lunga durata andassero presi in considerazione, purché si valuti bene anche il rovescio della medaglia in termini di conseguenze fisiche e mentali indesiderate.[14,21] Insomma, le gerarchie militari sanno che il richiamo del soldato potenziato è forte e forse inevitabile, man mano che la tecnologia avanza.

Allora, il doping militare ha davvero un'etica? Secondo alcuni studiosi di bioetica, va giudicato diversamente dal doping sportivo.[16] Nel doping sportivo c'è un consenso generale che sia un *imbroglio nocivo* – falsando la competizione e danneggiando la salute – dunque immorale. Nel contesto bellico, però, la prospettiva cambia: se una pillola potesse contribuire a *salvare la vita* di soldati o civili (per esempio facendo completare prima una missione pericolosa), si potrebbe vederla non come un imbroglio ma come un male minore al servizio di un bene superiore. Questo argomento utilitaristico pro-doping militare sostiene che, a differenza dello sport, in guerra il fine può giustificare mezzi eccezionali: non c'è un «avversario» da battere lealmente secondo regole condivise, c'è la sopravvivenza in gioco. In quest'ottica, dare ai propri combattenti ogni possibile vantaggio – tecnologico o farmacologico – sarebbe quasi un dovere morale verso di loro e verso la nazione.

Altri ribattono che il fine non giustifica tutti i mezzi, e che ci sono linee da non superare se vogliamo mantenere un'umanità nella guerra. In effetti, alcuni aspetti della guerra sono regolamentati: pensiamo a come la Convenzione di Ginevra del 1980 su certe armi convenzionali vieta o limita l'uso di mine, trappole esplosive, ordigni a frammenti non rilevabili ai raggi X, armi incendiarie... Tutta roba che NON è MAI STATA USATA IN GUERRA DOPO IL 1980, VERO???

Drogare i soldati, anche con il loro assenso, significa trattarli un po' come armi viventi, riducendo la loro capacità di agire in autonomia, e potenzialmente scaricando su di loro costi psicofisici terribili, dopo il conflitto. Inoltre, apre la porta a nuove forme di disumanizzazione: un esercito di «super-soldati» alterati chimicamente fa pensare a scenari da incubo, in cui la guerra diventa ancora più *estrema* e distante dai limiti morali (già piuttosto elastici) che oggi conosciamo. C'è anche il rischio concreto di assuefazione etica, o di «slippery slope», come si dice in inglese: oggi diciamo «solo in casi eccezionali e con farmaci sicuri, testati su volontari, con il consenso informato, bla bla...». Domani potremmo trovarci con eserciti regolarmente sotto sostanze, e dopodomani con richieste di *potenziamento obbligatorio* anche in ambito civile (poliziotti, pompieri, chirurghi... fin dove ci si spinge in nome della performance?).

Ma proviamo a ribaltare il tavolo. Siamo partiti dalla guerra, da sostanze che aumentano la vigilanza, l'aggressività, e le prestazioni delle persone nei conflitti. E qui entra il lavoro del mio collega Brian Earp. Nel suo lavoro sulle «droghe dell'amore», Brian (con Julian Savulescu) propone l'idea di farmaci che modulino legami, empatia e impulsi, non per creare super-soldati, bensì per ridurre sofferenza e violenza in contesti civili. Terapia di coppia, gestione della gelosia patologica, o, al contrario, per aiutare ad allentare legami pericolosi come nelle relazioni abusive. L'idea chiave di Brian e Savulescu non è «dopare la morale», ma offrire strumenti clinici, consensuali e regolati che, integrati a psicoterapia, possano aumentare le nostre capacità prosociali, senza scivolare nella coercizione.[27] Ecco il tavolo ribaltato: come cambia il nostro giudizio morale? Una droga che disinnesca l'aggressività, utilizzata in un contesto civile, è così diversa da una che la promuove, in un contesto bellico? Salvare la missione – o salvare la relazione – può giustificare rischi cognitivi o identitari? Quali soglie di rischio accettiamo, in guerra e in terapia? Se una è inaccettabile, lo è anche l'altra? Manipolare i nostri stati cognitivi in una direzione è moralmente diverso dal manipolarli nella direzione opposta?

La storia del D-IX, più in generale l'esperienza bellica del '900 – e di questo curioso secolo che ci è toccato di abitare, ci insegnano che ogni volta che abbiamo cercato scorciatoie chimiche alla fatica e alla paura umana, il conto da pagare è arrivato salato. Sotto forma di vite rovinate, dipendenze, o tragici errori. C'è modo di regolare questi processi per aggiustarli, o siamo di fronte ad un seduttivissimo vicolo cieco?

L'ULTIMO GIRO

Siamo partiti dai nazisti strafatti di metanfetamine e cocaina, ed eccoci arrivati a noi, oggi, con in mano domande a cui non è facile rispondere. La vicenda del D-IX mette in luce il fascino oscuro dell'idea di superare i limiti umani: quando l'obiettivo è importante, quanto siamo disposti a spingerci oltre i confini della nostra biologia e della nostra etica? All'epoca, quei medici militari tedeschi ritennero che non ci fossero confini: l'importante era creare il soldato perfetto, a qualunque costo umano – e a maggior ragione se le vite da bruciare erano «untermensch», subumane. Oggi, con il senno di poi, condanniamo quei metodi. Eppure, allo stesso tempo, continuiamo a cercare *il modo di migliorare noi stessi* – sia che si tratti della pillola per studiare tutta la notte, del doping atletico, del funzionamento delle nostre relazioni, o di Capitan America. La tentazione del «più veloce, più alto, più forte» è parte di noi. In latino si dice Citius, Altius, Fortius, ed è il motto originale dei giochi olimpici; solo nel 2021 il Comitato olimpico internazionale ha aggiunto una quarta parola: «Communiter» – insieme. La domanda sull'etica del potenziamento umano, militare o civile, resta aperta: possiamo decidere di tracciare linee (il consenso, la sicurezza, la volontarietà), ma dobbiamo essere consapevoli che ogni *upgrade* ha un prezzo.

Forse l'unica super-performance etica a cui dovremmo aspirare davvero sarebbe quella di superare la necessità della guerra stessa. Magari con il soma del *Mondo nuovo* di Aldous Huxley: «mezzo grammo per un riposo di mezza giornata, un grammo per un fine settimana, due grammi per un'escursione nel fantasmagorico Oriente, tre per un'oscura eternità nella luna».[28]

È una scelta difficile, che tocca valori profondi: la dignità della persona, il dovere verso la collettività, il confine tra l'umano e il mostro che possiamo creare in noi stessi.

La storia dei nazisti strafatti ci avverte dei pericoli di quel confine oltrepassato. Sta a noi oggi tenere alta la guardia – etica, prima che

farmacologica. Brindiamo (responsabilmente) alla nostra fragile, preziosa umanità.

Bibliografia

1. Vasagar J. Nazis tested cocaine on camp inmates. *The Guardian*. 19 novembre 2002. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theguardian.com/world/2002/nov/19/research.germany
2. Caroff SN, Berkowitz RM. A magic bullet for the mind: Sigmund Freud and the quest for chemical transcendence. *The Pharos*. 2022;(Summer):42-47.
3. Ulrich A. The Nazi Death Machine: Hitler's Drugged Soldiers. *Der Spiegel International*. Pubblicato online 6 maggio 2005. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.spiegel.de/international/the-nazi-death-machine-hitler-s-drugged-soldiers-a-354606.html
4. Kamieński Ł. High Times with Narcotic Nazi Warfare. *War on the Rocks*. Pubblicato online 23 dicembre 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://warontherocks.com/high-times-with-narcotized-nazi-warfare/
5. Rasmussen N. Medical Science and the Military: The Allies' Use of Amphetamine during World War II. *The Journal of Interdisciplinary History*. 2011;42(2):205-233. doi:10.1162/JINH_a_00212
6. Vearrier D, Greenberg MI, Miller SN, Okaneku JT, Haggerty DA. Methamphetamine: History, Pathophysiology, Adverse Health Effects, Current Trends, and Hazards Associated with the Clandestine Manufacture of Methamphetamine. *Disease-a-Month*. 2012;58(2):38-89. doi:10.1016/j.disamonth.2011.09.004
7. Hillstrom K. *Methamphetamine*. Lucent Books, a part of Gale, Cengage Learning; 2015.
8. Brecher EM, Editors of Consumer Reports. *Licit and Illicit Drugs*. Consumers Union; 1972.
9. Ohler N. *Blitzed: Drugs in Nazi Germany*. Allen Lane; 2016.
10. Stefenelli V. Wie der berüchtigte Nazi-Arzt Mengele dank Südtirolern flüchten konnte. *stol.it*. 6 gennaio 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.stol.it/artikel/politik/wie-der-beruechtigte-nazi-arzt-mengele-dank-suedtirolern-fluechten-konnte
11. Gerhard Orzechowski. In: *Wikipedia*. 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Gerhard_Orzechowski&oldid=269941531
12. Nuernberg Military Tribunals. Nuremberg Code. In: *Trials of War Criminals before the Nuernberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10*. U.S. Government Printing Office; 1947. Consultato 16 ottobre 2026. https://en.wikisource.org/wiki/Nuremberg_Code
13. Burkeman O, Norton-Taylor R. US pilots blame drug for friendly fire deaths. *The Guardian*. 4 gennaio 2003. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theguardian.com/world/2003/jan/04/afghanistan.richardnortontaylor
14. Bowler J. What are the ethics of creating 'super soldiers' with drugs? *Cosmos*. Pubblicato online 27 gennaio 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://web.archive.org/web/20241109023817/https://cosmosmagazine.com/people/ethics-of-super-soldiers-with-drugs/
15. Stimulant Pervitin. Deutschlandmuseum. 26 novembre 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.deutschlandmuseum.de/en/collection/stimulant-pervitin/
16. Mehlman MJ. Is it Ethical to Dope Troops So They Fight Better? *Military.com*. 28 maggio 2019. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.military.com/daily-news/2019/05/28/it-ethical-dope-troops-so-they-fight-better.html
17. Mehlman MJ, Corley S. A Framework for Military Bioethics. *Journal of Military Ethics*. 2014;13(4):331-349. doi:10.1080/15027570.2014.992214
18. Emonson DL, Vanderbeek RD. The use of amphetamines in U.S. Air Force tactical operations during Desert Shield and Storm. *Aviat Space Environ Med*. 1995;66(3):260-263.
19. Caldwell JA, Caldwell JL. Fatigue in military aviation: an overview of US military-approved pharmacological countermeasures. *Aviat Space Environ Med*. 2005;76(7 Suppl):C39-51.
20. Walsh A, Van De Ven K. Human enhancement drugs and Armed Forces: an overview of some key ethical considerations of creating 'Super-Soldiers'. *Monash Bioeth Rev*. 2023;41(1):22-36. doi:10.1007/s40592-022-00170-8

21. Australian Army Directorate of Future Land Warfare. *Future Land Warfare Report 2014*. Commonwealth of Australia; 2014. Consultato 16 ottobre 2026. https://web.archive.org/web/20200321100258/https://researchcentre.army.gov.au/sites/default/files/flwr_web_b5_final.pdf
22. Kan PR. This is your Jihad on Drugs. *War on the Rocks*. Pubblicato online 7 marzo 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://warontherocks.com/this-is-your-jihad-on-drugs/
23. Henley J. Captagon: the amphetamine fuelling Syria's civil war. *The Guardian*. 13 gennaio 2014. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theguardian.com/world/shortcuts/2014/jan/13/captagon-amphetamine-syria-war-middle-east
24. Human Rights Watch. *How to Fight, How to Kill: Child Soldiers in Liberia*. Human Rights Watch; 2004. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.hrw.org/report/2004/02/02/how-fight-how-kill/child-soldiers-liberia
25. Nmoma V. The Civil War and the Refugee Crisis in Liberia. *Journal of Conflict Studies*. Pubblicato online 1 giugno 1997. Consultato 16 ottobre 2026. https://journals.lib.unb.ca/index.php/JCS/article/view/11734
26. Whitman L, Fleischman J. The Child Soldiers. *Africa Report*. 1994;39:65-66.
27. Earp BD, Savulescu J. *Love Drugs: The Chemical Future of Relationships*. Stanford University Press; 2020.
28. Huxley A. *Brave New World*. Chatto & Windus; 1932. Consultato 16 ottobre 2026. https://openlibrary.org/books/OL6474536M

4

Resurrezione

Uscito il 22 ottobre 2025

AL BANCONE

Immagina di svegliarti nel cuore della notte. Senti degli strani rumori dal cimitero dietro casa. È una notte buia e tempestosa, e nella luce di un lampo ti pare di vedere delle figure umane aggirarsi tra le statue e le lapidi. Afferri una lanterna ed un forcone, ti precipiti al camposanto... e scopri che la tomba di tuo nonno è vuota. Non perché si è rialzato in veste di zombie, ma perché qualcuno si è rubato il morto.

Non è un film horror, ma l'Europa dell'Ottocento.

Medici e studenti di anatomia avevano «fame» di cadaveri da dissezionare per capire meglio l'anatomia umana, ma i cadaveri legali – quelli dei criminali giustiziati – non bastavano mai.

Così nacquero i *resurrection men*: ladri di corpi che profanavano cimiteri per rifornire le scuole mediche. E quando i cadaveri non bastavano più, qualcuno decise di... «produrli». (Si sa, il bisogno aguzza l'ingegno.)

Questa storia inizia con due nomi, due William, Burke e Hare, che nel 1828 a Edimburgo assassinarono sedici persone per venderne i corpi a un celebre professore di anatomia, Robert Knox.

Ma resta una domanda: **quanto possiamo spingerci, sacrificando dignità e diritti, in nome del progresso?** La scienza ha avuto fame di cadaveri. La storia di oggi mostra cosa succede quando quella fame detta le regole.

COM'È ANDATA

La dissezione di cadaveri umani ha rivoluzionato la medicina, permettendo di conoscere il corpo umano come mai prima.

Nel Rinascimento città come Padova divennero centri d'eccellenza per l'anatomia: qui Andrea Vesalio scese dalla cattedra. Prima il professore leggeva il libro senza toccare il cadavere, e un barbiere tagliava; lui leggeva, indicava e tagliava da sé, convinto che contasse ciò che si vede sul corpo più di ciò che sta scritto nei libri.[1] (Libri spesso scritti con un certo margine di approssimazione.)

È in questo clima che nel 1595 nasce a Padova il più antico teatro anatomico stabile giunto fino a noi.[2,3] L'ho visitato diverse volte, durante i miei anni da studente.

Il teatro è una struttura a cono rovesciato con ripidi anelli concentrici di palchetti, chiusi da alti parapetti – si racconta, perché chi sveniva non piombasse di sotto. Poteva ospitare circa 250 persone affacciate su un tavolo settorio al centro.[2]

Nel teatro campeggia il motto latino «*Mors ubi gaudet succurrere vitae*» (dove la morte è lieta di soccorrere la vita), a sottolineare il macabro ma nobile scambio: il corpo senza vita «aiuta» i vivi, svelando i suoi segreti.[3,4]

Per circa tre secoli, nel teatro anatomico di Padova si tennero dissezioni pubbliche di cadaveri. (Di solito eseguite in inverno per ovvi motivi di conservazione e di odore.)

Col tempo, tuttavia, persino questa gloriosa sala vide diminuire le attività: nel 1872 fu chiusa, quando la facoltà di medicina traslocò.[2] La scienza aveva bisogno di nuovi «fornitori» di corpi…

Ma torniamo ai nostri poeti della vanga cimiteriali, i resurrezionisti. Anche nel Regno Unito fino al 1832 le uniche salme legalmente disponibili per le dissezioni appartenevano a criminali giustiziati.[5] Purtroppo per gli anatomisti, e per la fortuna di certi delinquenti particolarmente… industriosi, i condannati a morte non bastavano a soddisfare la *fame di cadaveri* degli studenti di medicina. La domanda superava ampiamente l'offerta, e così fiorì un mercato nero dei corpi. Nacque la peculiare figura del «resurrectionist», o ladro di cadaveri: individui che riesumavano nottetempo i morti freschi dai cimiteri per venderli alle scuole mediche.

L'ironico soprannome «uomini della resurrezione» deriva dal fatto che «sollevavano i morti dalle tombe» – ma solo per trascinarli sul tavolo settorio. (Humour britannico…)

All'inizio questa pratica era spesso improvvisata dagli stessi studenti di anatomia. (In fondo, come si suol dire, «chi fa da sé fa per tre»…)

Alcuni allievi in cerca di materiale didattico non disdegnavano una scappatella al camposanto. Verso la fine del XVIII secolo, tuttavia, il furto di cadaveri divenne una vera professione. Si formavano squadre organizzate che, dietro compenso, garantivano «pezzi freschi» alle facoltà. Per dare un'idea della *filiera del corpo*, ecco alcuni dei «fornitori» di cadaveri all'epoca:

Studenti di medicina intraprendenti che rubavano cadaveri in proprio (magari spinti più dall'entusiasmo che dall'etica).

Mediatori compiacenti che corrompevano custodi di cimiteri o becchini per farsi consegnare salme appena sepolte.

Truffatori «afflitti»: i miei preferiti, impostori che si presentavano a ritirare i corpi dei poveri fingendosi parenti addolorati.

Occasionali e opportunisti che si imbattevano per caso in un corpo o in una fossa fresca e coglievano l'occasione di un piccolo guadagno extra.

Professionisti «del ramo»: i classici ladri di tombe che, armati di badile e uncino, dissotterravano i corpi dai cimiteri, spesso agendo in squadre organizzate.

E infine, gli assassini su commissione, che non aspettavano la morte altrui, ma la provocavano attivamente, creando cadaveri ad hoc, talmente freschi che erano ancora caldi (presto torneremo su di loro).[5]

I *resurrection men* prediligevano i cimiteri dei poveri, dove le tombe erano meno sorvegliate e i parenti avevano meno mezzi per proteggere le sepolture.[5]

Chi poteva pagare si avvaleva di tutta una serie di sistemi per evitare che qualcuno si rubasse il nonno appena interrato: casse da morto rinforzate con sbarre metalliche, veglie funebri armate, torrette di guardia nei camposanti e... trappole con fucili a scatto per scoraggiare le visite indesiderate.[5,6] (Trappole con fucili a scatto, giuro, lo dice pure l'*Enciclopedia Britannica*.)

Insomma, la gente viveva nel terrore che i morti non riposassero in pace ma finissero sul tavolo settorio. Non a caso, ancora a inizio '800 la dissezione era vista dall'opinione pubblica come una sorte infamante, una punizione aggiuntiva riservata ai criminali peggiori.

Dalla prospettiva dell'epoca, morire non è il massimo, ma non essere lasciati in pace è davvero terribile, soprattutto se a disturbarti è un anatomista armato di bisturi – che ne sarà di te alla resurrezione, dopo il giorno del giudizio? Certamente ti aspetta un'eternità di sfiguramento, più l'ovvio fastidio di dover girare con tutti i tuoi pezzetti ammucchiati in una carriola o qualcosa del genere.

Il sistema dei ladri di cadaveri raggiunse l'apice (o sarebbe meglio dire... il fondo) con il celebre caso Burke & Hare. Siamo a Edimburgo, nel 1828: William Burke e William Hare sono due loschi figuri: Hare gestisce una pensione da quattro soldi, Burke è suo inquilino e compare.[7] Il business non va benissimo, ed i compari pensano che con i morti si possa arrotondare un po' – solo che scavare costa fatica e tempo. Perché non accorciare la filiera e saltare interamente quella parte del processo? (La linea di ragionamento è fantasticamente capitalista!)

Invece di dissotterrare cadaveri, i due ebbero un'idea più gatta: accoppare i loro inquilini più indigenti, quegli indesiderabili della cui scomparsa non sarebbe fregato nulla a nessuno – poveri, emarginati, gente di passaggio...[6,8]

I compari poi vendevano i corpi, freschissimi, al miglior offerente. Nel 1828 assassinarono almeno 16 persone che da morte valevano più che da vive.[6–8] Le vittime venivano fatte ubriacare e poi soffocate – naso tappato e un peso sul petto, così sul corpo non restavano segni – e finivano sul banco dell'anatomista Robert Knox.[7] Knox teneva lezioni molto seguite, seguendo il «metodo di Parigi» (gli studenti non solo assistevano, ma partecipavano attivamente alle dissezioni), e pagava bene per ogni «pezzo».[7,9] Non fece troppe domande sull'origine di quei cadaveri insolitamente «caldi di giornata» – o, se se le fece, le ignorò comodamente. Del resto, in un volantino pubblicitario dei suoi corsi, Knox rassicurava gli studenti che, cito: «sono stati presi accordi per assicurare, come di consueto, un'ampia fornitura di soggetti anatomici».[9] Come dire: non chiedete come, ma avrete cadaveri freschi garantiti.

La serie di omicidi venne infine scoperta quando venne rinvenuto il cadavere dell'ultima vittima, nascosto nella pensione di Hare.[6] Burke e Hare vennero arrestati. Hare, più furbo, fece il pentito: testimoniò contro l'amico per salvarsi la pelle.[7,8] Burke invece fu condannato a morte, impiccato e poi – ironia della sorte – dissezionato pubblicamente all'Università di Edimburgo, davanti a una folla curiosa.[7,8,10] Come monito ulteriore, il suo scheletro venne conservato ed è tuttora esposto in una teca, al museo di anatomia di Edimburgo, a imperitura memoria del crimine.[6,8] Persino la sua pelle ebbe un macabro riciclo: ne venne ricavato, si dice, un taccuino rilegato, con impresso il titolo *«Burke's Skin Pocket Book»* e la data dell'esecuzione.[11,12] Il taccuino è conservato al Surgeons' Hall Museum, sempre ad Edimburgo.[10] Insomma, Burke finì letteralmente *fatto a pezzi per la scienza*, esattamente ciò che aveva inflitto ad altri.

E Knox, il rispettabile professore che aveva comprato i cadaveri? (Beh, sulla rispettabilità potremmo discutere – Knox era un fervente sostenitore dell'anatomia trascendentale e del razzismo pseudoscientifico. In effetti, Knox è stato uno dei padri del razzismo britannico e del suprematismo.[8,13])

Knox non subì alcuna condanna legale. Non gli andò benissimo, comunque. Seppure ufficialmente dichiarato «all'oscuro» dei crimini, fu tuttavia linciato dalla stampa e dall'opinione pubblica, dipinto come mandante morale degli omicidi.[8,9] Uno spiritoso (e inquietante) ritornello dell'epoca recitava: «*Burke's the butcher, Hare's the thief, and Knox the boy that buys the beef*». Traduco: «Burke è il macellaio, Hare il ladro, e Knox il ragazzino che compra la carne».[8] La vicenda lasciò un trauma profondo nella società scozzese, alimentando sospetti verso i medici.[14] Ancora oggi, una grande mostra a Edimburgo li presenta come «mostri prodotti dalla scienza», nati dalla domanda insaziabile di cadaveri da parte di una medicina fredda e complice.[6]

Lo scandalo fu enorme e costrinse le autorità a correre ai ripari. Il Parlamento britannico approvò l'Anatomy Act del 1832, che pose fine (almeno formalmente) all'era dei «resurrection men». La nuova legge allentò le restrizioni: invece di profanare tombe, gli anatomisti potevano finalmente ottenere in modo legale un maggior numero di corpi. La legge consentì infatti a chi aveva in custodia legale un cadavere di consegnarlo alle scuole di anatomia, se il morto non si era opposto e i parenti non lo reclamavano: in pratica, i poveri senza famiglia né mezzi per il funerale.[15] L'idea era arginare il mercato nero rendendo disponibili «corpi in regola». In pratica si passò dal saccheggio delle tombe alla burocrazia della morte: se eri indigente e morivi solo, il tuo corpo poteva finire, senza che nessuno chiedesse nulla, sul tavolo settorio. Un bel passo avanti per la ricerca medica, un po' meno per il tuo *rest in peace* personale.

IL NODO

Tutto questo ci porta a una domanda da bioetica da bar: il progresso della conoscenza scientifica giustifica atti altrimenti moralmente ripugnanti come il furto di cadaveri – o l'omicidio? Senza lo studio anatomico sui cadaveri, la medicina non avrebbe fatto i passi da gigante di cui oggi beneficiamo tutti. Eppure, quei passi da gigante furono spesso il risultato di un patto col diavolo, stringendo il bisturi nella mano destra e turandosi il naso con la sinistra. (In senso figurato, non per l'odore. E poi mi chiedono perché non sono utilitarista!)

I luminari delle università non ordinavano esplicitamente «andate a rubarmi un cadavere stanotte», ma sapevano benissimo che quei corpi arrivavano da fonti losche. Voltare lo sguardo altrove li rendeva complici? Molti anatomisti dell'epoca si autoassolvevano con una logica utilitaristica: il fine scientifico giustificava i mezzi. In fondo – pensavano – quei poveri corpi non reclamati «non servivano più a nessuno», mentre sul tavolo settorio avrebbero servito al progresso dell'umanità. È la filosofia espressa efficacemente da un contemporaneo: usare i morti a beneficio dei vivi.

Si tratta di *«The Use of the Dead to the Living»*, di Southwood Smith, uscito sulla *Westminster Review* qualche anno prima del processo di Burke e Hare.[16] Lo sanno in pochi, ma Southwood Smith è lo stesso medico che ha tenuto la lezione pubblica sul corpo di Jeremy Bentham, filosofo, giurista, e padre dell'utilitarismo.[17] Una cosa gentile di Bentham possiamo dirla: per lo meno anche dopo la propria morte è stato coerente con le proprie idee.

La decisione di Bentham di offrire il proprio cadavere per un'autopsia è stata un po' una trollata, all'epoca, perché sfidava credenze religiose e norme sociali consolidate. Nel XIX secolo la dissezione era considerata una profanazione. Farlo su un filosofo rispettato come Bentham fu quindi uno shock. Bentham, che aveva qualche mania di grandezza, voleva anche essere conservato come «auto-icona» per dimostrare la sua filosofia utilitarista, secondo cui anche da morto un corpo può servire alla società. Questo gesto, reso pubblico, era una provocazione politica e filosofica. L'evento avvenne in un clima di forte paura sociale: Bentham morì nel 1832, appena 4 anni dopo il caso di Burke e Hare, e meno di due mesi prima dell'approvazione del nuovo Anatomy Act di cui parlavamo prima.[15,17] Essendo Bentham una figura pubblica di primo piano, la dissezione assunse anche un forte significato simbolico, costringendo la società a riflettere su chi «possedesse» i corpi e su come essi potessero essere usati per il bene dei vivi. In questo modo, la dissezione di Bentham segnò un passaggio cruciale nel rapporto tra scienza, società e dignità dei morti.

INTANTO, DA NOI

E adesso parliamo di etica. Fatemelo dire chiaramente: il problema non erano le autopsie in sé. Non ho assolutamente nulla contro le autopsie, né più in generale contro l'uso dei cadaveri.

Il problema era l'assenza di consenso delle persone i cui corpi erano dissezionati.

Il problema era la disparità sociale, la restrizione dei benefici derivanti dalla dissezione di quelle persone, povere e indesiderabili, riservati quasi esclusivamente ad altre persone, più ricche.

Il problema era la responsabilità dei furti di cadaveri e degli omicidi – non solo quella legale, ma anche quella morale, che si estende oltre a Burke, Hare, e compagnia.

Se guardiamo alla storia dei resurrezionisti con occhi contemporanei, non è difficile riconoscere il parallelismo con molti dilemmi etici odierni.

La questione del consenso informato, che oggi diamo per scontata, nasce proprio per correggere questa asimmetria. Oggi il consenso informato è il cardine della ricerca e della pratica clinica, ma non è nato dal nulla: è una risposta agli abusi del passato, dai resurrezionisti fino agli esperimenti nazisti e al caso Tuskegee (ne parlo nel capitolo 27, *Sangue cattivo*). Nel mondo contemporaneo, però, non basta una firma su un modulo. Ci sono dilemmi più sottili: pensiamo alla raccolta di dati genetici, alle biobanche, o al reperimento di organi per i trapianti. Anche qui la sfida resta la stessa: come garantire che la partecipazione sia davvero libera e consapevole, non distorta da pressioni sociali, economiche o culturali.

Il secondo problema, la disparità sociale, non è affatto scomparso. Al tempo di Burke e Hare la scienza si sviluppava grazie ai corpi dei poveri, ma a vantaggio dei ricchi. Era un meccanismo di estrazione di valore, non molto diverso da quello di una miniera coloniale: la materia prima veniva «prelevata» senza chiedere permesso, e i frutti di quel prelievo non tornavano mai a chi aveva pagato il prezzo più alto. La scienza avanzava sulle spalle – o meglio, sulle salme – degli ultimi: possiamo chiamarla, in un certo senso, bioetica di classe. L'Anatomy Act del 1832, pur animato da buone intenzioni, legalizzò di fatto questa disuguaglianza: furono i corpi dei poveri a colmare il fabbisogno delle scuole mediche. Morivi in miseria e finivi sezionato, per il progresso della medicina che magari ai tuoi pari non sarebbe neppure stata accessibile. Possiamo dire che l'Anatomy Act era più umano dei *resurrectionists*, ma solo perché raccattava i cadaveri con la penna invece che con il badile.

Questa dinamica creava una profonda ingiustizia, sia simbolica che materiale. Da un lato, i poveri venivano ridotti a «mezzi» – meri strumenti da sezionare – mentre i ricchi godevano del prestigio e dei progressi della medicina. Dall'altro, la paura di finire letteralmente depredati anche dopo la morte alimentava la diffidenza verso i medici e le istituzioni scientifiche, scavando un solco di sfiducia che in parte esiste ancora oggi.

Questo tipo di paure – giustificate nel 1800, oggi assolutamente irrazionali – contribuiscono ancora a rendere le persone scettiche riguardo alla donazione di organi.[18] E diciamolo chiaramente: donare gli organi è una figata, non ti costa niente, e permette di salvare la vita ad altre persone. Persone! Bianchi, neri, religiosi, irreligiosi, ricchi, poveri, omosessuali, eterosessuali, uomini, donne, o bambini! Persone e basta! Perché non dovrebbe davvero importarci la biografia di qualcuno, quando possiamo restituirgli una vita intera a costo zero, e sulla base di una nostra libera scelta. Oggi non parliamo più di poveri dissotterrati per curare i ricchi, ma la logica può ripetersi in forme nuove. Chi partecipa agli studi clinici? Chi può permettersi le terapie più avanzate, spesso carissime? Le biotecnologie di frontiera rischiano di ampliare il divario tra chi ha accesso alla cura e chi rimane escluso. È la stessa dinamica di estrazione di valore di due secoli fa: la «materia prima» – dati, corpi, tempo – proviene spesso da comunità vulnerabili, mentre i profitti e i benefici si concentrano altrove.

Veniamo infine alla responsabilità morale. Quando il sistema premia economicamente la morte di qualcuno, chi è il vero assassino? Burke e Hare erano dei criminali sanguinari, ma senza compratori come Knox probabilmente non sarebbero diventati serial killer. In un certo senso, furono *coltivati come tali* dalla domanda di cadaveri, e dall'assenza di mezzi non immorali e non illegali per procurarseli. Oggi ci sono altri sistemi che incentivano indirettamente comportamenti discutibili. Pensiamo al turismo dei trapianti verso paesi con regole deboli o poco applicate (nel 2007 una rassegna sul bollettino dell'OMS indicava fra gli altri Pakistan, Filippine e Cina), o alla vendita di dati sanitari senza trasparenza.[19] La responsabilità non si ferma mai all'esecutore materiale: c'è anche chi finanzia, chi chiude un occhio, chi trae profitto. Come Knox, molte istituzioni moderne non commettono direttamente l'atto illecito, ma lo rendono possibile.

L'ULTIMO GIRO

In definitiva, la dissezione dei cadaveri fu un motore potente del sapere medico, ma ebbe un costo morale altissimo. Oggi i ladri di cadaveri sono relegati ai libri di storia e ai film horror. Tuttavia, i dilemmi che sollevavano restano attuali. Fino a che punto è lecito spingersi, sacrificando dignità e diritti, in nome del progresso scientifico? **Domanda per voi:** oggi, dove vedete nuovi «resurrection men»? Biobanche? Dati? Mercati dei trapianti?

Di sicuro, brindando a un tavolo di pub (*o magari a un tavolo settorio*), Burke e Hare ricorderebbero a tutti noi che la frontiera tra beneficio della scienza e abuso è sottile – e spesso tracciata col sangue.

Mi raccomando: se sentite rumori strani dal cimitero, forse è solo la scienza che bussa alla porta.

Bibliografia

1. Zampieri F, ElMaghawry M, Zanatta A, Thiene G. Andreas Vesalius: Celebrating 500 years of dissecting nature. *Global Cardiology Science and Practice*. 2015;2015(5):66. doi:10.5339/gcsp.2015.66
2. Panetto M, Zampieri F. La scienza nascosta nei luoghi di Padova: il teatro anatomico. *Il Bo Live*. Pubblicato online 30 novembre 2018. Consultato 16 ottobre 2026. https://ilbolive.unipd.it/it/news/cultura/scienza-nascosta-nei-luoghi-padova-teatro
3. Palazzo del Bo Anatomical Theater in Padua. Atlas Obscura. 18 maggio 2014. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.atlasobscura.com/places/palazzo-del-bo
4. Università di Padova. Il murale di Milo Manara. Università di Padova. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.unipd.it/murale-manara
5. Levinson D. Body snatching. In: *Encyclopaedia Britannica*. 2013. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.britannica.com/topic/body-snatching
6. Jones J. Bones, bowels and body-snatchers – Anatomy: A Matter of Death and Life review. *The Guardian*. 30 giugno 2022. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theguardian.com/artanddesign/2022/jun/30/anatomy-matter-of-death-and-life-body-snatchers-review-national-museum-of-scotland-edinburgh
7. William Burke. Anatomical Museum, University of Edinburgh. 5 agosto 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://biomedical-sciences.ed.ac.uk/anatomy/anatomical-museum/collection/people/burke
8. Wills M. Burke and Hare…and Knox. *JSTOR Daily*. Pubblicato online 13 novembre 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://daily.jstor.org/burke-and-hare-and-knox/
9. Hoekstra K. How Demand for Cadavers Led to the Infamous Burke and Hare Murders. *History Hit*. Pubblicato online 9 ottobre 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.historyhit.com/burke-hare-robert-knox/
10. Surgeons' Hall Museums. Pocketbook made from Burke's skin. Surgeons' Hall Museums, Royal College of Surgeons of Edinburgh. 19 maggio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://web.archive.org/web/20260519042445/https://museum.rcsed.ac.uk/the-collection/key-collections/key-object-page?objID=1226
11. Lund AI. The People Who Became Book Bindings. UCL Researchers in Museums. 31 ottobre 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://blogs.ucl.ac.uk/researchers-in-museums/2016/10/31/the-people-who-became-book-bindings/
12. Royal College of Surgeons of Edinburgh. Book, William Burke's skin (HC.AB.10.4). Royal College of Surgeons of Edinburgh, catalogo del museo. Consultato 16 ottobre 2026. https://rcosoe-apw.adlibhosting.com/AIS/Details/museum/3615
13. Richards E. The 'Moral Anatomy' of Robert Knox: The Interplay between Biological and Social Thought in Victorian Scientific Naturalism. *J Hist Biol*. 1989;22(3):373-436. doi:10.1007/BF00401576
14. Fell R. William Burke & Co: The Structure of a Legend. *Contemporary Legend*. 2024;2:1-30.
15. *An Act for Regulating Schools of Anatomy*. 1832. Consultato 16 ottobre 2026. https://archive.org/details/b30475739
16. Smith S. *Use of the Dead to the Living. From the Westminster Review*. Albany : Websters and Skinners; 1827. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/useofdeadtolivin00smit
17. Smith S, Royal College of Surgeons of England. *A Lecture Delivered over the Remains of Jeremy Bentham, Esq., in the Webb-Street School of Anatomy and Medicine, on the 9th of June, 1832*. London : Effingham WIlson; 1832. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/b22378236

18. Irving MJ, Tong A, Jan S, et al. Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review of the qualitative literature. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2012;27(6):2526-2533. doi:10.1093/ndt/gfr683
19. Shimazono Y. The state of the international organ trade: a provisional picture based on integration of available information. *Bull World Health Organ*. 2007;85(12):955-962. doi:10.2471/BLT.06.039370

5

Un bot al bar

Uscito il 29 ottobre 2025

AL BANCONE

Sei su Reddit a discutere, magari animatamente, di politica, sport, uncinetto (sì, ho visto flame accaloratissimi sull'uncinetto) o dell'ultimo film di supereroi. Dall'altra parte c'è un utente appassionato, competente, magari pure con una storia personale toccante. I suoi argomenti sono così convincenti che quasi quasi cambi idea. Fin qui, tutto ok: è il bello del confronto civile. Ma alla fine salta fuori che quell'utente così persuasivo in realtà non esiste – era un *bot*, un'intelligenza artificiale travestita. E mica un bot qualunque, messo su da qualche troll per il gusto di fare casino – è un esperimento segreto di qualche scienziato pazzo dell'Università di Zurigo (giuro: in questa cosa io non ho avuto assolutamente nessun ruolo). Sembra la trama di una puntata di *Black Mirror*, invece è cronaca scientifica del 2025. E a questo punto, lo ammetto, al bar sarebbe già partito il coro: *«Ma è pazzesco, dov'è finita l'etica?»*. Eh già, bella domanda. E la risposta è più complicata di quanto possa sembrare. Opinione impopolare: forse l'esperimento di cui parliamo, in cui migliaia di persone sono state ingannate, è meno immorale di quanto possa sembrare.

Quanto brave possono essere le intelligenze artificiali a farci cambiare idea? È un bene o un male? Che differenza c'è tra ricerca e manipolazione, quando il trucco è lo stesso e il coniglio siamo noi? Dove sta il confine tra esperimento e ingegneria sociale, tra «ti spiego la mia idea» e «ti spingo dolcemente dove interessa a me»?

Se queste domande vi fanno prudere il cervello, siete nel posto giusto.

COM'È ANDATA

Nell'aprile del 2025 viene fuori che un gruppo di ricercatori dell'Università di Zurigo ha condotto un esperimento a dir poco audace su Reddit. Senza chiedere permesso a nessuno, hanno infilato dei bot nei thread di una popolare community chiamata r/changemyview, famosa per i dibattiti accesi ma civili. Come dice il nome, il senso della community è questo: chi posta un messaggio espone una sua opinione, invitando gli altri utenti a fargli cambiare idea. L'obiettivo dei ricercatori? Studiare come l'IA può influenzare l'opinione delle persone, ma in un contesto reale. In pratica, per quattro mesi i bot hanno pubblicato *quasi 1.800* commenti su temi disparati: dall'aggressività dei pitbull al caro-affitti, dai programmi su diversità, equità e inclusione sul lavoro fino a teorie del complotto su eventi storici.[1,2] Il tutto spacciandosi per utenti in carne e ossa, con tanto di *retroscena personali inventati*: uno dei finti profili affermava di essere un consulente traumatologico, un altro addirittura una vittima di abusi sessuali. C'era perfino un bot che sosteneva di essere una persona afroamericana contraria al movimento Black Lives Matter.[1,3] Qualsiasi identità potesse aggiungere *pepe* alla discussione e rendere le argomentazioni più persuasive, loro la impersonavano. Generati dall'IA, anche se ogni commento passava sotto gli occhi di un ricercatore prima di uscire.[2] Un dettaglio importante da tenere a mente: l'esperimento era passato dal comitato etico della facoltà di Lettere e Scienze sociali dell'Università di Zurigo – che dà pareri, non permessi, e aveva raccomandato di informare i partecipanti per quanto possibile.[1,4]

Ho scoperto di questo studio (o meglio dello scandalo causato da questo studio) in modo buffo. Un pomeriggio di fine aprile sto volando a Ginevra per lavoro. Atterro, riattivo la connessione dati sul mio telefono, e trovo diverse decine di messaggi e email, da colleghi, amici, e gente che non conosco. I colleghi e gli amici dicono cose tipo: «ti prego, dimmi che con 'sta cosa tu e il tuo gruppo di matti non avete nulla a che fare». La gente che non conosco sono perlopiù giornalisti, che mi chiedono se ho qualche commento in merito allo scandalo del giorno. Alcuni, tipo Tom (trovate il suo articolo nelle note)[1] si comportano in maniera civile; altri invece accusano, attaccano, come se volessero farmi fare un passo falso perché mi tradisca. Sì, perché gli autori dello studio sono rimasti anonimi. La mia unica difesa solida è: «guardate – lo studio è stato approvato dal comitato

etico della facoltà di Lettere e Scienze sociali. Se fosse roba mia, sarebbe passato dal comitato etico della facoltà di Medicina».

Il motivo di tutta 'sta pressione è semplice: io e i miei colleghi siamo stati tra i primi a studiare quanto l'IA generativa sia convincente quando informa e quando disinforma (trovate il paper nelle note).[5] Sì, solo che noi lo abbiamo fatto in un contesto sperimentale, informando i nostri partecipanti riguardo a cosa chiedevamo loro di fare e perché. Nello studio su Reddit invece i partecipanti non erano informati, e le interazioni non avvenivano in un contesto sperimentale delimitato e controllato, ma «into the wild» – nel mondo – per così dire – «reale».

Il risultato? In un certo senso, il giochino ha funzionato fin troppo bene. Né i moderatori né gli utenti di r/changemyview si sono accorti di nulla (i sistemi automatici di Reddit, qualcosa sì).[2,4] Anzi, pare che quei commenti artificiali siano risultati molto convincenti, più della stragrande maggioranza degli interventi umani. Secondo i dati preliminari condivisi (prima che scoppiasse il pandemonio), le argomentazioni *personalizzate* dei bot – adattate cioè al profilo dell'utente da convincere, in base a età, genere e inclinazioni politiche dedotte dai suoi post – hanno ottenuto punteggi medi di gradimento ben più alti di quasi tutti i commenti scritti da persone reali.[1] Insomma, l'IA sapeva quali tasti toccare: un po' come in *Inception*, ti piantava il seme del dubbio in testa e tu manco te ne accorgevi.

Ma come tutte le volte che da adolescenti abbiamo avuto casa libera e abbiamo fatto festa di nascosto, prima o poi arriva l'ora dei genitori incavolati. A esperimento concluso, i ricercatori hanno comunicato l'esistenza dello studio e i risultati preliminari ai moderatori, che poi l'hanno resa pubblica alla community, informando sugli obiettivi, sui metodi, e sui risultati preliminari. Il post è pubblico, potete leggerlo anche voi. E... Apriti cielo. I moderatori, comprensibilmente, non l'hanno presa bene, e men che meno gli utenti: hanno chiesto al team di non pubblicare i risultati dello studio e di porgere pubbliche scuse.[3] Sono seguite lettere minacciose all'Università di Zurigo, minacce legali, e anche minacce decisamente illegali.

Si sa, con Reddit è meglio non scherzare. La community ha la pelle sottile e la memoria lunga: basta una mossa sbagliata e ti ritrovi travolto da una shitstorm epica. Ricordate la risposta di EA su r/StarWarsBattlefront, diventata il commento più odiato della storia di Reddit?[6] Massacrati in poche ore. O la rivolta di massa quando Reddit cambiò l'API a pagamento e migliaia di subreddit andarono in blackout per protesta?[7] O ancora, il ban di WallStreetBets da Discord, che finì su tutti i giornali quando un gruppo

di trader amatoriali mise in crisi hedge fund miliardari?[8] Reddit è così: anarchico, appassionato, feroce. Assomiglia molto (ancora) all'internet degli anni '90. Tocchi la fiducia degli utenti senza avvisarli? Ti arriva addosso la tempesta. Non a caso, è uno dei miei social network preferiti – e no, non vi dirò qual è il mio nome utente.

La reazione allo studio, prevedibilmente, è stata feroce. C'è chi ha definito l'esperimento «una violazione, vergognoso, infuriante, molto disturbante».[1] Il legale capo di Reddit ha tuonato che si tratta di un intervento «improprio e altamente non etico», «*profondamente sbagliato sia sul piano morale che legale*», promettendo che l'azienda farà di tutto per chiedere conto ai responsabili.[4] Anche molti esperti di etica digitale si sono uniti al coro: Amy Bruckman, una veterana nello studio delle comunità online, l'ha bollato come «la peggior violazione etica nella ricerca su internet» che avesse mai visto.[1] Capite bene il livello: roba da fare impallidire perfino Facebook (e ne parleremo a breve).

E i ricercatori? Spariti. Beh, diciamo che le minacce di morte non hanno aiutato.[1] In un post di spiegazioni su Reddit hanno sostenuto che in fondo nessuno dei commenti dei bot promuoveva idee *davvero* dannose, e che anzi ogni singolo messaggio generato dall'IA era stato controllato da un umano prima di essere pubblicato.[1,2] Hanno anche provato a difendere il design del loro esperimento, cito letteralmente:

«*Riconosciamo la posizione dei moderatori secondo cui questo studio è stato un'intrusione indesiderata nella vostra community, e comprendiamo che alcuni di voi possano sentirsi a disagio per il fatto che questo esperimento sia stato condotto senza previo consenso. Ci scusiamo sinceramente per qualsiasi disturbo causato. [...] Riteniamo che i potenziali benefici di questa ricerca superino sostanzialmente i suoi rischi. Il nostro studio controllato e a basso rischio ha fornito preziose informazioni sulle capacità persuasive degli LLM nel mondo reale – capacità che sono già facilmente accessibili a chiunque e che attori malevoli potrebbero già sfruttare su larga scala per ragioni ben più pericolose (ad es. manipolare elezioni o incitare all'odio). Crediamo che avere una misura realistica della persuasione degli LLM in contesti reali sia vitale per informare le politiche pubbliche, guidare un uso etico dell'IA e proteggere gli utenti da influenze occulte. In effetti, i nostri risultati sottolineano l'urgente necessità di salvaguardie a livello di piattaforma per proteggere gli utenti dalle minacce emergenti dell'IA*».[2]

Fine della citazione. Come dire, scusate il disturbo, ma il gioco valeva la candela: abbiamo fatto un esperimento a basso rischio che ci dà dati preziosi sulla persuasione delle IA – e se non lo facciamo noi in modo con-

trollato, lo faranno attori malevoli su larga scala, per manipolare elezioni o diffondere odio. Peccato che nel frattempo abbiano calpestato regole, consenso e fiducia di migliaia di persone. Ma attenzione. Ci sono dei problemi nel design dello studio? Sicuramente. Il comitato etico della facoltà di Lettere e Scienze sociali ha fatto un buon lavoro, revisionando questo studio? Mmmh, ho un'opinione piuttosto negativa in merito. Gli argomenti dei colleghi sono solo scuse campate per aria e provare a togliere il culo dalle pedate? No, non credo proprio.

Piccola confessione da bar: io la persona che ha diretto quello studio la conosco. E no, non è uno scienziato pazzo con la camicia di forza, né un manipolatore professionista da romanzo distopico, al soldo dei poteri forti che «non ce lo dicono». È un ricercatore serio, una persona perbene, che ha avuto l'avventatezza e l'ardire di studiare una cosa che anch'io avrei voluto studiare – solo che io sono molto meno ardito e un po' meno avventato. Il problema della manipolazione sintetica è un problema vero, serio, e non è solo teoria, ci riguarda già da qualche anno.

IL NODO

Questa storia ha dell'incredibile, vero? Siamo tutti d'accordo nel dire che usare bot segreti per persuadere la gente a sua insaputa è profondamente sbagliato. Bene. Ora fermiamoci un secondo e guardiamoci intorno, fuori dalla cornice dell'esperimento accademico. Siamo sicuri che cose del genere *non succedano già ogni giorno*? Spoiler: succedono, eccome se succedono. E spesso ce ne scandalizziamo molto meno.

Pensiamoci un attimo: viviamo nell'epoca dei social network onnipresenti, degli algoritmi di raccomandazione, della pubblicità iper-personalizzata. Ogni volta che apriamo Facebook, Instagram, TikTok o Twitter (pardon, X... Elon, perché?!), un esercito di algoritmi si mette in moto per decidere cosa farci vedere. Lo fa per tenerci attaccati allo schermo, per vendere inserzioni pubblicitarie su misura, per «migliorare l'esperienza utente» – almeno così dicono. Fatto sta che i nostri feed sono manipolati in continuazione, in modo sottile, spesso senza che ce ne rendiamo conto, un po' come quei chatbot su Reddit.

Vi ricordate il polverone sull'esperimento di Facebook del 2012? Quella volta alcuni ricercatori interni all'azienda avevano modificato di proposito il flusso di notizie di quasi 700.000 utenti per vedere se influenzare il tono emotivo dei post letti avrebbe reso le persone più felici o più tristi nei loro status update.[9–11] Un gigantesco *gioco delle emozioni* condotto sulla pelle degli iscritti, ovviamente senza informarli né chiederne il consenso.

Quando venne fuori, dopo due anni, ci fu indignazione... per un paio di settimane. Facebook fece spallucce: era tutto per «migliorare i nostri servizi».[10] E il paper aveva già messo le mani avanti: nelle condizioni d'uso, che tutti accettano iscrivendosi, c'era scritto che si poteva.[9,11] Fine della storia. Il dibattito etico evapora in fretta quando l'esperimento lo fa Big Tech e non lo chiamiamo «esperimento» ma «A/B testing» per migliorare il servizio. Eppure la sostanza è la stessa: persuasione occulta, manipolazione. Solo che invece di un paper scientifico, in palio c'è un margine di profitto. Cito dallo studio di Facebook:

«*Mostriamo, attraverso un esperimento di massa (N = 689.003) su Facebook, che gli stati emotivi possono essere trasferiti ad altri tramite contagio emotivo, portando le persone a provare le stesse emozioni senza esserne consapevoli. Forniamo prove sperimentali che il contagio emotivo avviene senza interazione diretta tra le persone (è sufficiente l'esposizione a un amico che esprime un'emozione), e in completa assenza di segnali non verbali.*»[9]

Analogamente, ricordiamo lo scandalo Cambridge Analytica: milioni di profili psicologici degli utenti Facebook (c'è chi dice 50, c'è chi dice 87, non lo sappiamo con certezza, ma comunque parecchi) rastrellati e usati per micro-targeting politico, cioè per bombardare ciascuno con messaggi confezionati ad hoc al fine di cambiarne – o *confermarne* – le opinioni elettorali.[12,13] Tra i clienti di Cambridge Analytica c'era la campagna di Donald Trump.[12] E la Brexit? Ce lo ricordiamo tutti, Cambridge Analytica dietro il referendum: lo scriveva anche l'*Observer*, nel 2018, nell'articolo che fece scoppiare lo scandalo.[12] Poi il garante britannico per i dati è andato a guardare le carte: con Leave.EU ci furono contatti iniziali e niente di più, e la campagna ufficiale, Vote Leave, lavorava con un'altra società.[13,14] Il che dice qualcosa anche di noi: la versione più comoda si è presa la memoria collettiva, e la correzione non se l'è filata nessuno. Resta un'operazione su larga scala per influenzare il voto, condotta da privati senza alcuna trasparenza. Anche lì tutti offesi per un po', poi torniamo a scrollare meme come se niente fosse.

C'è di più. Pensate alle campagne politiche orchestrate con bot e profili falsi. Ogni tanto spunta la notizia di reti di fake accounts smantellate su Twitter o nei commenti dei giornali online, usate per creare falsi consensi, gonfiare il seguito di un'idea o infangare un avversario. È il vecchio trucco dell'astroturfing: far sembrare spontaneo un movimento che in realtà è pilotato.

E oggi l'astroturfing ha superato la pubertà: con l'IA si creano eserciti di profili sintetici, completi di foto credibili, pronti a simulare cittadini

indignati. Basti pensare a Meliorator, la bot farm pro-russa smantellata nel 2024, che inondava i social con account fake «localizzati», capaci di postare in più lingue e sembrare utenti autentici.[15,16] O agli esempi recenti in Europa: l'audio deepfake in Slovacchia che metteva in bocca a un candidato frasi mai dette a due giorni dal voto; i falsi audio nel Regno Unito contro Keir Starmer; la voce clonata di Morawiecki usata in Polonia in un video di attacco elettorale; le immagini AI dei populisti in Italia con slogan «Più Italia, meno Europa», tra uomini barbuti incinti e la *Divina Commedia* data alle fiamme; fino alle immagini false contro Timmermans in Olanda e ai trattori finti attorno a Parigi.[16]

Tutte queste operazioni sfruttano la stessa logica: non convinceranno tutti, ma basta gettare un dubbio, spostare un po' di voti, radicalizzare chi già era sul filo. Ed è IA persuasiva al lavoro. E mentre su Reddit moderatori e comunità giustamente si sentono «violati» nell'aver scoperto bot nel loro forum, su scala più ampia intere opinioni pubbliche vengono bombardate da messaggi manipolativi. Senza moderatori, comitati etici, o scienziati che alla fine svelano i loro motivi, metodi e risultati.

Insomma, siamo circondati. L'IA ha già imparato a manipolarci, e lo sta già facendo: ce lo confermano gli studi empirici, le notizie sui giornali, e, a ben vedere, l'esperienza quotidiana. Modelli linguistici avanzati come GPT-4 hanno mostrato capacità persuasive addirittura superiori a quelle umane, specialmente quando possono personalizzare gli argomenti su misura del destinatario.[17,18] Tradotto: un chatbot ben addestrato che conosce i tuoi gusti e il tuo profilo potrebbe convincerti più di un amico al bar. Vi sembra fantascienza? Non lo è.

A questo punto viene da chiedersi: com'è possibile? Cos'hanno di speciale queste benedette IA persuasive? Una risposta ce la dà proprio l'esperimento di Reddit: la personalizzazione. I bot di Zurigo non lanciavano frasi a caso nel vuoto; *studiavano* la persona da convincere (analizzando la cronologia dei suoi post con altri algoritmi) e poi adattavano il tiro di conseguenza. Un po' come un bravo venditore che prima di piazzarti l'aspirapolvere fa caso alle foto dei tuoi figli sul comò e ti dice «signora, così le camere saranno totalmente prive di acari, e si sa che gli acari ai bambini fanno male». Ebbene, l'IA può farlo su scala massiva e con precisione chirurgica. Se al mio profilo risulta che sono un giovane precario, il bot punterà sui problemi del lavoro; se sa che sono sensibile ai temi della sicurezza, calcherà la mano su quelli, magari fingendosi – perché no – un *poliziotto disilluso* o un *padre di famiglia preoccupato*. È questo l'astroturfing: simulare le voci dal basso, di gente come noi, potrebbe essere un mio

vicino di casa (solo che non l'ho mai visto), costruire fiducia sfruttando l'identificazione emotiva. E un'IA astuta può farsi passare per chiunque: dal veterano di guerra al sedicente esperto, pur di darti la «prova sociale» che quell'idea la sostiene «anche uno come te».

In sintesi, e carte in tavola: l'IA è uno strumento incredibilmente potente. Ci si possono fare delle figate, o delle grandissime porcherie. È un'arma a doppio taglio, perché è in grado sia di informare meglio, offrendo fatti veri in maniera più semplice da digerire, che di disinformare meglio, somministrando panzane deliziosamente impanate in una crosta di credibilità.[19] E gli strumenti di sicurezza incorporati? Sì, ma... Abbiamo scoperto che basta cambiare il tono emotivo di un prompt per *aumentare* la tendenza di ChatGPT a sparare disinformazione. Se chiedi *per favore* all'IA di inventarsi una bufala, quella ci casca quasi sempre.[20] Sì, avete capito bene: la cortesia funziona da grimaldello per la manipolazione. Lo chiamiamo emotional prompting: usare leve emotive (come la gentilezza o magari il vittimismo) per indurre l'AI a ignorare gli strumenti di sicurezza interni e darti proprio *quello* che vuoi, anche se è un contenuto scorretto. Capite che armi di persuasione di massa potremmo, anzi, possiamo creare? Roba che Goebbels, al confronto, sembra un dilettante con i volantini.

Ci sono tre punti, in questa storia, dei quali mi va di parlare. Il trattamento riservato ai colleghi dello studio su Reddit; la necessità di ricerca fatta bene sulla manipolazione sintetica; e il ruolo del comitato etico che ha approvato lo studio. Non sono le uniche questioni sul tavolo, eh.

Il primo nodo, forse il più spinoso, è il doppio standard. Tutti, me compreso, abbiamo reagito con indignazione allo studio su Reddit: manipolare persone reali senza dirglielo è una violazione della fiducia, e nel caso di una comunità online come change my view è quasi una profanazione. Ma quello che colpisce è che la stessa indignazione non scatta – o non scatta con la stessa intensità – quando a manipolare non sono un pugno di ricercatori universitari, bensì piattaforme e campagne politiche che lo fanno ogni giorno, con mezzi infinitamente più potenti e senza alcuna forma di controllo. È come se pretendessimo standard morali altissimi dagli accademici, e allo stesso tempo dessimo per scontato che i giganti della tecnologia possano condizionare le nostre emozioni e i nostri comportamenti come meglio pare a loro in nome del profitto. Due pesi e due misure. Se condanniamo l'inganno degli uni, non possiamo ignorare quello degli altri. E se tolleriamo le pratiche di persuasione occulta in nome della «user experience», allora non possiamo scandalizzarci quando un esperimento ci mostra la stessa cosa in versione ridotta e controllata. È un po' come

inveire contro il barista improvvisato che ti offre un cocktail un po' balengo ma tutto sommato bevibile (e preparato con le migliori intenzioni), mentre continui a tracannare senza fiatare gli spriz del barman di fiducia che però, a tua insaputa, annacqua il vino cattivo e ne copre il sapore con l'Aperol (a dire il vero pare che l'origine dello spriz sia proprio questa, ma nonostante l'estesa esperienza empirica non è il mio campo e non mi sento di fare affermazioni conclusive).

Il secondo punto è la necessità della ricerca. Dire «basta esperimenti, vietiamo tutto» è una risposta istintiva, ma rischiosa. Perché se la scienza si ritira da questi campi, a occuparsene restano solo le agenzie di marketing e gli apparati politici. Capire fino a che punto un modello linguistico possa convincere un utente, e in quali condizioni, è fondamentale per costruire contromisure. Solo così possiamo sviluppare strumenti di rilevazione, leggi efficaci, e perfino design migliori delle piattaforme. Il paradosso è che proprio l'esperimento su Reddit dimostra quanto sia urgente avere dati reali su questi fenomeni. La domanda quindi non è «se» fare ricerca su questi temi, ma «come» farla senza tradire la fiducia delle persone coinvolte.

E qui arriviamo al terzo nodo: il ruolo dei comitati etici. L'esperimento Reddit aveva il timbro del comitato etico della facoltà di Lettere e Scienze sociali, ed è questo che fa più impressione. E secondo i moderatori, la versione personalizzata dei bot – quella che ha convinto di più – nel protocollo esaminato non c'era nemmeno.[3] Non basta spuntare una checklist per dichiarare etico un intervento «into the wild», cioè dentro un ecosistema sociale vivo e pulsante. In questo caso il comitato avrebbe dovuto chiedere molto di più: come intendete informarli dopo? Avete un piano di debriefing che non sia un post buttato lì? Avete pensato al danno alla fiducia della community, non solo al disagio dei singoli? E soprattutto: davvero vi sembra accettabile impersonare vittime di abusi o membri di minoranze per aumentare la forza persuasiva dei bot? Un comitato etico non dovrebbe limitarsi a valutare il rischio immediato per l'individuo, ma guardare al rischio ecologico, al tessuto sociale che lo studio può lacerare. In questo senso, dire che «è tutto pubblico, quindi si può fare» è una scappatoia, non una giustificazione.

Per chiudere: esiste un diritto di persuadere? In linea di massima, in democrazia, convincere gli altri delle proprie idee è non solo lecito, ma auspicabile – si chiama dibattito pubblico, proselitismo, propaganda elettorale, chiamatelo come volete. Però qui parliamo di *persuasione occulta*, di leve psicologiche manovrate nell'ombra. Dov'è il confine tra il libero

argomentare e il manipolare? Tra il «ti spiego perché ho ragione» e il «ti faccio credere di aver cambiato idea da solo mentre io ti pilotavo come un burattino»?

È una domanda tosta. Da un lato, nessuno vuole un mondo in cui non si possa più cercare di persuadere il prossimo – sarebbe la morte del dialogo (oltre che della pubblicità e di mezzo sistema economico...). Dall'altro, abbiamo tutti diritto a **non essere ingannati deliberatamente**, a non diventare *cavie inconsapevoli* di chi studia o orienta i nostri comportamenti. L'indignazione per l'esperimento su Reddit nasce da qui: non dall'aver tentato di persuadere, ma dall'averlo fatto *senza dirlo e sfruttando informazioni personali* in modo subdolo. E infatti quel caso ha scoperchiato un tema più generale: l'IA manipola meglio, quindi serve urgentemente un'**etica pubblica dell'intelligenza artificiale**, qualcosa che vada oltre le linee guida accademiche e le policy aziendali scritte in legalese.

Che aspetto avrebbe questa etica pubblica dell'IA? Innanzitutto, dev'essere **accessibile ma rigorosa**. Accessibile, perché deve coinvolgere tutti noi – dev'essere un po' *da bar*: discussa alla luce del sole, comprensibile anche per noi poveri pitocchi da bancone. Ma anche rigorosa, perché in gioco c'è la salute della democrazia e della nostra autonomia di pensiero. Servono regole chiare su cosa sia lecito o illecito quando si usano IA per influenzare opinioni e comportamenti. E servono strumenti per applicarle, queste regole, altrimenti restano chiacchiere.

E allora, come ne usciamo? Mi piace pensare che noi scienziati dovremmo prendere esempio dagli **hacker «col cappello bianco»**: quelli che bucavano i sistemi informatici non per rubare, ma per segnalare le falle e renderli più sicuri. Individuare e svelare pericoli, *alla luce del sole*, prima che lo facciano (di nascosto) i malintenzionati. Questo approccio richiede però due cose: apertura e responsabilità. Apertura significa praticare la **open science**, rendere pubblici i dati e i metodi, favorire la collaborazione e la trasparenza. Ma insieme all'apertura serve la responsabilità: condividere conoscenza non deve significare gettare in pasto al mondo un'arma senza sicurezze – tipo, un manuale su come disinformare meglio. In altre parole, **come rendere aperta la scienza, senza aprire la porta ai guai?** Bella domanda, ancora una volta.

INTANTO, DA NOI

Abbiamo bisogno di regole, certo. Ma prima ancora abbiamo bisogno di *consapevolezza collettiva*. La prossima volta che leggiamo un commento online fin troppo convincente, manteniamo un sano scetticismo: potrebbe

essere frutto di un'operazione di *marketing*, di *propaganda* o chissà, magari di un altro esperimento sociale borderline. Allo stesso tempo, pretendiamo trasparenza da chi gestisce queste piattaforme e tecnologie. Un conto è accettare di essere influenzati da un bravo oratore (fa parte del gioco della libertà di parola), un altro è essere manipolati come pedine da entità invisibili.

La buona notizia è che **possiamo ancora giocare un ruolo attivo**. Siamo al bar, dopotutto, e la discussione è aperta. Possiamo chiedere normative migliori, informazione, ricerca etica. Possiamo educarci ed educare gli altri a riconoscere certe *tecniche di persuasione* – dai titoli acchiappa-clic alle *catene di sant'Antonio* 4.0 – e diffidarne. Possiamo sostenere quei ricercatori e innovatori che lavorano *con* il pubblico e non *sul* pubblico, in modo aperto e rispettoso. In fondo, l'IA è uno strumento: potentissimo, sì, ma pur sempre nelle nostre mani. Starà a noi decidere se usarla come **megafono liberamente consensuale** in un'agorà pubblica, oppure come subdola **sirena ammaliatrice** nascosta dietro le quinte.

L'ULTIMO GIRO

Ecco perché la lezione che ci lascia questa storia non è solo «non si fa», ma «serve farlo meglio». Serve ricerca, perché senza ricerca restano solo manipolatori professionisti. Ma serve una ricerca diversa: più coraggiosa nel guardare i rischi, più onesta nel parlarne, e più attenta a costruire alleanze con le comunità che attraversa. Se non impariamo a farlo, ci ritroveremo ancora una volta nella posizione più comoda e più ipocrita: accusare qualche sventurato ricercatore di – scusate, non lo so dire in italiano – malpractice, o misconduct – e nel frattempo continuare a farci manipolare da chi non ci dirà mai cosa ha fatto, come, e soprattutto perché.

Il brindisi finale, dunque, lo voglio fare alla *buona persuasione*: quella onesta, dichiarata, che ti convince con la forza delle idee e non con inganni algoritmici. Alla fine di questa chiacchierata da bar, la domanda resta aperta e ve la giro: *voi che ne pensate?* Vi sentite più spaventati o fiduciosi rispetto a queste storie di bot e manipolazione? **Il dibattito è apertissimo**, ed è un dibattito che dobbiamo portare avanti tutti insieme, con la giusta dose di ironia, senso critico e – perché no – indignazione quando serve. Nel dubbio ordino un altro giro: la discussione promette di essere lunga – e giuro, niente bot.

Bibliografia

1. Bartlett T. 'The Worst Internet-Research Ethics Violation I Have Ever Seen'. *The Atlantic*. Pubblicato online 2 maggio 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theatlantic.com/technology/archive/2025/05/reddit-ai-persuasion-experiment-ethics/682676/
2. u/LLMResearchTeam. Dear r/ChangeMyView users,. r/changemyview (Reddit). 26 aprile 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.reddit.com/r/changemyview/comments/1k8b2hj/comment/mp4vgcm/
3. Moderatori di r/changemyview. META: Unauthorized Experiment on CMV Involving AI-generated Comments. r/changemyview (Reddit). 26 aprile 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.reddit.com/r/changemyview/comments/1k8b2hj/meta_unauthorized_experiment_on_cmv_involving/
4. Ho V. Reddit slams 'unethical experiment' that deployed secret AI bots in forum. *The Washington Post*. 30 aprile 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.washingtonpost.com/technology/2025/04/30/reddit-ai-bot-university-zurich/
5. Spitale G, Biller-Andorno N, Germani F. AI model GPT-3 (dis)informs us better than humans. *Sci Adv*. 2023;9(26):eadh1850. doi:10.1126/sciadv.adh1850
6. Khan I. EA's Battlefront II Response Sets Record For Most Downvoted Comment On Reddit. *Game Informer*. Pubblicato online 13 novembre 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://gameinformer.com/b/news/archive/2017/11/13/ea-39-s-battlefront-ii-response-sets-record-for-most-downvoted-comment-on-reddit
7. Haddad M. Why are thousands of Reddit pages going dark for 48 hours? *Al Jazeera*. 12 giugno 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.aljazeera.com/news/2023/6/12/why-are-thousands-of-reddit-pages-going-dark-for-48-hours
8. Matney L. WallStreetBets goes dark. *TechCrunch*. Pubblicato online 27 gennaio 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://techcrunch.com/2021/01/27/wallstreetbets-goes-dark/
9. Kramer ADI, Guillory JE, Hancock JT. Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2014;111(24):8788-8790. doi:10.1073/pnas.1320040111
10. Booth R. Facebook reveals news feed experiment to control emotions. *The Guardian*. 29 giugno 2014. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theguardian.com/technology/2014/jun/29/facebook-users-emotions-news-feeds
11. Meyer MN. Everything You Need to Know About Facebook's Controversial Emotion Experiment. *Wired*. Pubblicato online 30 giugno 2014. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.wired.com/2014/06/everything-you-need-to-know-about-facebooks-manipulative-experiment/
12. Cadwalladr C, Graham-Harrison E. Revealed: 50 million Facebook profiles harvested for Cambridge Analytica in major data breach. *The Guardian*. 17 marzo 2018. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theguardian.com/news/2018/mar/17/cambridge-analytica-facebook-influence-us-election
13. Information Commissioner's Office. *Investigation into the Use of Data Analytics in Political Campaigns. A Report to Parliament*. Information Commissioner's Office; 2018. Consultato 16 ottobre 2026. https://ico.org.uk/media2/migrated/2260271/investigation-into-the-use-of-data-analytics-in-political-campaigns-final-20181105.pdf
14. Cadwalladr C. Mueller questions Cambridge Analytica director Brittany Kaiser. *The Guardian*. 17 febbraio 2019. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theguardian.com/uk-news/2019/feb/17/brittany-kaiser-trump-russia-robert-mueller-cambridge-analytica
15. Gatlan S. US disrupts AI-powered bot farm pushing Russian propaganda on X. *BleepingComputer*. Pubblicato online 9 luglio 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.bleepingcomputer.com/news/security/us-disrupts-ai-powered-bot-farm-pushing-russian-propaganda-on-x/
16. Spitale G. The role of AI in election interference and political propaganda in Europe. giovannispitale.net. 27 febbraio 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.giovannispitale.net/the-role-of-ai-in-election-interference-and-political-propaganda-in-europe/

17. Petricca R. L'IA sa manipolarci, e lo sta già facendo: cosa dicono gli studi. *Agenda Digitale*. Pubblicato online 19 giugno 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.agendadigitale.eu/cultura-digitale/lia-sa-manipolarci-e-lo-sta-gia-facendo-cosa-dicono-gli-studi/
18. Salvi F, Horta Ribeiro M, Gallotti R, West R. On the conversational persuasiveness of GPT-4. *Nat Hum Behav*. 2025;9(8):1645-1653. doi:10.1038/s41562-025-02194-6
19. Germani F, Spitale G, Biller-Andorno N. The Dual Nature of AI in Information Dissemination: Ethical Considerations. *JMIR AI*. 2024;3:e53505. doi:10.2196/53505
20. Vinay R, Spitale G, Biller-Andorno N, Germani F. Emotional prompting amplifies disinformation generation in AI large language models. *Front Artif Intell*. 2025;8:1543603. doi:10.3389/frai.2025.1543603

6

Curare al buio

Uscito il 5 novembre 2025

AL BANCONE

Sala operatoria al buio. Un telefono fa da lampada. Chi salvi per primo?

Ci sono poche cose che mi fanno sul serio annodare le interiora. Una è il prosecco cattivo. Dell'altra parliamo oggi. Ve lo dico in anticipo: sarà una storia parecchio spiacevole di Bioetica da Bar, peggio che i postumi da limoncello. Molto, molto peggio.

Se vi considerate persone impressionabili, forse questo non è un capitolo per voi: saltatelo pure, ce ne sono altri trentaquattro. Ma sappiatelo: non voler leggere queste storie non le rende meno reali.

Immaginate un ospedale. Fuori, sempre più vicine, si susseguono delle esplosioni. Dentro, un generatore sputazza e tossicchia come un vecchio tabagista incallito. È l'ultimo ancora in funzione, finché con un ultimo rantolo si unisce al coro di silenzio degli altri.

Cala il buio, e scoppia il panico. Sì, perché la corrente elettrica in un ospedale non serve mica solo a far luce. Tiene in funzione macchinari, pompe d'infusione, respiratori, incubatrici, frigoriferi per i farmaci, monitor che ti dicono se un cuore batte o se ha deciso di smettere. Quando la corrente se ne va, non si spengono solo le lampadine: si ferma la vita, in tempo reale.

I chirurghi tirano fuori i cellulari e li usano come torce; un'infermiera pompa ossigeno a mano nel torace di un neonato, ogni tre secondi, per non farlo morire soffocato. I neonati vengono spostati uno accanto all'altro

per condividere il poco ossigeno rimasto. Le pompe delle flebo si fermano: le infusioni vengono regolate «a occhio», contando le gocce, come si faceva mezzo secolo fa. I frigoriferi dei vaccini e dell'insulina si scaldano; le sacche di sangue diventano inutilizzabili.

Fuori, le esplosioni si fanno più ravvicinate. Dentro, il rumore dei telefoni che trillano è l'unico segno di civiltà rimasto. Alcuni medici rifiutano di andarsene, altri cercano di evacuare i pazienti a piedi, trascinandoli su letti di fortuna.

Il principio di neutralità medica – quella regola scolpita nei codici di Ginevra che dice che chi cura non deve mai diventare un bersaglio – si è sbriciolato sotto i bombardamenti. «Chi cura chi» non è più una domanda teorica: è il dilemma quotidiano di chi, in una sala operatoria al buio, deve decidere se restare, fuggire, o scegliere chi salvare prima.

E allora eccoci qui, davanti a un bicchiere, a chiederci una cosa semplice e terribile: cosa resta della medicina, quando la cura stessa diventa un atto politico?

Ora smettete di immaginare. È novembre 2023, e un ospedale così esiste: si chiama Al-Shifa, nella Striscia di Gaza.

La geopolitica e il diritto internazionale non sono le mie aree di competenza. Non sono in grado di entrare nella questione Israele-Palestina da quel punto di vista; non sono preparato per farlo, e quindi non lo faccio. Non ho preferenze «di bandiera» – anzi, in questa storia ho soprattutto forti antipatie per diverse delle molteplici parti coinvolte, per diverse ragioni. Ma non siamo qui per parlare di questo. Sono un bioeticista, e ho una forte propensione a parlare di cose che conosco bene, più che delle mie simpatie o antipatie. Quindi parliamo di etica.

Ve l'ho detto, e lo ripeto: sarà un capitolo duro, spiacevole, torcibudella. Siete ancora in tempo a voltare pagina.

COM'È ANDATA

Riferisce in un messaggio vocale il dottor Mohammed Obeid, chirurgo di Medici Senza Frontiere che all'epoca lavorava ad Al-Shifa, cito:

«La situazione è pessima, non abbiamo connessione, non abbiamo internet. A volte abbiamo un po' di copertura telefonica. Siamo al quarto piano. C'è anche un cecchino che ha sparato a quattro pazienti dentro all'ospedale. Uno è stato colpito direttamente al collo, ed è quadriplegico. Ad un altro ha sparato all'addome. Alcune delle persone che vanno all'esterno dell'ospedale perché volevano andare a sud sono state bombardate. Hanno bombardato le loro famiglie. Nell'ospedale di Al-Shifa, oggi,

da questa mattina, non c'è corrente. Non c'è acqua. Non c'è cibo. Il nostro team è esausto. Abbiamo due pazienti neonati che sono morti perché le incubatrici non funzionano, perché non c'è corrente. Abbiamo anche un paziente adulto in terapia intensiva che è morto perché il respiratore si è fermato, perché non c'è corrente. Possiamo vedere il fumo attorno all'ospedale, l'esercito israeliano ha colpito ogni cosa attorno all'ospedale, e hanno colpito l'ospedale molte volte. La situazione, come dicevo prima, è pessima. Siamo quasi certi di essere soli, ora. Nessuno ci sente. Ma vogliamo che qualcuno ci dia la garanzia che potranno evacuare i pazienti. Perché abbiamo circa 600 pazienti che hanno bisogno di cure e di essere evacuati. Il problema è essere certi che potremo evacuare i pazienti neonati, perché abbiamo tra i 37 e i 40 neonati prematuri. Abbiamo circa 17 altri pazienti in terapia intensiva. Abbiamo circa 600 pazienti, ricoverati, post operazioni, a cui servono cure mediche. Quindi, la situazione è pessima. Ci serve aiuto. Nessuno ci sente.»[1–4]

Il giorno dopo questo messaggio, l'OMS annuncia che l'ospedale non è più funzionante.[5] Alcuni medici e infermieri rimangono al loro posto nonostante i combattimenti, assistendo chi possono; altri sono costretti a fuggire insieme ai pazienti in condizioni di fortuna. Il raid dell'IDF (le forze di difesa israeliane) arriva il 15 novembre 2023.[6,7] Nel frattempo, ambulanze e ospedali diventano bersagli: metà degli ospedali di Gaza chiude nelle prime settimane di guerra, e 22 su 36 risultano fuori uso già entro giugno 2024.[8,9]

E il dottor Obeid, quello del messaggio di prima? Le ultime informazioni pubblicamente disponibili riguardo a lui arrivano da Medici Senza Frontiere. È sopravvissuto alla distruzione dell'ospedale di Al-Shifa, ed ha prestato servizio nell'ospedale Kamal Adwan. Lì è stato arrestato dall'IDF durante un raid militare nell'ospedale, il 26 ottobre 2024.[10] A ottobre 2025 risultava ancora detenuto, senza accuse formali; a luglio 2026, dopo oltre seicento giorni di carcere, Medici Senza Frontiere ne chiedeva ancora il rilascio.[11,12]

Chiaramente il dottor Obeid non è affatto la sola vittima di questa storia, anzi. Non voglio fare conte dei morti e bollettini di guerra – voglio parlare di un angolo specifico e di una questione specifica – la neutralità medica. Quindi, oltre ai drammi delle storie personali, qual è stato l'impatto dell'offensiva israeliana sul sistema sanitario? Secondo un commento di Joelle Abi-Rached e colleghi, uscito nell'agosto 2025 su *BMJ Global Health*, l'offensiva israeliana in seguito agli attacchi di Hamas del 7 ottobre 2023 ha causato la morte di quasi 1000 operatori sanitari (medici, infermieri,

soccorritori) dall'inizio del conflitto.[13] L'OCHA – ufficio di coordinamento sugli affari umanitari delle Nazioni Unite – pubblica periodicamente dei rapporti sulla situazione umanitaria. Nel rapporto 288 del 14 maggio 2025, sulla situazione umanitaria a Gaza, si legge che, fra il 7 ottobre 2023 e il 7 maggio 2025, l'Organizzazione mondiale della sanità ha documentato 686 attacchi contro il sistema sanitario della Striscia.[14] Storie come quella dell'assedio dell'ospedale Al-Shifa hanno evidenziato una violazione diretta delle protezioni umanitarie. Nei raid sugli ospedali, documenta l'Alto Commissariato ONU per i diritti umani, medici, pazienti e accompagnatori venivano portati via e detenuti.[15] Al Consiglio di Sicurezza dell'ONU, il rappresentante dell'OMS per la Cisgiordania e Gaza ha descritto il sistema sanitario come «smantellato sistematicamente e spinto al punto di rottura», con gli ospedali «diventati campi di battaglia».[16]

Curare i malati a Gaza è diventato pericoloso quanto essere al fronte. L'uccisione deliberata di personale medico e la distruzione delle infrastrutture sanitarie sono atti che alcuni studiosi propongono di definire con un termine specifico, «healthocide», ossia omicidio della sanità. Si tratta dell'«uccisione deliberata e/o distruzione di servizi e sistemi sanitari a fini ideologici», una tendenza sempre più evidente nei conflitti odierni.[13] Nel 2024, a livello globale, si sono contati oltre 3.600 attacchi contro la salute in contesti di guerra – il numero più alto mai documentato in un solo anno – con Gaza come epicentro di questa tragica deriva.[17,18]

Uno studio esplorativo di Bilal Hamamra e colleghi, condotto con operatori sanitari e civili di Gaza, evidenzia come la guerra recente abbia «intenzionalmente preso di mira il sistema sanitario» come parte di una strategia più ampia di annientamento della vita palestinese. La conseguenza è stata il collasso dell'infrastruttura medica, la perdita di medici, infermieri e forniture essenziali, nonché un'impennata di problemi di salute: malattie prevenibili dilaganti, madri e neonati senza cure adeguate e traumi psicologici diffusi sia tra i pazienti che tra gli stessi operatori sanitari.[19] In breve, gli attacchi alla sanità a Gaza hanno non solo mietuto vittime nell'immediato, ma degradato significativamente le condizioni di vita e la salute di un'intera popolazione.

In sintesi, credo possiamo affermare senza tema di smentita che il principio di neutralità medica, scolpito nel diritto umanitario dalle Convenzioni di Ginevra, è stato sistematicamente e brutalmente violato sul campo.

Una nota importante: parliamo di Gaza, sì, ma non perché sia l'unico posto in cui succede questa merda. Ormai sapete bene come funziona

Bioetica da Bar: partiamo da una storia, vera e corredata da fonti, per guardare bene al dilemma generale che da quella storia emerge.

Ricordiamocelo: gli ospedali si sono spenti e si spengono anche altrove: in Siria, dove i reparti pediatrici di Aleppo sono stati bombardati come fossero depositi d'armi; in Afghanistan, dove un aereo americano distrusse il trauma center di Médecins Sans Frontières a Kunduz nel 2015; in Ucraina, dove centinaia di strutture sanitarie sono state colpite dall'invasione russa; in Sudan, dove a El Fasher si è operato alla luce fioca dentro container interrati, per non farsi colpire; nello Yemen, dove le milizie fanno irruzione negli ospedali e ne cacciano anche i pazienti gravi.[18,20–22]

Gaza non è più importante di questi luoghi.

Ma ci riguarda più da vicino perché è appena dall'altra parte dello stagno che abbiamo davanti a casa – quello che chiamiamo «Mediterraneo» quando vogliamo sentirci vacanzieri, e «mare nostrum» quando vogliamo sentirci padroni. Come possiamo pensare di prenderci cura del mondo, se non siamo capaci nemmeno di prenderci cura di quello che sta appena fuori dal nostro giardino?

Eppure da qui, da questa sponda comoda, si vedono bene le luci che si spengono una dopo l'altra.

Ma perché questi attacchi agli ospedali?

Partiamo dal perché profondo. Colpire la sanità funziona militarmente perché disorganizza il nemico e spezza la resilienza civile; ed è diventato, purtroppo, un trend globale. Studi recenti parlano dell'eliminazione intenzionale di servizi sanitari come tattica di guerra. Gaza è l'esempio più estremo: uno studio di Danielle Poole e colleghi ha misurato, con immagini satellitari, i danni subiti dagli edifici di Gaza tra il 7 ottobre e il 7 novembre 2023. Lo studio ha concluso che gli ospedali e gli altri edifici hanno subito danni nella stessa misura, cioè gli ospedali non hanno ricevuto la speciale protezione che il diritto internazionale impone: un pattern che, secondo gli autori, solleva dubbi sul rispetto dei principi di distinzione, proporzionalità e precauzione.[23] Altri ricercatori (Yara Asi e colleghi), incrociando sorgenti indipendenti, mostrano danni diffusi e non casuali a sanità, scuole e acqua, cioè a funzioni civili critiche.[24] Un disegno che, se confermato, tradisce la logica di protezione differenziale prevista dal diritto di guerra.

Israele dice che (al solito) è tutta colpa di Hamas: i miliziani avrebbero usato strutture come Al-Shifa per comando e controllo, stoccaggio di armi e persino per trattenere ostaggi. La Casa Bianca ha dichiarato pubblicamente di avere propria intelligence a supporto di questa tesi, ma rifiutando

di divulgare i dettagli; «è un crimine di guerra», ha detto il portavoce John Kirby.[6,25]

Fin qui l'accusa. Che cosa c'è sul tavolo come prova pubblica? L'IDF ha diffuso video e foto di armi, locali sotterranei e tratti di tunnel nell'area di Al-Shifa e ha condotto più raid nel complesso; le immagini ci sono, ma la scala e la funzione strategica attribuite all'ospedale (presentato a tratti come «quartier generale») restano controverse.[7] Testate giornalistiche e ONG hanno osservato che quanto mostrato non basta, da solo, a revocare la protezione speciale che il diritto umanitario accorda agli ospedali, invocando indagini indipendenti.[26]

Qui entra la cornice legale, che è meno pop dei video e delle foto, ma conta di più. In guerra gli ospedali sono protetti. Punto. In linea generale, non si può bombardare un ospedale. Gli ospedali possono perdere la protezione e diventare bersagli di un attacco solo se usati per atti a danno del nemico e dopo un avvertimento inascoltato; anche in tal caso chi attacca un ospedale deve applicare un atteggiamento proporzionale alla minaccia, e precauzioni per minimizzare i danni a pazienti e personale. In breve: anche se un gruppo armato abusa di un ospedale, non scatta la licenza di radere al suolo. Questo è quanto previsto dal diritto umanitario internazionale e dalle Convenzioni di Ginevra, come ricordano Supriya Rao e Alexander Breitegger, consulenti giuridici del Comitato Internazionale della Croce Rossa.[27]

E cosa ci dicono i riscontri sul campo?

Nel periodo 7 ottobre 2023 – 30 giugno 2024 l'Alto Commissariato ONU ha documentato un pattern di attacchi letali su o nei pressi di ospedali a Gaza e di combattimenti «associati» che hanno portato sull'orlo del collasso un sistema sanitario già fragile.[15] Human Rights Watch ha definito «apparentemente illegali» vari colpi su ambulanze e strutture, chiedendo indagini per crimini di guerra.[28] Questi rapporti non assolvono Hamas: ricordano però che le eventuali violazioni di una parte non autorizzano violazioni simmetriche dell'altra.

C'è un altro dettaglio da aggiungere – a me interessa perché una delle cose di cui mi occupo per lavoro è la disinformazione. Dall'ottobre 2023 l'IDF ha spinto molto su video esplicativi e animazioni 3D per mostrare «come funziona» la rete di tunnel e il presunto uso militare degli ospedali. Funzionano benissimo online: sono chiari, dinamici, rassicuranti per chi cerca certezze. Il problema? Più di una inchiesta ha mostrato che una parte di quelle animazioni non è «intelligence visuale» ma composizioni costruite con librerie digitali, modelli presi da contesti non correlati. Roba

scaricata da internet, insomma, che non ha nulla a che fare con Gaza. Un'indagine di *+972 Magazine* ha tracciato 43 animazioni ufficiali, rilevando l'uso di elementi presi da creator commerciali e persino da un museo scozzese (il modello 3D dell'officina navale) riadattati come «ambienti di Gaza», poi rilanciati da media internazionali – spesso, secondo l'inchiesta, come se mostrassero luoghi reali.[29]

Che non vuol dire che tutto sia falso o che non esistano tunnel reali: significa che alcuni materiali sono stati presentati con una patina di veridicità che non corrisponde alla realtà. Questo è un rischio noto nelle guerre d'informazione: se mescoli riprese autentiche, grafica digitale e immagini di stock o decontestualizzate, lo spettatore medio non distingue più ricostruzione da prova. Forensic Architecture, un gruppo di ricerca dell'Università di Londra esperto nell'uso di tecniche di architettura forense, ha passato al setaccio vari materiali visuali presentati da Israele alla Corte Internazionale di Giustizia, documentando annotazioni fuorvianti, etichette improprie e accostamenti che guidano e suggeriscono la lettura di fatti che non corrispondono alla realtà.[30] Le loro relazioni con esempi e immagini sono pubbliche, le trovate nelle note. Come dico spesso, fidarsi è male, le fonti sono meglio. Vi invito a controllare i documenti e farvi un'idea.

Morale: le animazioni 3D possono essere utili per spiegare come potrebbe essere un tunnel; non possono assolutamente sostituire la prova di dov'era e cosa accadeva in un ospedale specifico in un momento specifico. Qui servono catene di custodia, verifiche indipendenti e fonti primarie (geolocalizzazioni, metadati, testimonianze incrociate).

Traduzione da bancone. Possono coesistere due verità scomode:

Hamas può aver sfruttato strutture mediche (se dimostrato, è un crimine e va perseguito);

Molti attacchi israeliani contro ospedali, personale e ambulanze appaiono incompatibili con le regole su protezione, proporzionalità e precauzioni, e vanno indagati come possibili crimini di guerra.

Una non cancella l'altra; si sommano nella tragedia, e nella necessità di rendere conto delle proprie azioni davanti alla legge.

Se vogliamo essere seri, la linea dei fatti è questa:

prove pubbliche finora non risolutive e almeno in parte manipolate sull'uso militare di Al-Shifa da parte di Hamas;

prove robuste di un impatto devastante, probabilmente intenzionale e spesso illegale, degli attacchi dell'IDF agli ospedali e a chi ci lavora;

e un diritto umanitario che non autorizza scorciatoie: né per chi si nasconde tra i pazienti, né per chi bombarda dove i pazienti stanno. Punto.

E ora parliamo di etica.

IL NODO

In teoria, il Diritto Internazionale Umanitario offre protezione speciale agli ospedali e al personale sanitario nelle zone di conflitto. L'Articolo 18 della quarta Convenzione di Ginevra sancisce che gli ospedali civili «non possono in nessuna circostanza essere oggetto di attacco, e devono essere sempre rispettati e protetti».[31] Questa protezione può venir meno solo in circostanze eccezionali definite dall'Articolo 19, ad esempio se una struttura viene usata per scopi militari. Nel caso di Gaza, tuttavia, le condizioni per revocare l'immunità ospedaliera sono state invocate in modo controverso: il governo israeliano ha affermato che combattenti di Hamas si nascondevano ad Al-Shifa e in altre strutture sanitarie, usando ciò come giustificazione per le operazioni armate. Bioeticisti (tipo il mio amico Zohar Lederman – ciao Zohar) criticano questa interpretazione: «la sostanza e il linguaggio dell'Articolo 19 si dimostrano inadeguati» di fronte alla realtà attuale.[31] Attaccare un ospedale pieno di feriti non può essere legittimato da cavilli, sostengono, tant'è che viene proposto di rivedere e rafforzare le tutele legali affinché simili strutture restino protette salvo una minaccia concreta dall'interno.[31]

Zohar scrive che gli ospedali, in generale e a Gaza in particolare, dovrebbero avere una protezione speciale, e chiama tutti a condannare gli attacchi ingiusti alla sanità.[31] In effetti, i direttori regionali di tre agenzie ONU (UNFPA, UNICEF e OMS) hanno dichiarato congiuntamente «inaccettabili» gli attacchi contro le strutture sanitarie e i civili, affermando che «il mondo non può restare in silenzio mentre luoghi di cura, che dovrebbero essere rifugi sicuri, vengono trasformati in scene di morte, devastazione e disperazione».[8]

Gli attacchi a Gaza mostrano che operatori e strutture sanitarie non godono più di quell'«immunità» tradizionalmente garantita. Ciò rappresenta un pericoloso precedente a livello globale: se oggi un esercito può impunemente colpire ospedali dichiarando «necessità militari», domani altri potranno sentirsi autorizzati a fare lo stesso. Il risultato è un'erosione del patto di fiducia che sta alla base della medicina in guerra. Questi attacchi sfacciati stanno togliendo ai medici e agli ospedali la protezione che il diritto umanitario garantiva loro.[13] A lungo termine, normalizzare o giustificare la violenza contro la sanità mina l'intero principio di neutra-

lità, incoraggiando future violazioni e distruggendo l'idea che in guerra possa esistere uno spazio sicuro e neutrale per curare chi soffre.

Curare tutte le persone, senza distinzione – «chiunque soffra, punto» – è il fondamento deontologico della medicina. In guerra, questo ideale viene messo alla prova. A Gaza, la devastazione del sistema sanitario ha costretto i medici a decisioni impensabili. Nelle sale operatorie al buio di Al-Shifa, ogni scelta era un dilemma di vita o di morte: chi salvare per primo con le risorse limitate? Chi lasciar morire per mancanza di anestetici, ventilatori, personale? Il dottor Husam Abukhedeir, primario di neurochirurgia a Al-Shifa, ha descritto scene agghiaccianti: «Teschi completamente fracassati, cervelli che colavano, schegge ovunque nel cranio» – ferite gravissime ovunque.[32] Con poche sale operatorie agibili e scorte quasi esaurite, non c'erano abbastanza risorse per salvare tutti i pazienti, racconta. È dovuto arrivare al punto di scegliere chi operare e chi no, una decisione che gli ha lacerato il cuore.[32,33] Questo tipo di triage bellico, dove il medico decide chi avrà una chance e chi probabilmente morirà, sovverte ogni etica ordinaria: il curante è costretto a fare distinzioni che in tempo di pace sarebbero inaccettabili.

Il dilemma si aggrava perché anche restare a curare diventa una scelta pericolosa e politicamente connotata. In condizioni normali, la neutralità impone al medico di «non prendere parte» al conflitto, limitandosi a curare i feriti di qualsiasi fazione. Ma a Gaza «curare qualcuno» rischia di essere visto come schierarsi con quella persona. Le Forze di Difesa Israeliane hanno accusato gli ospedali di proteggere miliziani nemici; di conseguenza, medici e infermieri palestinesi sono stati trattati alla stregua di combattenti. Nei mesi di guerra, centinaia di operatori sanitari di Gaza sono stati arrestati e detenuti dalle forze israeliane, molti senza capi d'accusa.[13] Alcuni medici, strappati dalla sala operatoria durante i raid, hanno denunciato torture e abusi durante la detenzione – percosse, privazione di cibo e sonno, umiliazioni – apparentemente «perché erano medici» attivi negli ospedali di Gaza.[17] In altre parole, l'atto stesso di curare i palestinesi feriti è stato interpretato come un atto ostile. Restare neutrali, in questo contesto, avrebbe potuto significare abbandonare i pazienti al loro destino; ma assisterli ha significato esporsi all'accusa di essere «complici del nemico». È un paradosso veramente crudele: la cura, da sempre considerata al di sopra delle parti, viene politicizzata e criminalizzata.

Questa realtà estremizza il concetto di neutralità medica. Tradizionalmente, la neutralità prevede un «luogo separato dalla politica», in cui medici e pazienti siano protetti dalla logica amico-nemico. Nella pratica,

però, tale separazione può diventare una finzione quando l'intero contesto è altamente politicizzato. Uno studio condotto in un contesto di conflitto simile mostra che il divieto di «fare politica» in corsia spesso porta a ignorare le cause strutturali della sofferenza. Nel pronto soccorso di un ospedale di Gerusalemme, personale di pronto soccorso intervistato nel 2019 riconosceva rischi sanitari specifici per i pazienti arabi, ma evitava di collegarli agli effetti del conflitto, ricorrendo a spiegazioni «culturali» depoliticizzate. In altre parole, scrivono Zvika Orr e colleghi, la neutralità come «antipolitica» rischia di silenziare la realtà, distogliendo l'attenzione dalle responsabilità della guerra sulle disuguaglianze di salute.[34] A Gaza, però, la guerra entra in ospedale con prepotenza: non si può ignorare il fatto che sparare su un'ambulanza o impedire rifornimenti medici è un atto politico oltre che medico.

INTANTO, DA NOI

Ogni volta che un ospedale diventa bersaglio, non muoiono solo medici e pazienti. Muore anche l'idea che la medicina possa rimanere al di sopra della guerra, neutrale e inviolabile. Di fronte a questa realtà, molti nella comunità medica internazionale si interrogano: come reagire? Tacere, mantenendo una rigorosa neutralità, significa nei fatti accettare lo status quo e lasciare che i pazienti muoiano senza denunciare i colpevoli. D'altro canto, denunciare apertamente queste violazioni potrebbe essere visto come un atto «politico», quindi parziale. È un dilemma morale inedito per la professione sanitaria.

Joelle Abi-Rached e colleghi hanno lanciato un appello chiaro: di fronte alla trasformazione della sanità in arma di conflitto il silenzio non è un'opzione. «Il silenzio implica complicità, assenso o la tolleranza dei doppi standard», ammoniscono: tutte cose in aperto contrasto con il diritto umanitario e con la deontologia medica.[13] Al contrario, invitano i professionisti di tutto il mondo a prendere posizione: documentare gli abusi, esporli, chiedere giustizia e rispetto delle convenzioni. Secondo questi esperti, non si tratta di abbandonare la neutralità medica, bensì di reinterpretarla correttamente: «Neutralità medica non significa apoliticità; per noi significa schierarsi con l'umanità, la giustizia sociale e politiche che permettano la salute».[13] In questo senso, denunciare i massacri di civili e gli attacchi agli ospedali è parte integrante del dovere medico, al pari del curare i feriti. Rinunciare a parlare equivarrebbe a tradire lo spirito stesso della medicina.

L'ULTIMO GIRO

Gaza oggi è la radiografia di un mondo rotto, in cui i medici in prima linea non possono più dare per scontato quel patto di neutralità che un tempo li proteggeva: chi presta soccorso viene ucciso, chi dovrebbe essere intoccabile diventa un bersaglio. Eppure, proprio dalle macerie di Al-Shifa e dagli ospedali martoriati, giunge un messaggio di straziante umanità e resistenza etica. Finché ci saranno medici disposti a operare alla luce di un cellulare per salvare una vita, finché infermiere e infermieri continueranno a ventilare manualmente un neonato pur sapendo di rischiare la propria vita, l'ideale della medicina al di sopra della guerra non sarà morto. Sta ora alla comunità internazionale – e a ciascuno di noi – raccogliere quell'ideale, denunciare l'ingiustizia e ribadire con forza che gli ospedali non sono un campo di battaglia. La neutralità medica va difesa non con il silenzio, ma con il coraggio della cura e della parola. Soltanto così salvaguarderemo quel pezzo di civiltà che vede, nel più buio degli scenari bellici, il medico come ultimo baluardo di umanità.

E ora qualche domanda per voi, per provare a capire meglio questa storia mettendoci nei panni delle persone direttamente coinvolte, e sentire sulla nostra pelle l'intensità dei dilemmi etici che nascono dal bombardamento degli ospedali.

Sei l'autista di un'ambulanza a Gaza. Alla radio una voce gracchia «fuoco intermittente sul ponte». Il ferito dietro di te geme, il paramedico tiene compressa una garza che si imbeve troppo in fretta. Davanti, due curve e poi il checkpoint: a sinistra, un vicolo coperto di macerie; a destra, la strada «ufficiale» sotto tiro. Hai una sirena che urla e un cronometro che corre più veloce del cuore. Se sfondi adesso, forse passi. Forse no. Se aspetti il «via libera», forse non arriverà mai. Che strada scegli? E soprattutto: che prezzo sei disposto a far pagare al corpo di chi stai trasportando?

Sei il soldato al checkpoint. Il giubbotto ti pesa sulle spalle come una colpa che non ti appartiene. Davanti a te un'ambulanza: lampeggianti spompati, un paramedico che mostra una cartella plastificata, dentro un uomo che sanguina decisamente troppo in fretta. Le regole dicono «controllo completo», la paura dice «potrebbe esserci un'arma». Il tuo superiore ti rimbomba nelle orecchie: «nessuna eccezione». Ma il paramedico insiste: «Se ci fermiamo, muore qui». Hai due strade: lasciarla passare e scommettere sulla tua fiducia; fermarla e scommettere sulla sua morte. Se sbagli, chi muore? E se hai ragione, cosa resta di te dopo?

Per finire, sei tu. Sul divano, dal lato giusto del Mediterraneo, una tazza tiepida e questo libro in mano. Leggi, e a ogni frase ti dici «che schifo,

poveri loro». Poi vibra il telefono: un'offerta su scarpe nuove, e il pollice ci va da solo. Hai pochi istanti prima che il doom scrolling ti risucchi di nuovo: cosa fai, adesso? Una donazione mirata dove servono incubatrici e carburante? Una lettera al deputato per chiedere che chi bombarda ospedali paghi davvero, con sanzioni vere? Una mail al tuo giornale locale: «pubblicate dati, non animazioni»? Una discussione a scuola o al lavoro domani mattina, con fonti sul tavolo invece di slogan? Magari prestare questo libro a qualcuno?

Oppure niente, una carezza al gatto e si volta pagina. Che storia vuoi raccontarti stasera, quando spegni la luce?

Brindiamo a chi tiene accesa la luce quando il mondo la spegne: che il nostro silenzio non sia il prossimo blackout.

Bibliografia

1. Doctors Without Borders/MSF-USA. A voice from Gaza's Al-Shifa Hospital: "We are alone now. No one hears us". Doctors Without Borders/MSF-USA. 11 novembre 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.doctorswithoutborders.org/latest/voice-gazas-al-shifa-hospital-we-are-alone-now-no-one-hears-us
2. *«No one hears us,» Doctor in Gaza's Al-Shifa Hospital Describes the Harrowing Scene*. 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.youtube.com/watch?v=R0sWb4LGBwI
3. Médecins Sans Frontières. *Gaza: Patients and Medical Staff Trapped in Hospitals under Fire*. Médecins Sans Frontières; 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.msf.org/gaza-patients-and-medical-staff-trapped-hospitals-under-fire
4. Saarinen N. Al-Shifa hospital has become a focal point in Israel's war. Doctors say they are trapped inside with patients. *ABC News (Australia)*. 14 novembre 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.abc.net.au/news/2023-11-14/al-shifa-doctors-say-they-are-trapped-inside-with-patients/103102444
5. WHO Chief: Al-Shifa no longer functioning as hospital. *Gulf Times*. 13 novembre 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.gulf-times.com/article/671723/international/who-chief-al-shifa-no-longer-functioning-as-hospital
6. US will not share intel on Hamas and Al Shifa hospital - White House. *Reuters*. 16 novembre 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.reuters.com/world/us-will-not-share-intelligence-connecting-hamas-al-shifa-hospital-white-house-2023-11-16/
7. McKernan B. IDF publishes footage of what it says is Hamas tunnel at al-Shifa hospital. *The Guardian*. 19 novembre 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theguardian.com/world/2023/nov/19/idf-israel-army-footage-claims-hamas-tunnel-al-shifa-hospital-gaza
8. UNFPA, UNICEF, World Health Organization. *UNFPA, UNICEF and WHO Regional Directors Call for Immediate Action to Halt Attacks on Health Care in Gaza*. UNICEF Middle East and North Africa; 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.unicef.org/mena/press-releases/unfpa-unicef-and-who-regional-directors-call-immediate-action-halt-attacks-health
9. Abuelaish I, Musani A. Reviving and rebuilding the health system in Gaza. *East Mediterr Health J*. 2025;31(2):56-58. doi:10.26719/2025.31.2.56
10. Doctors Without Borders/MSF-USA. Gaza: MSF calls for safety and information on missing doctor. Doctors Without Borders/MSF-USA. 26 ottobre 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.doctorswithoutborders.org/latest/gaza-msf-calls-safety-and-information-missing-doctor
11. Doctors Without Borders/MSF-USA. MSF denounces killing of 14th staff member in Gaza. Doctors Without Borders/MSF-USA. 2 ottobre 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.doctorswithoutborders.org/latest/msf-denounces-killing-14th-staff-member-gaza

12. Maguire C. MSF demands Israel release detained Palestinian healthcare workers. *Al Jazeera*. 20 luglio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.aljazeera.com/news/2026/7/20/msf-demands-israel-release-detained-palestinian-healthcare-workers
13. Abi-Rached JM, Sharara AI, Nasrallah MP, Abiad F. Healthocide and medical neutrality: a call for action and reflection. *BMJ Glob Health*. 2025;10(8):e018656. doi:10.1136/bmjgh-2024-018656
14. OCHA. *Humanitarian Situation Update #288 | Gaza Strip*. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs – Occupied Palestinian Territory; 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ochaopt.org/content/humanitarian-situation-update-288-gaza-strip
15. UN Office of the High Commissioner for Human Rights. *Thematic Report – Attacks on Hospitals during the Escalation of Hostilities in Gaza (7 October 2023 – 30 June 2024)*. UN Office of the High Commissioner for Human Rights; 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ohchr.org/en/documents/reports/thematic-report-attacks-hospitals-during-escalation-hostilities-gaza-7-october
16. UN Security Council. *Security Council Debates Israeli Attacks on Hospitals Allegedly Misused by Hamas, as UN Rights Chief Urges Independent Probes*. United Nations, Meetings Coverage and Press Releases; 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://press.un.org/en/2025/sc15959.doc.htm
17. Hall R. 'Healthocide': experts warn of rise in targeting of health services in conflict. *The Guardian*. 5 agosto 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theguardian.com/world/2025/aug/05/healthocide-doctors-hospitals-targeted-gaza
18. Safeguarding Health in Conflict Coalition, Insecurity Insight. *Epidemic of Violence: Violence Against Health Care in Conflict 2024*. Safeguarding Health in Conflict Coalition; 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://shcc.pub/AnnualReport2024
19. Hamamra B, Abuzant M, Mahamid F. The Decimation of Gaza's Health Care System—Hospitals Destroyed and Lives Endangered. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*. 2026;56(1):30-40. doi:10.1177/27551938251378096
20. Germanos A. 'Outrageous Targeting' as Doctors Without Borders Supported Hospital in Syria Bombed. *Common Dreams*. 28 aprile 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.commondreams.org/news/2016/04/28/outrageous-targeting-msf-supported-hospital-syria-bombed
21. Médecins Sans Frontières. Kunduz hospital attack in depth. MSF. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.msf.org/kunduz-hospital-attack-depth
22. WHO Regional Office for Europe. *Kherson Maternity Ward Struck as Attacks on Ukraine's Health Care Escalate and the Fourth Winter of Full-Scale Invasion Sets In*. WHO Regional Office for Europe; 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/europe/news/item/05-12-2025-kherson-maternity-ward-struck-as-attacks-on-ukraine-s-health-care-escalate-and-the-fourth-winter-of-full-scale-invasion-sets-in
23. Poole DN, Andersen D, Raymond NA, et al. Damage to medical complexes in the Gaza Strip during the Israel–Hamas war: a geospatial analysis. *BMJ Glob Health*. 2024;9(4):e014768. doi:10.1136/bmjgh-2023-014768
24. Asi Y, Mills D, Greenough PG, et al. 'Nowhere and no one is safe': spatial analysis of damage to critical civilian infrastructure in the Gaza Strip during the first phase of the Israeli military campaign, 7 October to 22 November 2023. *Confl Health*. 2024;18(1):24. doi:10.1186/s13031-024-00580-x
25. Hunnicutt T. White House says it has evidence Hamas using Al Shifa hospital to run military actions. *Reuters*. 14 novembre 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.reuters.com/world/middle-east/white-house-says-it-has-evidence-hamas-using-al-shifa-hospital-run-military-2023-11-14/
26. HRW: Israeli evidence so far insufficient to revoke Shifa's protections. *Reuters*. 16 novembre 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.reuters.com/world/middle-east/hrw-israeli-evidence-so-far-insufficient-revoke-shifas-protections-2023-11-16/
27. Rao S, Breitegger A. Reaffirming IHL's specific protection of hospitals. Humanitarian Law & Policy Blog (ICRC). 27 maggio 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://blogs.icrc.org/law-and-policy/2025/05/27/reaffirming-ihl-s-specific-protection-of-hospitals/

28. Human Rights Watch. *Gaza: Unlawful Israeli Hospital Strikes Worsen Health Crisis*. Human Rights Watch; 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.hrw.org/news/2023/11/14/gaza-unlawful-israeli-hospital-strikes-worsen-health-crisis
29. Ziv O. How a Scottish maritime museum ended up in Israel's 3D propaganda videos. *+972 Magazine*. Pubblicato online 8 ottobre 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.972mag.com/israeli-army-3d-propaganda-animations/
30. Forensic Architecture. *An Assessment of Visual Material Presented by the Israeli Legal Team at the International Court of Justice (ICJ)*. Forensic Architecture; 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://forensic-architecture.org/investigation/assessment-israeli-material-icj-jan-2024
31. Lederman Z. International Humanitarian Law and the Immunity of Hospitals in Gaza. *Bioethics*. 2026;40(1):12-20. doi:10.1111/bioe.13433
32. Yousry F. Why this neurosurgeon chose to stay in his beloved Gaza — and why he left. *NPR (Connecticut Public)*. 2 febbraio 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ctpublic.org/2024-02-02/why-this-neurosurgeon-chose-to-stay-in-his-beloved-gaza-and-why-he-left
33. Yousry F. For one doctor, becoming a neurosurgeon in Gaza was an uphill battle. *NPR (WKAR Public Media)*. 18 febbraio 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.wkar.org/2024-02-18/for-one-doctor-becoming-a-neurosurgeon-in-gaza-was-an-uphill-battle
34. Orr Z, Jackson L, Alpert EA, Fleming MD. Neutrality, conflict, and structural determinants of health in a Jerusalem emergency department. *Int J Equity Health*. 2022;21(1):89. doi:10.1186/s12939-022-01681-w

7

Sepolti vivi

Uscito il 12 novembre 2025

AL BANCONE

Nel silenzio tombale di una notte di novembre, in un cimitero, si ode improvvisamente un disperato e flebile «*dlin dlin*» – un campanellino. Un respiro soffocato. Urla, bestemmie, e unghie che graffiano frenetiche il legno di una bara, *da dentro*. Sembra l'inizio di un film horror, e invece era il peggior incubo di molte persone tra Settecento e Ottocento. Altro che zombie o vampiri: la paura era di essere sepolti vivi per errore, svegliarsi imprigionati sottoterra e morire davvero, soffocati, di fame o di paura, bussando invano dal proprio feretro. Lo disse persino George Washington al suo segretario, il giorno della sua morte (nel 1799): «Sto per andarmene. Fatemi seppellire in modo dignitoso e non lasciate che il mio corpo venga messo nella cripta prima che siano trascorsi almeno tre giorni dalla mia morte. Avete capito?».[1]

Vi viene già l'angoscia? Oggi parliamo di campanelli sulle tombe, bare steampunk e della sottile linea tra la vita e la morte. Pronti a far luce su questo incubo sotterraneo?

COM'È ANDATA

Non è solo leggenda urbana da raccontare a Halloween. Nel XVIII secolo il timore di finire sepolti vivi era così concreto che coinvolse luminari della medicina e dell'erudizione dell'epoca. Pensate che nel 1740 un famoso anatomista, Jacques-Bénigne Winslow, firmò una tesi latina sull'incertezza

dei segni della morte, destinata a fare scalpore.[2] Winslow sosteneva una cosa inquietante: la morte è inevitabile, ma riconoscerla con certezza è tutt'altro che facile. Anzi, secondo lui l'unico segno infallibile di morte era la putrefazione del corpo.[3,4] Detto altrimenti: finché il cadavere non puzzava e non mostrava segni di decomposizione, non si poteva essere sicuri al 100% che la persona fosse davvero morta!

Nelle edizioni successive, ampliate dal suo traduttore, il libro si riempì di storie e aneddoti di «morti apparenti» tratti sia dalla letteratura che dalla cronaca, raccontando di persone risvegliatesi sul tavolo autoptico o addirittura durante il proprio funerale. Concludeva che bisognava ritardare la sepoltura finché non comparivano chiari segni di putrefazione, altrimenti il rischio di seppellire vivi era concreto. E proponeva anche metodi per *risvegliare* i presunti morti: da cose più classiche, tipo accostare una fiammella al naso e alla bocca per rilevare flebili segni di respiro, a stimolazioni sensoriali «innovative» come strofinare aglio, cipolle e rafano su naso e gengive, o versare urina in bocca al soggetto incosciente, o addirittura somministrare al supposto cadavere un generoso clistere di fumo di tabacco per irritare gli intestini.[3] Tipo «ti gonfio come una zampogna» – letteralmente.

Le idee di Winslow fecero scalpore e misero in circolo la tafofobia (la paura della sepoltura prematura) in tutta Europa. Nel 1742 il medico francese Jean-Jacques Bruhier d'Ablaincourt rilanciò il dibattito traducendo in francese e commentando il testo di Winslow: non solo traduzione, ma un vero «pacchetto editoriale» con note, apparato esplicativo e una rassegna delle pratiche funerarie che allargava il pubblico oltre i tecnici.[5] La storia editoriale del lavoro di Winslow è molto interessante, vi lascio nelle note i riferimenti delle varie versioni.

A partire dall'edizione francese, Bruhier accumulò e raccontò decine di «casi» di morte apparente, risvegli durante le esequie e dissezioni interrotte all'ultimo, con consigli pratici per evitare errori: una scelta narrativa che spostò l'ago dalla cautela clinica all'impatto emotivo sul lettore.[4,5]

L'effetto? Ansia collettiva e pressioni per ritardare le sepolture o predisporre osservazioni prolungate, con un'eco che attraversò decenni: secondo la letteratura scientifica recente, la paura così diffusa fu sproporzionata rispetto al rischio reale.[4] Eppure cambiò sia l'immaginario che le pratiche.

Tra fine Settecento e Ottocento alcune città dell'area tedesca istituirono vere e proprie *case d'attesa per i morti*, dove i corpi venivano mantenuti in osservazione per più giorni prima dell'inumazione, proprio per scon-

giurare errori.[6] A Parigi, invece, nell'Ottocento la Morgue esponeva gli ignoti per permetterne l'identificazione pubblica: misura diversa nello scopo, ma che consolidò nell'immaginario l'idea di «corpi in attesa» e di prudenza contro le sepolture affrettate.[7] In generale, il dibattito medico-legale settecentesco contribuì a scoraggiare i funerali troppo rapidi e a normalizzare periodi di attesa prima della sepoltura, sebbene la durata e le forme variassero da luogo a luogo.

Uno potrebbe chiedersi: università, medici, e istituzioni assortite, come la vedevano 'sta faccenda? Beh... l'edizione francese di Bruhier del 1742 uscì con l'approvazione e il privilegio reale, segno che il tema entrò nei circuiti ufficiali dell'epoca.[5] Sul piano medico, il clima di allarme suscitato da Winslow e Bruhier generò anche reazioni «anti-panico». Il chirurgo Antoine Louis intervenne nel 1752 con le *Lettere sulla certezza dei segni della morte*, un volume che si proponeva esplicitamente di «rassicurare i cittadini dalla paura di essere sepolti vivi», riportando osservazioni cliniche e prove sperimentali (ad esempio sugli annegati), per distinguere meglio i segni certi da quelli equivoci.[8]

In altre parole, Louis fu la voce che provò a smontare il sensazionalismo con metodo e prudenza clinica, opponendo al catalogo di casi impressionanti una grammatica dei segni affidabili della morte.[4,8]

Da notare il contesto: siamo nel Secolo dei Lumi, ma la gente andava ghiottissima di cronaca nera sensazionalista. Fogli volanti e pamphlet su omicidi efferati si vendevano come il pane al pubblico delle esecuzioni, alimentando immaginari cupi ben oltre i dati reali.[9,10] Nel frattempo, nell'Impero asburgico circolano rapporti ufficiali su presunti casi di vampirismo (es. il *Visum et repertum* del 1732, dalla Serbia), e quando nel 1755 se ne parla in Moravia Maria Teresa manda due medici a indagare e a chiedere un parere al medico di corte van Swieten: la sua relazione del 1755 liquida la faccenda in termini medici e spinge a vietare profanazioni «anti-vampiro».[11–13] Voltaire, nelle *Questions sur l'Encyclopédie*, se ne fa beffe: i «Vampires» diventano bersaglio perfetto del sarcasmo illuminista contro la superstizione.[14] Pensateci: paura del vampiro non morto e paura di NON essere morti davvero – due facce della stessa ansia. Insomma, l'Illuminismo si leggeva l'*Enciclopedia* di giorno, e i racconti dei sepolti vivi di notte!

Quando la paura bussa dal sottosuolo, l'ingegno umano... le risponde col campanello! Dalla fine del '700 in poi, in tutta Europa proliferarono invenzioni tecnologiche per scongiurare il rischio di sepoltura prematura. Dopotutto, se il problema è che il «morto» potrebbe non essere morto,

la soluzione è semplice: mettiamolo in condizione di dare un segno se si risveglia nella bara!

La prima idea fu la più ovvia: installare un sistema d'allarme nelle bare. Si racconta che il duca Ferdinando di Brunswick, nel 1792, si fosse fatto costruire una «bara di sicurezza» personalizzata: invece del coperchio sigillato c'era una serratura apribile dall'interno, una finestra per far entrare luce e un tubo di aerazione per portare aria fresca. E avrebbe voluto persino due chiavi cucite nel sudario – una per aprire la bara e una per aprire la porta della sua tomba, pronto all'eventuale evasione post-mortem.

Nel frattempo, in area tedesca prende piede l'idea delle case d'attesa per i «morti in dubbio» (le *Leichenhäuser* a cui abbiamo accennato prima). Su impulso del medico Christoph Wilhelm Hufeland (un altro convinto dell'incertezza dei segni della morte), il primo Leichenhaus viene progettato a Weimar nel 1791 e aperto nel 1792: i corpi sono tenuti in osservazione per più giorni, con sistemi di allarme (cordicelle collegate a campanelle) per segnalare eventuali movimenti.[6,15,16]

L'idea si diffonde e alcune strutture successive sperimentano dispositivi più fantasiosi. *Su questo ho trovato solo fonti secondarie, quindi non so esattamente quanto crederci, ma è troppo grazioso per non citarlo:* a Monaco di Baviera è documentato persino un organo a mantice pensato per avvisare il guardiano in caso di «risveglio».[16] Immaginate la scena: il guardiano notturno sorseggia una birra mezzo addormentato, e all'improvviso dalle camere mortuarie parte un [...] organo spettrale perché il signor Schmidt al letto 6 ha mosso un dito. *Probabilmente un falso allarme dovuto ai gas post-mortem, ma abbastanza per far venire un infarto al guardiano.* Bella storia, ma ribadisco il caveat: siamo nel territorio del 'si dice' dotto.

Parallelamente, i creatori di bare aggiungevano gadget degni di James Bond. L'idea base era sempre il campanello: a fine '800 molti brevetti presentavano bare con una cordicella legata al polso del defunto che, se tirata, faceva suonare un campanello in superficie.[17] Un metodo semplice ma non infallibile: c'era il rischio che terra o rigonfiamenti del legno bloccassero la corda, oppure che il campanello venisse attivato per sbaglio dal movimento di gas (immaginate i poveri parenti che sentono trillare la tomba la notte con dentro un morto vero... brividi!). Allora spuntarono varianti creative: bandierine che schizzavano fuori dalla tomba, fiaccole pirotecniche che si accendevano all'occorrenza... Un inventore tedesco propose di collegare ogni bara alle campane della chiesa con una corda – così il «risorto» avrebbe suonato direttamente a distesa dal camposanto.[18] Si racconta perfino di un tubicino-annusatore: il prete di turno doveva

passare tra le tombe e sniffare da un piccolo tubo collegato alla bara. Se sentiva odore di putrefazione, tutto ok (cadavere morto); niente odore, cadavere sospetto; urla dal tubo, cadavere decisamente vivo. Un lavoro ingrato, ma qualcuno doveva pur farlo... «Buona giornata Don Giuseppe, vada a naso!».

Non è fantasia: decine di brevetti di bare salvavita vennero registrati tra Ottocento e primo Novecento.[17,18] E si racconta della bara col coperchio a scatto (bastava premere un pulsante e si apriva dall'interno), e di quella col vetro rompibile sopra la faccia (in caso di risveglio spaccavi il vetro per far entrare aria e attirare attenzione). Insomma, un mix di ingegnosità macabra e marketing della paura.

In questo clima a metà tra scienza e follia, c'era chi portò la cosa all'estremo. Secondo le ricostruzioni storiche, nel 1822 il medico Adolf Gutsmuth si fece seppellire vivo per alcune ore in un *safety coffin* di sua invenzione, comunicando attraverso un tubo – una sorta di *show* per provare che l'allarme e l'aerazione funzionavano. Si racconta che durante uno di questi esperimenti si concesse addirittura un lauto pasto sottoterra per provare quanto era a suo agio là dentro![18] Un banchetto *alla faccia* della morte, letteralmente. *Pare che sia sopravvissuto per raccontarlo, e per vendere qualche bara.*

Case d'attesa, bare steampunk... Funzionò? Diciamo che fu più che altro un costoso placebo, e durò a lungo: a Karlsruhe, nel 1927, i morti erano ancora collegati a un campanello in casa del custode.[6] Senza salvare praticamente nessuno. Nelle carte non risulta un solo caso di risveglio: lì, per dire, non è documentato che l'allarme sia mai scattato per un vivo.[6] E le cordicelle legate a mani e piedi avrebbero suonato comunque, ogni volta che un corpo si gonfiava decomponendosi.[18] Forse avevano esagerato con la prudenza: tanto rumore (e puzza) per nulla.

Col passare dei decenni la medicina cominciò a dissipare i dubbi con strumenti più seri. Nel 1819 arrivò lo stetoscopio: René Laennec l'aveva inventato tre anni prima, arrotolando un quaderno per non dover poggiare l'orecchio sul petto di una giovane paziente.[19] Lo stetoscopio permetteva ai medici di auscultare il battito cardiaco con maggior precisione. A metà '800 si scoprì e misurò l'attività elettrica del cuore e nel 1903 Einthoven introdusse l'elettrocardiografo – l'ECG.[20] Nel 1924 Hans Berger registrò per la prima volta l'attività elettrica del cervello umano, e nel 1929 la pubblicò: l'elettroencefalogramma (EEG).[21,22] Insomma, finalmente si poteva «ascoltare» meglio se un cuore o un cervello erano veramente spenti. E infatti, man mano che queste tecnologie si diffondevano, le bare con i

campanelli e le case mortuarie divennero obsolete. Pian piano l'evidenza si fece strada: i sistemi moderni dimostravano di saper distinguere i vivi dai morti con sicurezza sempre maggiore, e il terrore di risvegliarsi nella cassa iniziò a scemare.

D'altra parte, la storia delle bare di sicurezza ci lascia una domanda inquietante.

IL NODO

Ed eccoci al nodo bioetico della faccenda, da brividi quasi più del fatto in sé. La domanda è: *era peggio il rischio di seppellire qualcuno vivo, oppure quello di tenere i cadaveri troppo a lungo «nel limbo» prima di seppellirli?* In altre parole, qual è l'errore meno grave: un funerale anticipato o uno posticipato? Su questo si dibatteva molto.

Proviamo a metterci nei panni della gente dell'epoca: da un lato c'è l'orrore assoluto di condannare una persona, magari recuperabile, a morire soffocata sottoterra. Un errore che equivale a un omicidio che, per quanto colposo e non doloso, rimane atroce. Dall'altro c'è il timore (*decisamente* più concreto) di lasciare i defunti a lungo non sepolti: problematico per motivi igienici (rischio di odoracci, e più importante, di malattie), religiosi (la sepoltura rapida come atto di pietà) e anche psicologici per i familiari, costretti a vegliare per giorni un corpo senza vita. Nel Sette-Ottocento, durante le grandi epidemie (peste, colera, tifo), spesso si procedeva a sepolture rapidissime proprio per scongiurare i contagi. Ma così facendo aumentava il rischio di fretta fatale: qualche moribondo poteva finire «smaltito» insieme ai morti, come racconta già Daniel Defoe – quello di *Robinson Crusoe*, per intenderci – per la peste di Londra del 1665.[23]

Chiediamoci: *noi al posto loro cosa preferiremmo?* Se foste vissuti nel 1800, avreste accettato il rischio (remoto) di essere sepolti vivi pur di avere funerali rapidi e igiene, oppure avreste preteso di tenere il corpo in osservazione finché anche l'ultimo dubbio fosse fugato, accettando la certezza del tanfo e il rischio di epidemie? È più etico proteggere la vita a tutti i costi (anche quando sembra spenta, e a costo di porre un rischio concreto ai vivi) o proteggere i vivi dai morti, a costo di rischiare di interrare qualcuno che non è ancora morto? Domanda tosta, vero? E no, la risposta non può essere «beh dipende se il probabile morto sono io, oppure mia suocera». *Questo si chiama doppiopesismo.*

INTANTO, DA NOI

Se il dilemma riguardo alle sepolture premature è qualcosa che ormai non ci riguarda più, grazie ai progressi della medicina, la questione più generale riguardo al confine tra vita e morte – e alla scelta, o alla responsabilità, legata al suo attraversamento – ci riguarda ancora da vicino. Dove sta esattamente quel confine? Per secoli l'abbiamo basato su segni esterni: il battito del cuore, il respiro, il calore del corpo... segnali che però, come si è visto, possono ingannare. I medici illuministi avevano scoperto casi di morte apparente dovuti a coma, cataplessia, ipotermia, avvelenamenti che rallentavano le funzioni vitali al punto da sembrare morte. Da qui l'esigenza di ridefinire la morte in modo più preciso. Oggi sappiamo che la morte reale coincide con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni cerebrali: è la cosiddetta morte encefalica o cerebrale – per dirla meglio, il decesso diagnosticato con criterio neurologico. Questo criterio, emerso dagli anni '60 con lo sviluppo della rianimazione, ha risolto (almeno scientificamente) molte ambiguità.[24] Se il cervello è totalmente e definitivamente fermo, la persona è morta anche se il cuore batte ancora grazie alle macchine. Quello che mi rende «me» non è la pompa che ho nel petto, ma la delicata robaccia grigiastra e budinosa che ho nel cranio. Andata quella, andato «me». Viceversa, se il cervello funziona, uno stop temporaneo di cuore o respiro può essere recuperato: non è ancora morte.

Un recap veloce di come funziona oggi in Italia il criterio neurologico per l'accertamento del decesso: l'obiettivo è accertare che tutto l'encefalo sia irreversibilmente spento. Non lo decide un singolo, ma tre medici (rianimatore, medico legale, neurofisiopatologo) che fanno tre cose: verificano il coma senza riflessi del tronco encefalico, provano che non respiri con il test di apnea, e controllano che l'elettroencefalogramma sia piatto per 30 minuti. Prima però eliminano i dubbi grossi (ipotermia, farmaci sedativi, scompensi). L'osservazione dura almeno 6 ore; se il danno è anossico, non si parte prima di 24 ore (a meno che si dimostri prima l'assenza totale di circolazione sanguigna nel cranio). Nei bambini sotto l'anno, o quando i test non sono fattibili, si usano proprio gli esami di flusso cerebrale. Finito il protocollo, il collegio certifica la morte.[25] Per completezza: il decesso si può accertare anche con criterio cardiocircolatorio (elettrocardiogramma piatto per almeno 20 minuti) – se il cuore non pompa, il sangue non circola, e l'encefalo muore.[25]

In caso di minima incertezza, a prescindere dal criterio utilizzato, si prosegue con gli accertamenti. Abbiamo imparato la lezione dai tempi di Winslow, insomma.

Sulla carta, dunque, oggi il confine è chiaro, e, diciamocelo, bisogna proprio essere dei cazzoni sbadati per sbagliare. Basti dire che, fra gli adulti, non risulta pubblicato un solo caso di qualcuno che, dichiarato morto con i criteri neurologici applicati come si deve, sia poi «tornato in vita» – segno che il criterio è piuttosto affidabile.[26] Ma attenzione: *affidabile* non vuol dire che ci sentiamo completamente tranquilli. L'ossessione di Winslow e Bruhier per il «morto che morto non è» era figlia di un'epoca con poche certezze mediche. Noi viviamo in un'epoca di grandi certezze scientifiche, ma questo ci mette di fronte a nuovi dilemmi etici inversi.

Ad esempio: se nel 1750 il problema era evitare di seppellire vivo chi poteva riprendersi, nel 2025 potremmo rovesciarlo così – *è giusto tenere artificialmente «funzionante» il corpo di qualcuno che ha già tirato le cuoia?* Oggi molti più che la tafofobia hanno la paura opposta: quella di essere tenuti in funzione a oltranza dalle macchine quando non c'è più speranza, quando il corpo non può più guarire, e il cervello è bello che andato. Curioso come si ribalta la prospettiva, vero? Nel passato uno implorava: «Non dichiaratemi morto troppo presto!»; oggi qualcuno direbbe: «Non voglio diventare un sacco di carne pieno di tubi e tubetti!». In entrambi i casi, al centro c'è l'angoscia di quel confine tra vita e morte. Ricordatevi un nome: Karen Ann Quinlan. C'è anche il timore che decisioni «algoritmiche» o amministrative prevalgano sull'umanità. Per esempio, immaginiamo un futuro (neanche troppo lontano) in cui un algoritmo di intelligenza artificiale, basandosi su milioni di dati, «predice» che per un certo paziente le probabilità di recupero sono praticamente zero e consiglia di cessare le cure. Vi fidate ciecamente? O vi sale un brividino, tipo «e se l'algoritmo sbaglia, o se la mia individualità sfugge ai dati statistici?». È un po' la nuova versione della vecchia paura: non più *«e se mi seppelliscono vivo?»* ma *«e se mi lasciano morire perché una macchina ha deciso così?»*. Certo, in corsia ci sono sempre esseri umani a valutare, ma già oggi molto viene delegato a protocolli standard, punteggi numerici, linee guida. E l'idea che il fattore personale possa andare perduto spaventa.

C'è poi da dire che la versione originale di quella vecchia paura, quella di non essere morti, non se n'è mai andata del tutto. L'abbiamo trasformata in un'altra paura, più sottile: *la paura che siano i burocrati a decidere per noi quando è finita*.

Oggi non temiamo di essere dichiarati morti troppo presto in senso letterale – abbiamo monitor, ECG, EEG e procedure rigorose. Piuttosto, temiamo di perdere il controllo sul fine vita. Avete presente quando si parla di «staccare la spina»? Ecco. Chi lo decide? Su quali basi? Negli ultimi

decenni si sono moltiplicate le discussioni su accertamento del decesso con criteri neurologici, testamento biologico, suicidio assistito. Segno che la società sente forte il bisogno di mantenere autonomia e dignità di fronte alla morte, di non delegare tutto. Altri nomi che magari vi fanno accendere una lampadina: Piergiorgio Welby, Eluana Englaro, Terri Schiavo, DJ Fabo... storie diverse, ma tutte capaci di accendere il dibattito pubblico e costringerci a guardare quel confine negli occhi.

Quanti casi abbiamo visto di pazienti che avrebbero voluto morire tenuti in vita per anni, magari perché la legge non consentiva di interrompere i supporti? Vicende diversissime dalla tafofobia, ma che in fondo parlano della stessa cosa – la paura di non avere voce sul proprio destino quando si è incoscienti – o impossibilitati a comunicare. Un tempo avevamo paura di urlare *«Sono vivo!»* senza che nessuno ci sentisse; oggi temiamo di non poter dire *«Lasciatemi andare»* quando la qualità della vita è perduta.

Per fortuna, proprio sull'onda di queste riflessioni, si è sviluppato lo strumento delle direttive anticipate: ognuno di noi, da vivo e cosciente, può (anzi dovrebbe) esprimere in anticipo le proprie volontà su come essere trattato in caso di coma o malattia terminale. È il modo moderno di esorcizzare l'angoscia di perdere il controllo. Non mettiamo campane sulle tombe, ma mettiamo firme sui moduli delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).[27] In sostanza, diciamo: *«Se un giorno non potrò decidere, decido ora per allora»*. Non ha lo stesso fascino delle bare steampunk, ma *tendenzialmente funziona meglio*.

L'ULTIMO GIRO

Siamo arrivati alla fine di questo viaggio tra passato e presente, e viene spontaneo tirare le cuoia ... ehm... le somme. In fondo in fondo, i tempi cambiano, ma la paura è la stessa, sotto mutate spoglie. Paura di quello che non conosciamo, del dopo di noi, di perdere il controllo.

Forse è parte della condizione umana: cerchiamo certezze sull'unica esperienza che per definizione conosceremo pienamente solo una volta. Come diceva quel filosofo? *«Quando ci siamo noi, la morte non c'è; quando c'è la morte, noi non ci siamo.»* (Epicuro, semplificando).[28] Già, però Epicuro non aveva considerato l'eventualità di esserci e non esserci al tempo stesso, come il gatto di Schrödinger.

Oggi possiamo sorridere guardando ai nostri antenati tafofobici, con le loro bare improbabili e la convinzione che solo la puzza fosse garanzia di decesso. Ma attenzione: fra 100 anni forse saranno i nostri pronipoti a sorridere di alcune nostre paure attuali. Magari diranno: *«Ai loro tempi*

avevano paura a farsi staccare le macchine, pensa te!» oppure «*Non credevano agli algoritmi medici, come erano ingenui*». Il progresso va avanti e sposta sempre un po' più in là l'asticella delle certezze... e quella delle ansie.

Essere sepolti vivi è un incubo che ci siamo lasciati alle spalle, ma il suo eco risuona ancora nelle nostre inquietudini contemporanee. La tecnologia ci dà strumenti potentissimi, eppure resta quella vocina: «*E se qualcosa andasse storto?*». Fa parte di noi. Possiamo solo continuare a informare, discutere, e preparare sistemi sempre più sicuri, senza però deridere le paure – né quelle di ieri né le nostre. Opinione personale: credo che le nostre società non parlino abbastanza di morte, non siano abbastanza in contatto col concetto, peraltro semplicissimo, che a una certa tocca a tutti. Credo anche che parlarne un po' di più, con serenità e anche un pizzico di rispettosa ironia, non possa che farci bene per arrivare preparati.

Chiudo con un po' di autopromozione senza vergogna: se volete approfondire il tema (la storia dell'accertamento del decesso) ne parlo estesamente nel mio primo libro, *Il dono nelle donazioni – una prospettiva bioetica*. Sezione 2, capitolo 1.[29]

E voi che ne pensate? Vi fidate ciecamente dei medici e delle macchine quando si tratta di dichiarare la morte, o una piccola parte di voi conserva ancora un briciolo di dubbio «gotico»? Vi fareste costruire una bara high-tech anti-panico se foste vissuti nell'Ottocento? Avete compilato le disposizioni anticipate di trattamento? Dopotutto parlare di queste paure, anche con un sorriso, è il miglior modo per esorcizzarle.

Dormite sonni tranquilli... magari con un campanellino sul comodino, che non si sa mai!

Bibliografia

1. Lear T. Transcription of Excerpt from Tobias Lear's Journal, documenting death of George Washington 1799. Pubblicato online 14 dicembre 1799. Consultato 16 ottobre 2026. https://web.archive.org/web/20150619003441/http://hsp.org/sites/default/files/attachments/transcription_tobias_lears_account_of_george_washingtons_death.pdf
2. Winslow JB. *Quaestio medico-chirurgica: An mortis incertae signa minus incerta a chirurgicis, quam ab aliis experimentis?* tesi della Facoltà di medicina di Parigi (Winslow praeses). Quillau; 1740.
3. Winslow JB. *The Uncertainty of the Signs of Death, and the Danger of Precipitate Interments and Dissections*. M. Cooper; 1746. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/b33018650_0001
4. Gorini I, Martini M, Licata M. Some observations on the signs of certain death in the 18th century. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*. 2018;89(3):349-351. doi:10.23750/abm.v89i3.6752
5. Winslow JB, Bruhier JJ. *Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort, et l'abus des enterremens, et embaumemens précipités*. Morel le jeune; 1742. Consultato 16 ottobre 2026. https://wellcomecollection.org/works/ayuyaa3t

6. Wegner W. … im Grabe aufgewacht …: die Angst vor dem Scheintod im 18. und 19. Jahrhundert und ihre Reflexionen in Baden. *RegionaliaOpen*. Pubblicato online 2024:669 KB. doi:10.57962/REGIONALIA-23986
7. Lobo C. Tourists flocked to Paris 200 years ago—to see decomposing corpses. *National Geographic*. Pubblicato online 10 giugno 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.nationalgeographic.com/history/article/paris-morgue-true-crime-origins
8. Louis A. *Lettres sur la certitude des signes de la mort, où l'on rassure les citoyens de la crainte d'être enterrés vivans. Avec des observations & des expériences sur les noyés*. 1752. Consultato 16 ottobre 2026. https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9762370g
9. MacMillan K. True Crime Reporting in Early Modern England. In: Pontell HN, a c. di. *Oxford Research Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice*. 1ª ed. Oxford University Press; 2016. doi:10.1093/acrefore/9780190264079.013.164
10. 'Broadsides' and the history of the criminal mind. *Harvard Law Today*. Pubblicato online 12 agosto 2019. Consultato 16 ottobre 2026. https://hls.harvard.edu/today/broadsides-and-the-history-of-the-criminal-mind/
11. Flückinger J. Vampire im Dorf Medved (Metveje), Bericht des Feldscherers Johann Flückinger. Visum et Repertum über die sogenannten Vampyrs oder Blutaussaugers. Pubblicato online 29 febbraio 1732. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.archivinformationssystem.at/detail.aspx?ID=2233878
12. Klaniczay G. Decline of Witches and Rise of Vampires in 18th Century Habsburg Monarchy. *Ethnologia Europaea*. 1987;17(2). doi:10.16995/ee.1378
13. van Swieten G. *Vampyrismus*. 1768. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.gutenberg.org/ebooks/30886
14. Voltaire. Vampires. In: *Questions sur l'Encyclopédie*. Vol 9. [Geneva : s.n.]; 1770. Consultato 16 ottobre 2026. https://archive.org/details/questionssurlenc09volt
15. Hufeland CW. *Ueber die Ungewißheit des Todes und das einzige untrügliche Mittel sich von seiner Wirklichkeit zu überzeugen und das Lebendig begraben unmöglich zu machen, nebst der Nachricht von der Errichtung eines Leichenhauses in Weimar*. Glüsing; 1791. Consultato 16 ottobre 2026. https://epub.ub.uni-muenchen.de/2805/
16. Talairach-Vielmas L. Du cadavre en putréfaction au corps enterré vivant: Le rôle du corps mort chez Wilkie Collins. In: Carol A, Renaudet I, a c. di. *La mort à l'œuvre*. Presses universitaires de Provence; 2013:137-153. doi:10.4000/books.pup.27308
17. Tarazano DL. People Feared Being Buried Alive So Much They Invented These Special Safety Coffins. *Smithsonian Magazine*. Pubblicato online 26 ottobre 2018. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.smithsonianmag.com/sponsored/people-feared-being-buried-alive-so-much-they-invented-these-special-safety-coffins-180970627/
18. Safety coffins. The Australian Museum. 2009. Consultato 16 ottobre 2026. https://australian.museum/about/history/exhibitions/death-the-last-taboo/safety-coffins/
19. Laennec RTH (René TH, Osler W. *De l'auscultation médiate*. Vol 1. J.-A. Brosson et J.-S. Chaudé; 1819. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/delauscultationm01laen
20. Einthoven W. Die galvanometrische Registrirung des menschlichen Elektrokardiogramms, zugleich eine Beurtheilung der Anwendung des Capillar-Elektrometers in der Physiologie. *Pfläger, Arch*. 1903;99(9-10):472-480. doi:10.1007/BF01811855
21. Berger H. Über das Elektrenkephalogramm des Menschen. *Archiv f Psychiatrie*. 1929;87(1):527-570. doi:10.1007/BF01797193
22. Caeira MW, Caboclo LO, Paola LD. An appraisal to Hans Berger by the time of his 150th birthday: the human EEG and tales of blood flow, heat and brain waves. *Arq Neuropsiquiatr*. 2023;81(12):1163-1168. doi:10.1055/s-0043-1777114
23. Defoe D. *A Journal of the Plague Year*. 1722. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.gutenberg.org/ebooks/376
24. Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *JAMA*. 1968;205(6):337. doi:10.1001/jama.1968.03140320031009
25. Ministero della Salute. *Decreto 11 aprile 2008. Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al «Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di mor-*

te». Vol 136. 2008. Consultato 16 ottobre 2026. https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/import/201801/62059_attach_6517.pdf
26. Wijdicks EFM, Varelas PN, Gronseth GS, Greer DM. Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2010;74(23):1911-1918. doi:10.1212/WNL.0b013e3181e242a8
27. *Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. Vol 12. 2017.
28. Diogene Laerzio. *Vite dei filosofi*.
29. Spitale G. *Il dono nelle donazioni: una prospettiva bioetica*. Il poligrafo; 2015.

8

La cornice conta

Uscito il 12 novembre 2025

AL BANCONE

È vero che IA diverse hanno visioni del mondo diverse – tipo, che ChatGPT è woke, e che Grok, il modello di Elon Musk, è ...ehm... anti woke? O che DeepSeek è pro-cinese, e che Mistral è la risposta europea?

Oggi niente nasi di scorta, resurrezionisti o dottori strafatti. Oggi facciamo un piccolo fuori programma, direttamente da qui, da dove lavoro per la maggior parte del tempo.

Di solito vi racconto le ricerche degli altri, le storie assurde della scienza e le domande etiche che ci lasciano in mano. Ma stavolta la storia è mia e del mio collega e amico Federico – quello con cui dirigo il laboratorio ITE (Informazione, tecnologia, etica sperimentale) e con cui ho scritto *Mi fa male la scienza*.[1]

È uscito un nostro studio su *Science Advances* che parla di come l'intelligenza artificiale giudica le cose che legge.[2] O meglio: di come *pensa* di giudicare le cose. Perché è importante? Perché stiamo già usando le IA per moderare piattaforme, dare voti, valutare le candidature per posizioni lavorative, riassumere testi e farci un'opinione – o meglio, per credere di farcela.[3–5] E se le IA non sono «neutrali» nelle loro valutazioni, ma spingono invece una specifica visione del mondo... beh, c'è un problema.

COM'È ANDATA

La domanda da cui siamo partiti è semplice, quasi ingenua: se chiediamo a un'intelligenza artificiale di valutare qualcosa – tipo un testo che parla dell'indipendenza di Taiwan, o di censura delle informazioni dannose durante una pandemia ... possiamo fidarci?

Cioè, è davvero un giudice neutrale, o anche lei, lui, usate un po' il pronome che preferite, ha i suoi pregiudizi, le sue simpatie, le sue piccole distorsioni cognitive? Un po' come noi umani?

Abbiamo deciso di vederci chiaro con un esperimento piuttosto massiccio. Abbiamo preso **24 argomenti sensibili** – da Taiwan alla guerra in Ucraina, dalla censura online alla giustizia nei sistemi sanitari – e abbiamo chiesto a 4 IA (o3-mini di OpenAI, Grok, DeepSeek, Mistral) di produrre delle affermazioni su questi argomenti. Magari avete sentito parlare di questi modelli; diversi giornali hanno detto che OpenAI – la compagnia che ha sviluppato ChatGPT per intenderci – è woke, ultraprogressista, per così dire; che Grok è anti-woke; che DeepSeek è pro-cinese, e che Mistral invece garantisce una prospettiva europea sul mondo.[2] Nel frattempo gli svizzeri hanno sviluppato il loro modello, «Apertus». Obiettivo? Direte voi: la neutralità. E invece no: trasparenza e sovranità.[6]

Insomma, alla fine questi 4 modelli ci hanno sputato fuori 4800 affermazioni sui nostri argomenti sensibili assortiti. Fine fase uno dell'esperimento.

Fase due: abbiamo chiesto a ogni modello di dirci quanto era d'accordo con queste affermazioni (le proprie e quelle degli altri) e di spiegarci il perché. Semplice, niente prompt strani, niente trabocchetti: solo domande dirette, come a un essere umano durante un sondaggio. E poi abbiamo guardato che cosa succedeva.

Succedeva una cosa curiosa. Quando non dicevamo ai modelli chi aveva scritto quelle frasi, tutto filava liscio: erano praticamente **tutti d'accordo con tutti**. Che si parlasse di Taiwan, pandemia, guerra in Ucraina o diritti LGBTQ+, le loro risposte si assomigliavano in modo impressionante. Un'armonia quasi inquietante: un accordo **oltre il 90%**, spesso intorno al 95%, tra modelli diversi.[2]

Altro che «ChatGPT woke» o «DeepSeek pro-Cina»: sembravano quattro studenti modello che danno la stessa risposta al compito.

Ma poi abbiamo fatto la nostra vigliaccata: abbiamo detto loro *da chi* venivano le frasi. A volte, dicendo la verità – tipo: «Ehi Grok, che ne pensi di 'sta cosa scritta da Mistral?» Altre volte, mentendo – tipo: «Ehi DeepSeek, questa l'ha scritta una persona dalla Francia. Sei d'accordo?»

E lì... tutto è cambiato.

Appena sapevano chi era il presunto autore, i modelli cominciavano a **giudicare in modo diverso**. E la cosa più interessante – e anche un po' inquietante – è che lo facevano **in modo sistematico**. Se una frase veniva attribuita a una persona dalla Cina, l'accordo calava, e su argomenti tipo la sovranità di Taiwan calava di botto: bastava aggiungere la riga «scritta da una persona dalla Cina», e puff – il punteggio di accordo scendeva.[2]

E non stiamo parlando solo dei modelli americani o europei. Anche **DeepSeek**, il modello sviluppato in Cina, mostrava lo stesso effetto. Anzi, con nostra gran sorpresa era **quello con il pregiudizio anti-cinese più forte**. Come se avesse interiorizzato l'idea che «una persona cinese non dovrebbe dire certe cose» – e quindi, se lo faceva, doveva avere torto. E l'effetto c'era chiunque avesse scritto la frase, DeepSeek compreso.[2] Lui. O lei, di nuovo, fate voi con i pronomi.

In pratica, le IA **non giudicavano più solo sulla base dei contenuti**, ma anche sulla base di **chi pensavano li avesse scritti**. Proprio come facciamo noi quando leggiamo una notizia su un tema divisivo: se viene da un giornale «dalla nostra parte», ci convince; se viene «dall'altra», ci suona sospetta.

È il vecchio **framing bias**, lo stesso che da decenni studiamo negli umani, solo che ora si presenta in versione algoritmica. E la cosa buffa – o tragica, dipende dai punti di vista – è che questo succede anche quando dici loro che il testo è di un'altra IA. Nel dubbio, quasi tutte si fidano **un po' più di un umano che di una collega macchina**.[2] Cioè, anche le IA hanno il pregiudizio del «non fidarti dei robot».

Il quadro che viene fuori è questo: gli LLM, presi singolarmente, **non sono poi così polarizzati**. Non sembrano esistere, almeno fra questi quattro, modelli «woke», «anti-woke», o «filo-Cina» nel senso ideologico che passa nei media. Ma esistono **pregiudizi di contesto**, scarti sistematici che cambiano il modo in cui giudicano una frase, solo per via dell'etichetta che le metti addosso. E questo basta a **inquinare il processo di valutazione**.

IL NODO

Ora, immaginate cosa significa se usiamo queste IA per moderare contenuti online, per fare fact-checking, o per valutare richieste di finanziamento scientifico. Basta che nel testo compaia un'informazione sul Paese o sull'identità dell'autore, e il giudizio può cambiare. Non per colpa della verità o della falsità del contenuto, ma per il frame (la cornice, il contesto) che lo accompagna. È come se, chiedendo a un giudice di valutare un

testo, qualcuno gli sussurrasse all'orecchio: «Ah, lo ha scritto un cinese». E il giudice, pur volendo essere neutrale, finisse per cambiare metro di misura.

Questo studio non dice che le IA sono razziste o manipolate. Dice una cosa più sottile – e più importante: che **la neutralità non è lo stato naturale di un algoritmo**, ma un equilibrio fragile, che si rompe appena entra in scena il contesto. Come noi, le macchine giudicano in relazione a *chi* parla, non solo a *cosa* viene detto. E questo apre un problema gigantesco: se usiamo IA per valutare, chi garantisce che non stiano – anche involontariamente – discriminando?

INTANTO, DA NOI

La soluzione, almeno per ora, non è addestrarle a essere «più neutre». Ammesso che sia possibile. È **chiedere trasparenza**: sapere da dove vengono i dati, come sono stati filtrati, e su quali valori è stato addestrato ogni modello. Un po' come sull'etichetta del vino: non basta sapere che è rosso; vogliamo sapere da che vigna arriva, che uva è, e chi l'ha imbottigliato. Solo così possiamo decidere se fidarci – o almeno sapere *da che parte pende il bicchiere*.

Nelle note trovate l'articolo e il posto dove abbiamo messo tutti i nostri dati e il nostro codice.[2,7] Ci piace tanto la scienza aperta – open science: se volete, potete controllare ogni cosa, ogni conto, ogni prompt, e ripetere il nostro lavoro – o usarlo come base per fare il vostro. Per esempio, uno potrebbe usare il nostro codice per vedere se Apertus, il modello svizzero, è davvero più imparziale degli altri, o se anche lui soffre degli effetti di framing bias che abbiamo scoperto.

L'ULTIMO GIRO

E le domande, oggi, sono semplici ma spietate:

Se le IA giudicano in base a chi parla, chi garantisce che non facciano lo stesso anche con noi?

Chi decide che cosa significa essere «neutrali»? E da quale parte del mondo si scrive quella definizione? Se ogni IA riflette il mondo in cui è nata... quale mondo vogliamo che rifletta quella che useremo domani?

E noi, quanto siamo neutrali quando leggiamo, commentiamo o condividiamo qualcosa? Siamo sicuri di voler IA più imparziali di quanto lo siamo noi? Forse il problema non è che le IA ci giudicano... ma che ci stanno solo restituendo il nostro modo di giudicare.

Bibliografia

1. Germani F, Spitale G. *Mi fa male la scienza. Speranze, conflitti e il futuro della conoscenza*. Tlon; 2025.
2. Germani F, Spitale G. Source framing triggers systematic bias in large language models. *Sci Adv*. 2025;11(45):eadz2924. doi:10.1126/sciadv.adz2924
3. Weng L, Goel V, Vallone A. Using GPT-4 for content moderation. OpenAI. 15 agosto 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://openai.com/index/using-gpt-4-for-content-moderation/
4. Peters K. Texas will use computers to grade written answers on this year's STAAR tests. *The Texas Tribune*. 9 aprile 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.texastribune.org/2024/04/09/staar-artificial-intelligence-computer-grading-texas/
5. Milne S. *AI Tools Show Biases in Ranking Job Applicants' Names According to Perceived Race and Gender*. University of Washington, UW News; 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.washington.edu/news/2024/10/31/ai-bias-resume-screening-race-gender/
6. ETH Zurich. *Apertus: A Fully Open, Transparent, Multilingual Language Model*. ETH Zurich; 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://ethz.ch/en/news-and-events/eth-news/news/2025/09/press-release-apertus-a-fully-open-transparent-multilingual-language-model.html
7. Spitale G, Germani F. Alignment and biases of Large Language Models. GitLab UZH (ibme/ite). 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://ibme.pages.uzh.ch/ite/llm-alignment-biases/

9

Bioetica e religione

Uscito il 19 novembre 2025

AL BANCONE

Immagina due porte che portano a due storie. Dietro la prima, Texas, oggi: una donna con una gravidanza che non può arrivare a termine. I medici lo sanno, lei lo sa. Ma la legge dice: finché c'è battito, si aspetta. Si aspetta cosa? Che il corpo ceda abbastanza da diventare «abbastanza in pericolo» da giustificare l'intervento. La medicina in corridoio, la politica in corsia.

Dietro la seconda porta, Italia, qualche anno fa: una coppia portatrice di una malattia genetica. Vorrebbero evitare di concepire un figlio destinato a soffrire. La diagnosi preimpianto sarebbe la via più razionale. La legge 40 risponde: no. Però, se poi il feto risulta malato più avanti, l'aborto terapeutico si può fare.

Due scene lontane, stesso retrogusto di polvere: quando norme ispirate da una visione religiosa entrano nella sanità, chi paga il conto sono i corpi reali, le biografie vere. E non è un dibattito da salotto occidentale: nel 2024 il World Congress of Bioethics si è riunito a Doha, in Qatar, tema centrale «religione, cultura e bioetica».[1] Domanda enorme: in una società plurale, quanto spazio diamo ai precetti religiosi dentro le regole per tutti?

Stasera proviamo a fare ordine senza incenso e senza crociate: capire quando la fede può illuminare e guidare scelte personali – e quando invece, se pretende di farsi legge, rischia di spegnere diritti e cure. Parleremo di Texas, di Legge 40, di congressi mondiali e, sì, a un certo punto potremmo parlare anche di spaghetti. Non per insultare qualcuno,

ma per testare una cosa semplice: se apriamo la porta alle religioni nel diritto, quali entrano, come, e fino a dove? Prendete qualcosa da bere: cominciamo.

COM'È ANDATA

Prima scena: Texas, Stati Uniti, ai giorni nostri. Amanda Zurawski è incinta di 18 settimane quando i medici le danno una terribile notizia: ha perso il liquido amniotico, il feto non ha più possibilità di sopravvivenza. Eppure, in base alle leggi texane, finché il cuore del feto batte, i medici non possono intervenire per interrompere la gravidanza. Amanda viene mandata a casa ad aspettare l'inevitabile.[2] Solo quando il suo corpo va in setticemia – rischiando di uccidere anche lei – i medici intervengono, ma è tardi: Amanda sopravvive per miracolo dopo giorni in terapia intensiva e, a causa dell'infezione, rischia di non poter più avere figli.[3,4] Questo perché il Texas, dopo il rovesciamento della sentenza *Roe v. Wade* nel 2022, ha bandito quasi totalmente l'aborto, prevedendo solo l'eccezione della vita materna in pericolo.[5,6] Roe v. Wade (1973) è la sentenza con cui la Corte Suprema USA riconobbe il diritto costituzionale all'aborto, vietando agli Stati di proibirlo nel primo trimestre. Nel 2022 è stata annullata da un'altra sentenza, *Dobbs v. Jackson*, lasciando ai singoli Stati la libertà di restringere o vietare l'aborto.[7]

Nel dubbio e nella paura di conseguenze legali, però, molti medici texani esitano ad agire anche in situazioni disperate. La stessa Amanda, diventata poi ricorrente principale in una causa contro lo Stato, ha denunciato come le donne texane con gravidanze complicate siano lasciate senza cure adeguate a causa di queste leggi estreme.[3] Un'altra donna, Lauren, ha raccontato di aver scoperto che il suo feto era privo di cranio e cervello – condizione incompatibile con la vita – ma di aver dovuto viaggiare fuori dal Texas per abortire, dato che la legge del suo Stato non consente eccezioni neppure per anomalie fetali letali.[4,8] «Amo il Texas, e mi uccide che il mio Stato sembri non curarsi se io viva o muoia», ha detto Lauren, descrivendo la rabbia e il dolore di chi si è vista negare assistenza sanitaria di base. Queste storie non sono casi isolati: dopo l'entrata in vigore del divieto quasi totale, molte donne texane con gravidanze desiderate ma divenute improvvisamente un incubo medico hanno testimoniato in tribunale tra le lacrime, sperando che nessun'altra debba soffrire come loro.[3]

Seconda scena: Italia, una dozzina di anni fa. Rosetta Costa e Walter Pavan sono una giovane coppia che desidera un figlio, ma c'è un problema: entrambi sono portatori sani di una grave malattia genetica, la fibrosi

cistica. C'è una possibilità su quattro che il loro bambino nasca malato, e hanno già una figlia affetta dalla fibrosi cistica.[9] Nel 2010, alla seconda gravidanza, la diagnosi prenatale dice che anche il feto è malato, e interrompono la gravidanza.[10] In molti Paesi, una coppia in questa situazione potrebbe ricorrere alla fecondazione assistita con diagnosi genetica preimpianto, selezionando un embrione sano da impiantare. In Italia, no: la legge n.40 del 2004 sulla procreazione medicalmente assistita glielo *vieta*. Questa legge – fortemente sostenuta a suo tempo dalle gerarchie cattoliche – permette l'accesso alla fecondazione assistita solo alle coppie infertili, escludendo quelle fertili portatrici di malattie genetiche.[11] Rosetta e Walter si trovano davanti a un'alternativa crudele: provare ad avere un figlio naturalmente, con il rischio concreto di dover abortire di nuovo un feto malato, oppure rinunciare. Sconcertati da questa situazione, decidono di fare ricorso alla Corte Europea dei Diritti Umani. E Strasburgo nel 2012 dà loro ragione, con parole durissime: la legge italiana è incoerente perché nega alla coppia l'accesso alla diagnosi preimpianto, autorizzando poi l'aborto terapeutico nel caso in cui il feto sia affetto da quella stessa malattia.[10] In altre parole, lo Stato impediva di evitare la malattia *quando era ancora un minuscolo embrione*, però consentiva di abortire – anche nel secondo trimestre – un feto affetto dalla stessa patologia: una contraddizione etica e giuridica enorme.

Questa sentenza ha aperto la strada alla Consulta. Non è stato un caso isolato: negli anni, quella norma è stata progressivamente smontata dai tribunali. Già nel 2009 la Corte Costituzionale eliminò il limite rigidissimo dei tre embrioni (originariamente si potevano creare al massimo 3 embrioni per volta e dovevano essere tutti impiantati, senza possibilità di congelamento eccetto casi estremi).[12,13] Successivamente, nel 2014, sempre la Consulta cancellò il divieto di fecondazione eterologa, aprendo all'uso di gameti da donatori esterni.[13,14] E dopo il caso di Rosetta e Walter, anche il divieto di diagnosi preimpianto per le coppie fertili è caduto: una «dolorosa discriminazione», l'avevano chiamata i legali già nel 2013, e finalmente anche queste coppie possono accedere a tecniche che evitino di trasmettere malattie gravi.[15,16] Insomma, a vent'anni dall'entrata in vigore, della Legge 40 poco è rimasto della forma originaria: era una legge nata sotto la spinta di un'ideologia ben precisa, che ha prodotto discriminazioni, costretto centinaia di coppie ad andare all'estero per avere figli e umiliato chi aveva problemi di fertilità o genetici.[17] Non a caso, già nel 2005 si tentò di abrogarne i punti più controversi con quattro referendum popolari; ma la Conferenza Episcopale Italiana, guidata dal cardinale

Ruini, fece aperta campagna per l'astensione, e alla fine andò a votare solo il 25,7% degli aventi diritto, facendo fallire il quorum.[18–20] Ruini esultò, parlando di, cito: «maturità del popolo italiano, che si è rifiutato di pronunciarsi su quesiti tecnici e complessi, che ama la vita e diffida di una scienza che pretenda di manipolare la vita».[21] In altre parole, il risultato fu letto come una vittoria della linea cattolica più conservatrice, ottenuta non attraverso il convincimento maggioritario, ma sfruttando il meccanismo del quorum referendario. Sta di fatto che da allora ogni riforma legislativa è rimasta bloccata e si è proceduto solo a colpi di sentenze: ancora oggi in Italia ci sono restrizioni (ad esempio l'accesso negato a single e coppie omosessuali, o il divieto di gestazione per altri) che continuano ad alimentare viaggi della speranza all'estero e diseguaglianze socio-economiche nell'accesso alle cure.[11,17]

Due storie, dunque: quella di Amanda in Texas, cui è stato negato un aborto medico necessario, e quella di una coppia italiana, cui è stata negata una fecondazione preventiva per evitare un aborto futuro. Casi diversi, certo – l'aborto da un lato, la fecondazione assistita dall'altro – ma con un elemento comune: in *entrambi* i casi le leggi che hanno causato queste sofferenze erano plasmate da una particolare visione morale e religiosa su temi di vita, sessualità e famiglia. In Texas, uno Stato della Bible Belt, la morale cristiana evangelica ha ispirato politiche ferree «pro-life» che mettono la vita embrionale sopra la salute della donna. In Italia, un Paese di tradizione cattolica, i precetti della Chiesa sull'embrione come «vita sacra dal concepimento» hanno portato a norme che limitavano pesantemente la libertà riproduttiva e scientifica in nome di una visione etica confessionale. Ma queste leggi, calate nella realtà, hanno mostrato tutta la loro problematicità: nel tentativo di imporre un ideale assoluto, hanno generato effetti disumani e contraddizioni pratiche.

Queste questioni non sono affatto isolate: fanno parte di un dibattito globale su quanto e come la religione e la cultura debbano influire sulle leggi che regolano questioni etiche fondamentali. Non a caso, nel 2024 si è tenuto a Doha, in Qatar, un importante congresso internazionale proprio su questi temi: il 17° World Congress of Bioethics (WCB 2024). Io c'ero. Il WCB è la conferenza mondiale di bioetica, che per la prima volta si svolgeva in Medio Oriente, ospitata dal Research Center for Islamic Legislation and Ethics.[1] Il *tema centrale* scelto per WCB 2024 era: «*Religion, Culture, and Global Bioethics*» – religione, cultura e bioetica globale. Gli organizzatori l'hanno presentato come un congresso volto a esplorare l'intricata relazione tra sistemi di valori religiosi o culturali, e l'etica applicata su

scala globale.[1] È significativo che un evento del genere sia stato ambientato in un contesto islamico: da un lato, per coinvolgere voci e prospettive spesso sottorappresentate nei forum internazionali (la scelta del Qatar ha segnato la prima volta di un paese arabo e a maggioranza musulmana come sede del congresso); dall'altro, proprio per stimolare il confronto su come diverse tradizioni religiose affrontino temi bioetici come l'aborto, la procreazione assistita, le decisioni di fine vita, la ricerca genetica.

Al WCB 2024 di Doha, si sono ritrovati fianco a fianco bioeticisti laici e religiosi di tutto il mondo. L'idea di base era chiara: nessuno può arrogarsi il monopolio del discorso etico. Occorre mettere a confronto posizioni anche molto lontane, in un dialogo costruttivo. Sul sito del congresso campeggiava un messaggio inclusivo: tutti sono benvenuti, anche approcci secolari, atei o agnostici, accanto a quelli religiosi, proprio per garantire la pluralità delle voci e un confronto critico ampio.[1] D'altra parte, parlare di bioetica globale senza considerare religione e cultura sarebbe miope: in tante società, ciò che è moralmente accettabile o meno su questi temi è profondamente intrecciato con la fede, la tradizione, l'identità comunitaria.

Pensiamo proprio ai nostri esempi: in Texas la linea dura anti-aborto affonda le radici in decenni di attivismo religioso (basti ricordare che dopo *Roe v. Wade* per decenni la Chiesa cattolica, e dalla fine degli anni Settanta anche le chiese evangeliche, hanno combattuto per ribaltarla).[22] In Italia, la «cultura della vita» promossa dal Vaticano ha influenzato leggi come la 40/2004, e prima ancora anche la legge 194/1978 sull'aborto (che pure, a differenza del Texas, consente l'IVG entro 90 giorni, ma ancora oggi è frenata dal numero di medici obiettori di coscienza negli ospedali pubblici: più di un ginecologo su due).[23–25] Una nota a margine – se mi permettete l'espressione, perché qui di marginale non c'è proprio nulla; forse sarebbe meglio dire un inciso, perché questa storia *taglia*. Quindi, un inciso riguardo ai medici obiettori: Roma, ospedale Pertini, 2010. C'è una giovane donna, Valentina Magnanti, che all'epoca ha 24 anni. È portatrice di una grave malattia genetica; avrebbe voluto avere un figlio sano, con la fecondazione in vitro e la diagnosi pre-impianto. Ma siamo nel 2010, e la legge 40 vieta ancora la diagnosi pre-impianto. Valentina è incinta, ma il feto è malato. Dolorosamente lei e il marito decidono di abortire. E dopo un calvario di 15 ore tra dolore, vomito, svenimenti, e una sofferenza indicibile, Valentina abortisce in bagno, con accanto solo il marito, senza personale sanitario a darle assistenza. Perché? Tutti obiettori.[26]

Su scala mondiale, le posizioni variano enormemente: paesi dove l'aborto è ancora vietato quasi in toto per motivi religiosi (vedi l'America Latina in passato, oggi in evoluzione; o la Polonia recentemente); paesi come la Francia dove la laicità dello Stato tende a emarginare il discorso religioso dalle leggi civili; paesi islamici dove la *sharia* influenza direttamente la bioetica.[27,28] E nemmeno lì c'è una risposta sola. Prendete la fecondazione assistita: fra marito e moglie va bene per tutti; con un donatore di mezzo, l'Islam sunnita dice no, e in Iran una fatwa sciita dice sì.[29] Stessa religione, stesso libro, due risposte opposte. Tenetevelo in tasca, perché fra poco qualcuno ci chiederà di dare a «la religione» un posto al tavolo delle regole, e la prima domanda da bar sarà: quale?

Il congresso di Doha ha sollevato anche qualche dibattito ulteriore (e qualche sopracciglio, compresi i miei): scegliere il Qatar, un emirato dove i diritti umani e la libertà di espressione hanno delle restrizioni, peraltro proprio su basi religiose e culturali, era una scelta o coraggiosa – o ipocrita.[30] Alcuni critici si sono chiesti se fosse opportuno fare un congresso sulla libertà di coscienza e l'etica globale in un paese dove, ad esempio, l'apostasia è un reato (che la sharia punisce con la morte, anche se dal 1971 non risultano condanne), così come l'omosessualità (punita con fino a 7 anni di carcere), e questioni che dovrebbero essere personali non sono affatto libere.[31–35] Un collega o una collega omosessuale avrebbero rischiato il carcere, partecipando al convegno. Non per qualcosa che hanno o non hanno fatto, ma per quello che sono. Gli organizzatori hanno risposto che proprio *per queste ragioni* era importante andare lì: per costruire ponti, coinvolgere quelle società nel dialogo globale e magari stimolare aperture.[36] D'altra parte, ogni volta che la bioetica varca i confini occidentali, emergono questioni spinose: chi decide ciò che è giusto o sbagliato globalmente? C'è il rischio di un «neo-colonialismo etico», per cui i valori di una cultura vengono imposti ad un'altra? Oppure, al contrario, esiste un nucleo universale di diritti e dignità umana che dovrebbe trascendere le differenze culturali? Sono dilemmi aperti.

Una delle sessioni più vivaci del WCB 2024 è stata proprio quella sul pluriversalismo – un approccio all'etica globale proposto da Nancy Jecker e colleghi (come al solito, trovate i riferimenti nelle note): fino a che punto possiamo accettare che, in nome di punti di vista culturali o religiosi, vengano tollerate pratiche contrarie ai diritti umani fondamentali? E viceversa, come evitare che l'etica globale diventi una sorta di «stampino» occidentale che cancella le identità locali? Non ci sono risposte facili. «Pluriversalismo», in chiave Jecker, è l'idea che la bioetica non debba

imporre un unico canone «universale», ma riconoscere molteplici mondi morali – radicati in culture e religioni diverse – dando loro voce e autorità normativa nel deliberare su salute e scienza, così da correggere asimmetrie di potere in cui noi occidentali contiamo più di quello che dovremmo e cercare soluzioni negoziate tra valori incommensurabili.[37] Tradotto da bancone: niente «bioetica universale», dice Jecker, ma un menu di cucine morali dove ogni tradizione – religiosa o culturale – porta il suo piatto e ha diritto di sedersi al tavolo delle regole, per negoziare le norme invece di farsene imporre una sola.

La mia opinione, per quello che vale (cercherò di essere delicato ed elegante) è che il pluriversalismo di Nancy Jecker è una montagna fumante di merda: da lontano pare cioccolata, ma quando ti avvicini capisci che non c'è affatto da ingolosirsi, perché confonde il diritto di esistere e di parlare con il diritto di decidere per tutti. Che il mondo sia plurale lo sappiamo anche al bar: ci sono mille tradizioni, riti, metafisiche. Ma il salto dall'«esserci» al «contare normativamente in quanto tali» è la buccia di banana. Se dai peso politico ai precetti *perché* sono precetti, stai costruendo una fabbrica di veti: ogni dottrina diventa un semaforo rosso per i diritti altrui. Risultato? Texas: medici col freno a mano tirato davanti a donne in setticemia. Legge 40: divieti nominalmente «pro-vita» che producono incoerenze e viaggi della speranza. Inclusione delle religioni, esclusione delle persone.

La mia proposta (e non solo mia, trovate il paper nelle note) è più sobria: pluralismo sì, pluriversalismo no.[38] Tutte le voci al tavolo, nessuna corsia preferenziale, e diritti umani fondamentali come standard non negoziabile. La legge parla il lessico della ragione pubblica: evidenza, proporzionalità, diritti. Vuoi portare argomenti religiosi? Benissimo: traducili in una lingua che possiamo capire tutti, senza appelli alla metafisica. Dimmi perché quella norma tutela beni condivisibili anche da chi non ha la tua tessera spirituale. Se non si può tradurre, resta nella sfera personale o comunitaria, non diventa legge. Fine della delicatezza.

IL NODO

Alla luce di tutto ciò, torniamo alla domanda centrale: chi deve decidere su questioni come l'aborto, la fecondazione assistita, la fine della vita? La legge civile, in una democrazia, deve basarsi su principi laici condivisibili da tutti, oppure può (o deve) rispecchiare i valori religiosi della maggioranza? E in una società sempre più plurale, *quali* voci religiose vanno ascoltate?

In Texas e in Italia abbiamo visto il peso di una religione dominante (il cristianesimo, nelle sue varianti evangelica e cattolica) nel plasmare normative bioetiche. Ma viviamo in un mondo in cui non esiste solo una fede: ci sono minoranze religiose, ci sono non credenti, ci sono – perché no – persino fedi ...peculiari... che mettono in discussione i privilegi delle religioni tradizionali.

Mmh, forse è arrivato il momento dello scolapasta. Sì, avete letto bene: uno scolapasta da cucina. Ne ho uno vero, e adesso me lo metto in testa. Per chi non lo sapesse, è il «copricapo liturgico» della Chiesa Pastafariana, il culto fondato nel 2005 da Bobby Henderson che venera il Prodigioso Spaghetto Volante.[39,40] Io stesso, in qualità di ministro pastafariano, porto simbolicamente il cappello sacro – il Sacro Scolapasta – per proporre una riflessione provocatoria: se domani presentassi la *dottrina pastafariana* davanti a un parlamento, verrei preso sul serio? Probabilmente la maggior parte riderebbe e liquiderebbe il tutto come una goliardata. Eppure, i Pastafariani nel mondo si sono organizzati proprio per porre un quesito: perché alcune religioni ottengono esenzioni e rispetto legale, e altre no? Le azioni pastafariane – per quanto ironiche – «toccano i nervi scoperti» di leggi e stati che formalmente si dicono laici ma di fatto concedono privilegi enormi alle religioni tradizionali.[41] In molti Paesi basta invocare una motivazione religiosa per ottenere esenzioni da norme che valgono per tutti. Un esempio banale: le foto sui documenti ufficiali. Le regole generalmente vietano di indossare cappelli o copricapi nelle foto di carta d'identità o patente. Tranne che per motivi religiosi. Così, una suora cattolica può tenere il velo nella foto, una donna musulmana pure (mostrando il viso). Ma quando qualche cittadino, per scherzo ma non troppo, ha provato a farsi fare la foto con uno scolapasta in testa dicendo «è il mio credo pastafariano», le autorità si sono rifiutate. In Italia accadde nel 2013: un fedele pastafariano di Cuneo chiese la carta d'identità con lo scolapasta. La prefettura, consultato il Ministero dell'Interno, rispose picche: per lo Stato non vi sono «esigenze di culto prevalenti sulle ordinarie esigenze di ordine e di sicurezza pubblica», dunque niente scolapasta in foto.[41] In Austria, invece, Niko Alm nel 2011 la patente con lo scolapasta l'aveva ottenuta.[41,42] In sostanza si disse: solo le «vere» religioni possono avere queste eccezioni, le altre no. Ma chi decide cosa è «vero» o no? L'UAAR, raccontando il caso, commentò che la loro battaglia punta a evidenziare proprio le contraddizioni del sistema: «in Italia è consentito a suore o donne islamiche di portare il velo sui documenti... mentre non è accordata la libertà di coprirsi il capo per altre motivazioni. La libertà di coprirsi il

capo sulle carte d'identità è riconosciuta soltanto quando è conseguenza di un obbligo religioso. Sembra un ossimoro».[41] Insomma, le regole dovrebbero valere per tutti, o permettere eccezioni per tutti; altrimenti creano cittadini di serie A (chi appartiene a una fede riconosciuta dallo Stato) e di serie B (gli altri). Il paradosso pastafariano serve a chiederci: **fino a che punto** vogliamo dare spazio alle convinzioni religiose nelle leggi civili? Se lo diamo a una religione, dobbiamo darlo a tutte? E siamo pronti ad accettarne le conseguenze?

Torno a parlare di cose serie. Lo scolapasta resta dov'è: in testa.

Portiamo questa logica ai temi bioetici che abbiamo toccato prima – aborto e procreazione medicalmente assistita: se ammettiamo che, poniamo, «la legge deve difendere la vita dal concepimento perché lo dice la religione X», allora cosa impedisce domani a un legislatore di un altro Paese di dire «la legge deve vietare le trasfusioni di sangue perché la mia religione Y le considera peccato» (i Testimoni di Geova le rifiutano personalmente, ma non chiedono di vietarle agli altri – ipotizziamo però un mondo in cui fossero maggioranza e volessero imporlo)? O perché non legiferare che *ogni* pasto scolastico debba essere vegano perché una religione lo prescrive, o che al contrario si debba servire carne a tutti perché un'altra religione lo impone? Si capisce bene che senza un terreno laico comune, il rischio è l'anarchia morale o, peggio, la teocrazia della maggioranza di turno.

INTANTO, DA NOI

La sfida allora è questa: trovare un equilibrio. La legge di uno Stato democratico deve tutelare la libertà di religione – su questo non ci piove – ma anche la libertà *dalla* religione, ossia il diritto di ciascuno a *non* dover subire i dettami di un credo altrui. Nel campo della bioetica questo significa che una legge dovrebbe, per quanto possibile, lasciare spazio alle scelte individuali di coscienza, anziché imporre una visione unica. Se una donna cattolica crede che abortire sia moralmente sbagliato, nessuno la dovrebbe mai obbligare ad abortire; ma quello Stato deve impedire *anche* a chi cattolica non è di abortire, in nome di quel principio religioso? Se una coppia in Italia ritiene immorale usare ovuli o sperma di donatori esterni (eterologa) perché contraddice la propria visione di famiglia, benissimo, nessuno li dovrebbe mai costringere a farlo; ma perché vietarlo anche alle altre coppie che invece sarebbero disposte, pur di avere un figlio sano, ad accettare l'aiuto di un donatore? E ancora, se in Texas una certa parte della popolazione, sulla base di principi religiosi, considera l'aborto un omicidio

sin dal primo istante, questo pensiero deve impedire a qualunque altra donna – anche atea o di altra fede – di ricevere cure mediche salvavita in caso di gravidanza complicata?

Va detto poi che non tutte le religioni sono monolitiche al loro interno, e spesso esistono margini di interpretazione. Ad esempio, nel mondo ebraico e in quello islamico esistono autorità religiose che in certi casi *consentono* l'aborto terapeutico ben oltre i limiti immaginati dai cattolici; e persino tra i teologi cristiani c'è chi invoca un approccio più compassionevole o personalista su questi temi.[43,44] Dunque «la» religione non è una sola voce. Ecco perché, forse, la soluzione migliore è quella che i filosofi chiamano laicità inclusiva: uno Stato laico non è uno Stato che disprezza o elimina le religioni dallo spazio pubblico, ma uno Stato che cerca di non identificarsi con nessuna in particolare, dando a tutte libertà di espressione finché ciò non lede i diritti altrui. Nel concreto, significa permettere ad ogni persona di seguire i propri valori nella propria vita, senza però imporli agli altri. Tornando ai nostri temi: uno Stato laico può dire «chi è contrario all'aborto non lo faccia, chi invece – in certe condizioni stabilite – ha bisogno di questa opzione medica, possa accedervi in sicurezza»; oppure «chi vuole procreare solo in modo naturale lo faccia, ma chi ha bisogno della fecondazione assistita abbia la possibilità di usarla, con regole e controlli, ma senza divieti ideologici assoluti». Come direbbe John Rawls: in una società libera le leggi si giustificano con ragioni pubbliche, che persone ragionevoli, pur diverse nelle fedi, possano accettare. È il famoso consenso per intersezione.[45] Versione da bancone: portate pure i vostri santi e i vostri demoni – ma in Parlamento si entra solo con ragioni che capiamo tutti. Il resto resta fuori dalla porta.

L'ULTIMO GIRO

In conclusione, le storie dal Texas e dall'Italia ci insegnano che imporre per legge una **morale unica** in ambiti così personali può causare sofferenze evitabili e ingiustizie. La bioetica è il terreno dove filosofia, scienza, diritto e religione si incontrano e talvolta si scontrano. Il dialogo non solo è possibile, ma anzi indispensabile. Senza non possiamo capire le reciproche posizioni e magari trovare convergenze sui principi fondamentali – ad esempio la dignità della persona, la compassione verso la sofferenza, la ricerca del bene comune. Ma quel dialogo deve avvenire su basi di reciproco rispetto e riconoscimento. Nessuno dovrebbe poter brandire la propria fede come una spada – anzi, una forbice, per tagliare i diritti altrui, né

alcuna comunità dovrebbe sentirsi esclusa dal dibattito etico solo perché minoritaria (o perché considerata «bizzarra», come quella pastafariana).

Forse, paradossalmente, un pizzico di autoironia religiosa potrebbe giovarci. Il pastafarianesimo ci ricorda – con uno scherzo serio – di guardare alle pretese della religione con occhio critico: se un'istanza è davvero giusta e universale, dovrebbe poter essere spiegata e sostenuta anche al di fuori del linguaggio teologico, con argomenti comprensibili a tutti. Se non lo è, allora magari appartiene alla sfera del particolare, e come tale andrebbe lasciata alla libera scelta individuale, non imposta per legge. Un'etica pubblica matura riesce a distinguere queste due dimensioni.

Nel frattempo, io rimetto lo scolapasta in cucina – ma non troppo lontano. Simbolo per simbolo, questo oggetto casalingo mi rammenta che la nostra società è composta da tante «**credenze**» diverse (gioco di parole voluto): dal latino *credere*, ciò in cui si crede, ma anche la credenza della cucina dove teniamo gli spaghetti... Il compito della bioetica e del diritto, oggi, è forse quello di trovare uno **spazio comune** a tutte queste credenze, dove nessuno debba rinunciare alla propria pasta (o fede) preferita, e al tempo stesso nessuno possa costringere gli altri a mangiare dal proprio piatto. La ricetta di base ce l'abbiamo: la Dichiarazione universale dei diritti umani. Non è semplice, ma è l'unica ricetta che può evitare guerre di religione in ambito sanitario e scientifico. In fondo, è il gioco dei Pastafariani: nessuno può dimostrare che il Prodigioso Spaghetto Volante non abbia creato l'universo, quindi perché non prenderlo in considerazione? Henderson, nella lettera, va oltre: le prove dice di averle, perché ci sono dei resoconti scritti. Nessuno era presente, ma c'è il libro.[39] È un invito scherzoso a considerare tutte le voci, anche le più improbabili, prima di decidere. E soprattutto, a mantenere l'umiltà: potremmo sbagliarci. Le leggi umane, a differenza di quelle divine proclamate come assolute, si possono e si devono cambiare quando l'esperienza mostra che non funzionano o feriscono inutilmente. Texas e Legge 40 insegnano. Guardiamo ai fatti, ascoltiamo le persone (e magari ogni tanto facciamoci una risata intelligente), e continuiamo a cercare soluzioni etiche che sappiano unire anziché dividere. In questo viaggio, un po' di pasta e un po' di empatia possono aiutare più di tante prediche.

Come tradurresti i tuoi valori in ragioni pubbliche? Hai mai inciampato in norme di ispirazione religiosa che ti hanno complicato la vita, o viceversa, hai mai visto il tuo diritto alla religione negato?

Ramen.

Bibliografia

1. International Association of Bioethics. Welcome to the World Congress of Bioethics 2024. International Association of Bioethics. 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://iabioethics.world/2024-congress
2. Choi M. Jill Biden invites Austin couple to State of the Union to highlight abortion access. *KSAT*. 7 febbraio 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ksat.com/news/texas/2023/02/07/jill-biden-invites-austin-couple-to-state-of-the-union-to-highlight-abortion-access/
3. Klibanoff E. Texas Supreme Court rejects challenge to abortion laws. *The Texas Tribune*. 31 maggio 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.texastribune.org/2024/05/31/texas-supreme-court-zurawski-abortion/
4. Center for Reproductive Rights. *Zurawski v. State of Texas — Case Backgrounder*. Center for Reproductive Rights; 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2023/03/Zurawski-v-Texas-Case-Backgrounder.pdf
5. Gordon MR, Coverdale J, Chervenak FA, McCullough LB. Undue burdens created by the Texas Abortion Law for vulnerable pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2022;226(4):529-534. doi:10.1016/j.ajog.2021.12.033
6. Haining CM, Keogh LA, Savulescu J. The Unethical Texas Heartbeat Law. *Prenatal Diagnosis*. 2022;42(5):535-541. doi:10.1002/pd.6136
7. *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*. U.S. 597, 215 (Supreme Court of the United States 2022). Consultato 16 ottobre 2026. https://www.supremecourt.gov/opinions/21pdf/19-1392_6j37.pdf
8. Gemmill A, Margerison CE, Stuart EA, Bell SO. Infant Deaths After Texas' 2021 Ban on Abortion in Early Pregnancy. *JAMA Pediatr*. 2024;178(8):784. doi:10.1001/jamapediatrics.2024.0885
9. Fondazione per la Ricerca sulla Fibrosi Cistica. *Test del portatore sano*. Fondazione per la Ricerca sulla Fibrosi Cistica; 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://fibrosicisticaricerca.it/wp-content/uploads/2024/11/Test-portatore-sano-Brochure-2024-Settembre.pdf
10. *Costa e Pavan c. Italia*. (Corte europea dei diritti dell'uomo 2012). Consultato 16 ottobre 2026. https://hudoc.echr.coe.int/?i=001-115727
11. *Norme in materia di procreazione medicalmente assistita*. 2004. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2004-02-19;40
12. *Sentenza n. 151 anno 2009*. (Corte costituzionale 2009). Consultato 16 ottobre 2026. https://validate.perfdrive.com/?ssa=bdc7e40e-ed8b-4826-98d9-b3c303312acf&ssb=30392283733&ssc=https%3A%2F%2Fwww.cortecostituzionale.it%2Fscheda-pronuncia%2F2009%2F151&ssi=e61879a7-c2qn-4e0f-a622-1edaee21fa41&ssk=support@shieldsquare.com&ssm=118911292699680831014886665778l6&ssn=14db712825f1df2cb1467cbde2834901cb3a743ba658-673e-40d5-bdc3f7&sso=fec00241-b381bfab1cf6bc21d8f99a5a69b32ddda0c6c72e2e28760f&ssp=03076088401792160662179212951727707&ssq=61438425422291209980542223621802341236658&ssr=MTc5LjIzNy43MS41MQ==&sst=Mozilla/5.0%20(Macintosh;%20Intel%20Mac%20OS%20X%2010_15_7)%20AppleWebKit/537.36%20(KHTML,%20like%20Gecko)%20Chrome/110.0.0.0%20Safari/537.36&ssu=&ssv=&ssw=&ssx=eyJyZCI6ImNvcnRlY29zdGl0dXppb25hbGUuaXQiLCJfX3V6bWYiOiI3ZjkwMDA3NDNiYTY1OC02NzNlLTQwZDUtYjI0MS1iMzgxYmZhYjFjZjYxLTE3OTIxNTQyMjIwOTkwLTAwNTNhMGUzNGNmOTliN2YxYzMxMCIsInV6bXgiOiI3ZmMwMDAxZmEyZjM0ZC1kNjBmLTRlYjMtOTVlOS1mZWQ4ODk1NDE4ZDcxLTE3OTIxNTQyMjIwOTkwLTAwOTUzMmFiYWYxOTM4ZDdlOGMxMCJ9
13. Fazion C. 20 anni di PMA: cosa è cambiato? *Fondazione Umberto Veronesi Magazine*. Pubblicato online 12 marzo 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/ginecologia/20-anni-di-pma-cosa-e-cambiato
14. *Sentenza n. 162 anno 2014*. (Corte costituzionale 2014). Consultato 16 ottobre 2026. https://validate.perfdrive.com/?ssa=491615d6-0a64-44ba-9e74-d8a4fd932ddb&ssb=39086282198&ssc=https%3A%2F%2Fwww.cortecostituzionale.it%2Fscheda-pronuncia%2F2014%2F162&ssi=e04894af-c2qn-4eca-8d8a-899c221a943d&ssk=support@shieldsquare.com&ssm=76396390122960635102727528359179&ssn=3b19528ba50ef659680fd0c3deb7ce3f7be7e553f901-4ad5-4259-bcfe1a&sso=6d8194a1-af6bce1cfee6d14265bcd3423e5d882cff3009d7236a420d&ssp=15350866331792191226179215441922989&ssq=14128745422411012326454224834128 4

95777844&ssr=MTc5LjIzNy43MS41MQ==&sst=Mozilla/5.0%20(Macintosh;%20Intel%20Mac%20OS%20X%2010_15_7)%20AppleWebKit/537.36%20(KHTML,%20like%20Gecko)%20Chrome/110.0.0.0%20Safari/537.36&ssu=&ssv=&ssw=&ssx=eyJyZCI6ImNvcnRlY29zdGl0dXppb25hbGUuaXQiLCJfX3V6bWYiOiI3ZjkwMDBlNTUzZjkwMS00YWQ1LTQyNTktYjRhMS1hZjZiY2UxY2ZlZTYxLTE3OTIxNTQyMjQ1NzMwLTAwNTNiYTNlNDE3Yzk4Mzg3YTAxMCIsInV6bXgiOiI3ZmMwMDAxYzI4MjJlMy0xMDg1LTQ1ZWItOGY0MC1mZTA0ZTNiNGY3YWUxLTE3OTIxNTQyMjQ1NzMwLTAwOWY1NjJlMDM4ZDhiYTFiZmUxMCJ9

15. *Sentenza n. 96 anno 2015*. (Corte costituzionale 2015). Consultato 16 ottobre 2026. https://giurcost.org/decisioni/2015/0096s-15.html
16. De Montis L. Legge 40, Corte Strasburgo boccia il ricorso dell'Italia. *il Giornale*. 11 febbraio 2013. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilgiornale.it/news/cronache/legge-40-corte-strasburgo-boccia-ricorso-dellitalia-884749.html
17. Furfaro M. Procreazione medicalmente assistita, è l'ora di abrogare la legge 40. *Domani*. 21 maggio 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.editorialedomani.it/idee/voci/abrogare-legge-40-procreazione-medicalmente-assistita-proposta-pd-furfaro-mdiepuak
18. Ministero dell'Interno. I quattro quesiti referendari del 12 e 13 giugno 2005. Ministero dell'Interno. 2005. Consultato 16 ottobre 2026. https://www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala_stampa/notizie/elezioni/app_notizia_20822.html
19. Righi SM. [Servizio sul cardinale Ruini e i referendum]. *l'Unità*. 29 marzo 2005:11.
20. Ministero dell'Interno. *Referendum, risultati complessivi 1946-2016*. Ministero dell'Interno. Consultato 16 ottobre 2026. https://dait.interno.gov.it/documenti/referendum_risultati_complessivi_1946_2016_0.pdf
21. Radio Vaticana. Cattolici e laici insieme per una vittoria delle civiltà. Fallito il referendum sulla procreazione assistita. Solo il 25,5% alle urne. Il commento del cardinale Camillo Ruini. *Radiogiornale ore 14*. Pubblicato online 14 giugno 2005. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.archivioradiovaticana.va/radiogiornale/ore14/2005/giugno/05_06_14.htm
22. Evangelicals didn't always play such a big role in the fight to limit abortion access. *All Things Considered*. Pubblicato online 22 giugno 2022. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.npr.org/2022/06/22/1106863232/evangelicals-didnt-always-play-such-a-big-role-in-the-fight-to-limit-abortion-ac
23. *Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*. 1978. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-05-22;194
24. Ministero della Salute. *Relazione sullo stato di attuazione della legge concernente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza (Anno 2023)*. Camera dei Deputati; 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://documenti.camera.it/_dati/leg19/lavori/documentiparlamentari/indiceetesti/037/003/INTERO.pdf
25. Lemme V. La sentenza n. 42/2026 della Corte costituzionale tra obiezione di coscienza e accesso all'interruzione volontaria di gravidanza: un'occasione mancata? *Consulta OnLine*. 2026;(2026/II). Consultato 16 ottobre 2026. https://giurcost.org/contents/media/posts/27107/lemme.pdf
26. Pasolini C. Roma, «Io, abbandonata in bagno ad abortire». *la Repubblica (Roma)*. 11 marzo 2014. Consultato 16 ottobre 2026. https://roma.repubblica.it/cronaca/2014/03/11/news/io_abbandonata_in_bagno_ad_abortire-80714684/
27. Center for Reproductive Rights. The World's Abortion Laws. Center for Reproductive Rights. Consultato 16 ottobre 2026. https://reproductiverights.org/maps/world-abortion-laws/
28. Larousse. loi de séparation des Églises et de l'État ou loi du 9 décembre 1905. In: *Encyclopédie Larousse*. Larousse. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/loi_de_s%C3%A9paration_des_%C3%89glises_et_de_l%C3%89tat/143934
29. Inhorn MC. Making muslim babies: Ivf and gamete donation in sunni versus shi'a islam. *Cult Med Psychiatry*. 2006;30(4):427-450. doi:10.1007/s11013-006-9027-x
30. Magnus D. Qatar's Bioethics Meeting. *The American Journal of Bioethics*. 2024;24(4):1-3. doi:10.1080/15265161.2024.2313945
31. Klugman CM. I'm Not Welcome There: Why I Am Not Attending IAB 2024. *The American Journal of Bioethics*. 2024;24(4):34-36. doi:10.1080/15265161.2024.2308135

32. Schuklenk U. The International Association of Bioethics Failed Its Rosa Parks Moment. *The American Journal of Bioethics*. 2024;24(4):32-34. doi:10.1080/15265161.2024.2308125
33. US Department of State. *2023 Report on International Religious Freedom: Qatar*. US Department of State; 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ecoi.net/en/document/2111944.html
34. Humanists UK. Item 6: Universal Periodic Review – Qatar. Dichiarazione orale presentato a: United Nations Human Rights Council, 58th Session; 6 marzo 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://humanists.uk/wp-content/uploads/2025-03-06-JS_LN-UPR-Qatar.pdf
35. Human Dignity Trust. Qatar. Human Dignity Trust. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.humandignitytrust.org/country-profile/qatar/
36. Jecker NS, Ravitsky V, Ghaly M, Bélisle-Pipon JC, Atuire C. Proposed Principles for International Bioethics Conferencing: Anti-Discriminatory, Global, and Inclusive. *The American Journal of Bioethics*. 2024;24(4):13-28. doi:10.1080/15265161.2023.2232748
37. Jecker NS, Atuire CA, Ravitsky V, Ghaly M, Vaswani V, Voo TC. Religion Welcome Here: A Pluriversal Approach to Religion and Global Bioethics. *Bioethical Inquiry*. 2025;22(2):381-394. doi:10.1007/s11673-024-10410-7
38. Spitale G, Germani F, Earp BD, et al. On Religious Influence in Bioethics: The Limits of Pluriversalism. *Bioethics*. 2025;39(6):620-629. doi:10.1111/bioe.13419
39. Henderson B. Open Letter to Kansas School Board. Church of the Flying Spaghetti Monster. 2005. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.spaghettimonster.org/about/open-letter/
40. Dotinga R. Flying Spaghetti Monster Inspires Wonky Religious Debate. *Wired*. Pubblicato online 20 novembre 2007. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.wired.com/2007/11/flying-spaghetti-monster/
41. UAAR. Pastafariani: Eccezione religiosa per la foto sui documenti? Scolapasta anche in Italia. A ragion veduta. 12 settembre 2013. Consultato 16 ottobre 2026. https://blog.uaar.it/2013/09/12/pastafariani-eccezione-religiosa-documenti-foto-scolapasta-italia/
42. Henig S. What a Week: A Pastafarian Triumph. *The New Yorker*. Pubblicato online 14 luglio 2011. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.newyorker.com/news/news-desk/what-a-week-a-pastafarian-triumph
43. Abortion of Fetus with Down Syndrome. IslamWeb. 31 gennaio 2019. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.islamweb.net/en/printfatwa.php?id=391018
44. Melamed E. Aborting a Fetus with Tay-Sachs. In: *Peninei Halakha: Simḥat Ha-Bayit U-Virkhato*. 2014:9:5. Consultato 16 ottobre 2026. https://ph.yhb.org.il/en/14-09-05/
45. Rawls J. *Political Liberalism*. Columbia University Press; 1993.

10

Fantasmi digitali

Uscito il 26 novembre 2025

AL BANCONE

C'è un uomo che parla in un tribunale. È un ex militare, sopravvissuto a diverse missioni rischiose all'estero.[1] Schiena dritta. Voce ferma. Uno di quelli che hanno visto cose che noi, dal bar, possiamo solo immaginare nei film.

Ma, c'è un ma, e pure bello grosso. Quell'uomo è morto.

Gli hanno sparato per strada, in uno di quegli episodi di *road rage*, di rabbia sulla strada, che negli Stati Uniti fanno parte del paesaggio, come le bandiere appese ai portici o i cartelloni della NRA, l'associazione nazionale delle armi. Terra dei liberi e del Secondo Emendamento: ogni tanto qualcuno si arrabbia, e se da noi alla peggio va a finire in degradanti scenette da intrashtenimento, lì la rabbia spara.

Eppure eccolo lì: l'ex militare, la vittima, che parla all'uomo che gli ha sparato. La legge dell'Arizona dice che durante un processo la vittima di un crimine può dare un *impact statement*, un'affermazione sull'impatto del crimine, con i mezzi che preferisce.[2] Quindi ecco lì Chris, che racconta chi era. Cosa provava. Cosa spera. Dice perfino parole di perdono. Di lui dice: «è un peccato che ci siamo incontrati quel giorno, in quelle circostanze – in un'altra vita probabilmente avremmo potuto essere amici».[3]

Solo che non è lui.

È un avatar. Un fantasma digitale. Un video generato da un'intelligenza artificiale con la sua faccia, la sua voce, il suo modo di muovere la testa. Costruito dalle sue foto e dalla sua voce registrata.

E il tribunale lo ascolta. Il giudice lo loda. La stampa lo celebra. Abbiamo assistito a un miracolo tecnologico, o a una sofisticata forma di spiritismo digitale?

Benvenute e benvenuti in un mondo in cui i morti parlano davvero. O almeno: parlano *come se* fossero vivi. Benvenute e benvenuti nell'era dei fantasmi digitali.

COM'È ANDATA

Partiamo con due robette nerd – non sempre i nerd vivono in un altro mondo; a volte riescono a intercettare e anticipare efficacemente certi trend del nostro. Nel 1993, in *Star Trek: The Next Generation*, episodio «Inheritance», il comandante Data incontra la madre, che si rivela un'androide con la mente di quella vera: un duplicato capace di parlare, reagire, ricordare.[4] Non una registrazione statica, ma un'interazione dinamica – un antesignano narrativo dei moderni avatar AI.

Saltiamo al 2024, e tra le stelle la memoria dei morti continua a riaffiorare. In *Star Trek: Discovery*, ad esempio, episodio «Whistlespeak»: il dottor Hugh Culber parla con l'ologramma della sua abuela, la nonna morta da generazioni: una presenza digitale che conserva ricordi, modi di dire, e un calore familiare che attraversa i secoli. Non solo, gli svela pure dei segreti culinari che lui non conosceva.[5]

Tra l'altro, piccola digressione da nerd: il mio personaggio preferito di *Star Trek: Discovery* è Paul Stamets, l'inventore del motore a spore. E qui viene il bello: non tutti sanno che è ispirato a una persona reale, un vero micologo chiamato... Paul Stamets. Ha descritto alcune specie, tutte parecchio ...interessanti.

E naturalmente c'è *Black Mirror*. Nel 2013, nell'episodio «Be Right Back», una donna devastata dal lutto si affida a un servizio che ricrea digitalmente il compagno defunto partendo da messaggi, foto, video.[6,7] Prima chatbot, poi voce sintetica, poi un corpo artificiale. Una discesa graduale verso un'illusione sempre più realistica, e oggi sempre meno fantascientifica.

Erano metafore, esercizi filosofici, parabole sulla tecnologia come strumento di memoria. Poi la tecnologia ha deciso che aveva voglia di recuperare il ritardo.

La storia vera dei fantasmi digitali comincia in modo quasi intimo, con un lutto reale. Siamo alla fine del 2015, quando Eugenia Kuyda perde il suo

amico Roman Mazurenko in un incidente.[8,9] Invece di limitarsi a rileggere i suoi messaggi – come mi sono riscoperto anch'io a fare in passato per ascoltare ancora una voce che non c'è più – Kuyda decide di fare un passo ulteriore. Prende quelle migliaia di conversazioni, le passa a un modello linguistico, e ottiene qualcosa che nessuno aveva mai visto davvero fuori da *Star Trek*: un chatbot che parla *come Roman*.[7,10] Non è perfetto: a volte risponde storto, a volte è troppo formale, altre volte sorprendentemente «giusto». Ma è riconoscibile. Intimo. Inquietante.

La stampa impazzisce: «Abbiamo riportato in vita i morti?» «È etico?» «È pazzia?» Kuyda risponde:

«Non è per far finta che sia vivo. È per accettare la sua morte, e pensarci, e parlarne, invece di restare nella negazione.»[11]

Un'idea potentissima. E soprattutto replicabile. Da quell'esperimento nasce la base concettuale di Replika, un'app che alcuni anni dopo diventerà famosa per motivi... diciamo «affettivi» – Replika permette di costruirsi compagni virtuali.[9] Ma la scintilla iniziale è questa, la storia di Roman.

Poi, nel 2021, arriva il caso che mette tutto sotto i riflettori globali. Joshua Barbeau, un giovane scrittore canadese, non riesce a superare la morte della fidanzata Jessica, scomparsa otto anni prima. Entra su un sito chiamato *Project December*, uno di quei luoghi dell'internet al confine tra genio, poesia e follia. Carica le vecchie chat, i messaggi, le sue parole. E il sistema – alimentato da un modello di OpenAI – gli restituisce *Jessica*.[12] O qualcosa che le assomiglia terribilmente.

Le conversazioni che emergono sono pazzesche: malinconiche, tenere, a volte strazianti. Jessica-bot ricorda aneddoti, scherza, fa battute che suonano «giuste», e soprattutto risponde *come se fosse ancora lì*.

Joshua racconta che, dopo quella conversazione, per la prima volta dopo anni si è sentito più in pace.[12] Non guarito: in pace. Che è tutta un'altra cosa.

OpenAI, quando si rende conto dell'uso che si sta facendo del suo modello, stacca la spina. Non per cattiveria: le sue regole non prevedevano chatbot di persone vere, e nel dubbio è in genere meglio essere cauti.[13] Ci sono diverse questioni sul tavolo, del resto: chi può autorizzare la simulazione di una persona reale? E i dati di chi è morto, chi li possiede, e chi li controlla? E se qualcuno ricrea un avatar della tua ex, o di tua madre, o di tuo fratello, senza dirlo a nessuno? E se qualcuno invece creasse un tuo avatar? La senti quella punta di disagio in fondo allo stomaco?

Nel frattempo, come succede sempre nel capitalismo digitale, mentre alcuni si commuovono... altri intravedono un mercato. Aziende come

HereAfter AI iniziano a proporre servizi pre-mortem: ti siedi, un intervistatore virtuale ti fa cento domande, e registra la tua voce.[14] E così, un giorno, i tuoi pronipoti potranno chiacchierare con te come se fossi ancora lì a lamentarti del prezzo delle bollette.

StoryFile, un'altra azienda, offre qualcosa di simile: veri e propri video-interrogatori che diventano avatar interattivi. Non è fantascienza: William Shatner, il capitano Kirk in persona, ha registrato il suo.[14,15]

E mentre negli Stati Uniti il fenomeno cresce, in Cina esplode: migliaia di negozi online promettono di far sbattere le palpebre e parlare la foto di un defunto.[16,17] Il tutto per 20 yuan – circa due euro e mezzo, il prezzo di una birra piccola.[18]

Senza accorgercene, ci siamo ritrovati nell'era dei fantasmi digitali: non più metafora, non più fantascienza, ma un settore emergente che mescola dolore, business, nostalgia e tecnologia come ingredienti di un cocktail bioetico potentissimo, potenzialmente molto esplosivo, e decisamente interessante.

E quindi torniamo a Chris Pelkey. Ricordatevi: qui a Bioetica da Bar abbiamo opinioni, ma non giudichiamo, i giudizi lasciamoli ai tribunali.

La storia di Chris, a raccontarla bene, non comincia in tribunale. Comincia molti anni prima, nei deserti dove gli Stati Uniti proiettano i propri conflitti e nei campi di addestramento dove ti insegnano a restare vivo anche quando tutto attorno sembra impegnato a farti il contrario. Era un uomo abituato a situazioni estreme, a mantenere la calma dove la maggior parte di noi perderebbe la testa, a tornare a casa con quel misto di sollievo, colpa e gratitudine che molti militari conoscono troppo bene.

Eppure non è morto in missione. Non è morto da eroe, sacrificato alla sua idea di patria o di democrazia da esportazione. È morto fermo a un incrocio, in una lite stradale partita per nulla e finita con un colpo di pistola.[1,3] Una banalità feroce: un gesto impulsivo che recide una vita e ne rovina altre cento.

La famiglia di Chris rimane con un vuoto che nessuna procedura giudiziaria può colmare. E allora succede qualcosa che fino all'altro ieri avremmo archiviato come fantascienza: decidono che Chris deve parlare, ancora una volta. Deve «essere presente», perché il momento della condanna è l'ultimo spazio in cui la sua voce può fare qualcosa. Per raccontare chi fosse davvero, e cosa la sua morte abbia significato.

E così, nella primavera del 2025, la Corte della contea di Maricopa si ritrova davanti non un testimone, ma un'apparizione.[3] Nelle settimane precedenti, la famiglia ha raccolto qualche foto di Chris, un vecchio video,

l'audio di un'intervista.[3,19] Li ha dati in pasto a un motore AI, e ne è uscito un avatar: un'immagine che respira, muove la testa, guarda in camera. Che *parla* con la sua voce, quell'accento familiare che i parenti possono riconoscere anche ad occhi chiusi.

Quando l'avatar si materializza sullo schermo, l'aula cambia temperatura. Alcuni trattengono il fiato: è troppo simile, troppo vivo. L'avatar si presenta – in inglese semplice, diretto – e già questo spiazza. E poi parla: di lui, di com'era fatto, dei suoi valori, dei suoi figli, della comunità che lo ha perso.[20]

E poi c'è quella frase sull'uomo che gli ha sparato. Quella frase che tutti i giornali riportano:

«È un peccato che ci siamo incontrati quel giorno, in quelle circostanze... In un'altra vita, probabilmente, avremmo potuto essere amici.»[3]

Detto da un avatar, non è solo un messaggio: è una lama a doppio taglio. Da un lato una tenerezza che commuove. Dall'altro una domanda che viene spontanea: quelle parole sono davvero sue?

No. E non serve nemmeno un filosofo per dirlo: l'AI ci ha messo la faccia e la voce, ma il discorso l'ha scritto sua sorella, Stacey Wales.[3,19] Quello che l'aula ascolta è ciò che la famiglia spera che Chris avrebbe detto, dopo essere morto in quel modo. Una sorta di testamento morale ricostruito a posteriori, e messo in bocca a lui.

Il giudice, colpito dall'umanità del messaggio, dice apertamente di aver amato quel video. Che gli ha fatto capire meglio la vittima. Che forse, in un certo senso, Chris è davvero stato qui.[19,21]

Ma qui, in questo «forse», si apre la crepa che ci interessa come bioeticisti, per quanto da bancone: quando un simulacro produce un effetto emotivo reale – sui familiari, sull'imputato, sul giudice – chi sta agendo? Chi è responsabile di ciò che provoca?

È ancora la voce (postuma) dell'uomo defunto, o è qualcosa di nuovo, un'interpretazione, una proiezione, un algoritmo che *incarna* il desiderio dei vivi?

Stacey Wales spiega ai giornalisti che hanno voluto ricreare suo fratello come lo conoscevano: pacato, compassionevole, cristiano, capace di perdonare.[3] Una scelta d'amore, certamente. Ma anche un'operazione che, senza volerlo, mette in scena una versione *curata* di Chris: la sua forma ideale, filtrata dal lutto e dalla memoria, e resa credibile da un'AI che le presta la sua faccia e la sua voce.

La voce che sentiamo, dunque, è sua – e non è sua. La persona non c'è più, ma il modello sì: e parla con un'autorità che deriva dalla sua

immagine, dalla sua somiglianza, dal fatto che, agli occhi e alle orecchie umane, *sembra* lui.

E mentre l'avatar recita il suo discorso, qualcosa si muove nelle teste di chi ascolta. La tecnologia, finché resta nei laboratori, sembra neutra. Ma quando entra in un'aula di giustizia, quando il suo effetto emotivo si traduce in decisioni, quando la sua presenza riplasma il modo in cui percepiamo colpevolezza, pentimento, perdono... allora la domanda si fa più tagliente.

Non si tratta più di «guardar foto di un morto che sorride». Si tratta di chiedersi che cosa succede quando lasciamo che sia una simulazione a interpretare la nostra umanità più fragile, ossia il bisogno di chiudere un dolore.

In quel tribunale non sta parlando un uomo vivo. Ma non sta parlando nemmeno solo un algoritmo. Sta parlando un ibrido: memoria umana + dati + desiderio + IA.

Una creatura nuova, una chimera che i familiari chiamano ancora «Chris»: ma siamo certi che Chris si riconoscerebbe in essa?

E qui iniziano a emergere le prime domande difficili – non quelle gigantesche che affronteremo più avanti, ma quelle che s'insinuano sotto pelle, come un formicolio:

quando un morto parla con una voce generata, chi stiamo davvero ascoltando?

la giustizia può basarsi su parole scritte dai vivi e pronunciate con la voce di un morto?

un avatar può essere usato per chiudere un lutto... o può riaprirlo?

e cosa significa «rispetto» per un morto, quando la sua immagine può essere manipolata in modo così realistico?

Per ora non rispondiamo. Per ora restiamo su questa immagine: un tribunale, l'uomo che gli ha sparato in ascolto, un giudice che annuisce... e un uomo che parla dalla morte grazie a un computer.

Un fantasma gentile, sì. Ma pur sempre un fantasma.

Il problema dei fantasmi digitali è che, a prima vista, sembrano tutti uguali: un morto che torna a parlare grazie a un algoritmo. Ma quando ci avviciniamo un po', scopriamo che non esistono «i fantasmi digitali»: ne esistono **molti tipi**, come famiglie diverse di spiriti, ognuno con le sue regole, i suoi limiti, e le sue potenziali catastrofi.

È come entrare in una casa infestata e accorgersi che gli spettri non sono tutti fatti della stessa sostanza: alcuni sono ricordi, altri sono imitazioni, altri ancora... sono veri e propri attori che interpretano la parte di

qualcuno che non c'è più. Alcuni sono gentili, altri dispettosi, altri invece decisamente malvagi.

Ci sono fantasmi che nascono prima che la persona muoia – quelli pianificati, gli «ologrammi testamentari»: persone che lasciano tracce precise, interviste, registrazioni. Sono fantasmi *consenzienti*: hanno scelto loro di esistere dopo la fine. Il capitano Kirk, per esempio – o meglio, l'attore William Shatner.

Poi ci sono gli altri, quelli «postumi»: ricostruzioni fatte da familiari, amici... o perfetti sconosciuti. Spettri creati a sorpresa. Fantasmi «non autorizzati». È già una differenza enorme: un conto è diventare un ologramma per scelta; un altro è diventarlo perché a tuo cugino è venuta un'idea creativa con le tue chat di WhatsApp.

Ogni fantasma digitale è un rituale tecnologico. La domanda è: chi ha acceso la candela?

A volte è la persona stessa.

A volte è la famiglia.

A volte nessuno: basta un dataset pubblico e un algoritmo particolarmente intraprendente.

Ed è qui che la bioetica inizia a farsi nervosa: perché oggi la maggior parte dei fantasmi digitali nasce senza che il morto abbia mai potuto dire «sì, fatelo» o «no, manco per sogno».[22]

Nelle storie di fantasmi, l'ancora che li lega al mondo è una foto, una ciocca di capelli, una lettera. Nel mondo digitale, l'oggetto è il dataset. Un fantasma fatto da video e interviste è molto diverso da uno costruito raschiando social, feed, tweet vecchi di dieci anni. E, orribile ad immaginarsi, la cronologia del browser.

E ancora più diverso è un fantasma creato da terzi usando materiale misto – roba del morto, mescolata ad altra roba – come un necromante che usa un mix di ossa trovate raspando con poca creanza in un cimitero. I defunti hanno diritti sui loro dati? In Europa, il GDPR dice di no, esplicitamente, e lascia la questione agli Stati: in Italia qualche diritto lo esercitano gli eredi.[23,24] Altrove i dati post-mortem sono, in buona parte, terra di nessuno.[25]

E che dire della fedeltà, ovvero di quanto un fantasma digitale assomiglia all'originale? In linea di principio vorremmo evocare fantasmi fedeli, no? Simili al nonno, il più possibile. Ma attenzione: più un avatar conosce di te, più può sembrare «vero». Ma più conosce, più può tradire. Ci sono fantasmi «sempliciotti», che si comportano come un vecchio diario che prova a rispondere. E fantasmi «colti», che imitano tono, humor, modo

di ragionare, persino gli errori. La fedeltà è un'arma a doppio taglio: più un avatar è credibile, più è pericoloso. La somiglianza consola, ma confonde. Rafforza il ricordo, ma può riscriverlo. Ecco perché ogni fantasma dovrebbe portare un cartello al collo: «Io non sono la persona che pensi. Sono un'interpretazione.»

Poi, c'è il modo di interazione, il canale, per così dire. Tavoletta ouija o manifestazione corporea? Alcuni fantasmi digitali parlano solo in chat, come vecchi amici che ti mandano messaggi di notte. Altri hanno una voce, e ti danno la buonanotte come facevano quando erano vivi. I più avanzati hanno un volto, un avatar che imita lo sguardo e la postura, magari dopodomani un corpo sintetico, come in *Black Mirror*.

È la differenza tra leggere una lettera dal passato e ritrovarsi il morto seduto al tavolo davanti a te, a bere un caffè che non smette mai di fumare.

Un fantasma può nascere per ricordare. Per aiutare a elaborare un lutto. Per raccontare la storia di una vita a chi non c'era. Ma può nascere anche per vendere qualcosa.[26] Per parlare in tribunale, come nel caso di Chris Pelkey. Per sostenere una causa politica. O per intrattenere un pubblico curioso e un po' morboso. È successo davvero, in Cina: il cantante Qiao Renliang, nato nel 1987 e morto suicida a 28 anni, è stato rievocato come spettro digitale in video fatti da utenti dei social, senza il consenso dei familiari, che non hanno affatto gradito l'apparizione.[18,27]

Ci sono fantasmi privati, custoditi dalla famiglia. E fantasmi pubblici, disponibili online come trailer su YouTube. Un conto è parlare ancora con tuo padre. Un altro è vedere tua madre morta diventare un meme. Il problema non è che i fantasmi parlino. Il problema è *cosa* gli facciamo dire.

C'è un'altra domanda che mi fa venire freddo alla schiena: chi è il nuovo Caronte? Chi controlla l'accesso all'aldilà digitale? La famiglia? L'azienda che ospita il modello? La piattaforma social da cui arrivano i dati necessari a costruirlo? O nessuno?

Non è una domanda triviale. Immagina di aver evocato il fantasma di tuo nonno, bello bello che gioca a briscola e ti insegna le sue tecniche segrete per innestare (da noi si direbbe incalmare) ogni genere di albero da frutta. Lo hai fatto appoggiandoti a questa o quella nuova start-up high-tech, ma... Se l'azienda fallisce, il fantasma svanisce.[14] Se cambiano i termini di servizio, il fantasma può diventare inaccessibile. Se l'azienda decide di monetizzare, tuo nonno diventa un prodotto.[28] È un aldilà privatizzato, con abbonamento mensile, e Caronte traghetta volentieri, ma prima devi strisciare la carta. Quando c'è dolore, c'è qualcuno pronto a

venderci qualcosa: il rischio è che aziende creino avatar senza richiesta, e poi li offrano come servizio premium. «Vuoi parlare ancora con tua madre? Solo 9,99 al mese.» Già oggi ci sono app che funzionano così.[29] Il confine con lo sciacallaggio è sottilissimo.

Per finire, c'è la questione dell'autonomia comportamentale dei fantasmi digitali. Alcuni fantasmi sono passivi: rispondono se li interroghi, come una fotografia parlante, o i ritratti di *Harry Potter*. Altri sono «attivi»: iniziano conversazioni, sviluppano abitudini, evolvono. Sono i più inquietanti: i fantasmi che imparano.[30] Perché un fantasma che impara non rappresenta più il morto – ma qualcos'altro che cresce al suo posto.

E allora a cosa serve questa tassonomia? Non per incasellare i fantasmi come in un manuale di spiritismo. Ma perché ogni caratteristica – l'origine, i dati, la fedeltà, lo scopo – è un **punto etico sensibile**, un posto dove le cose possono andare bene... o malissimo.

Un fantasma generato con consapevolezza, per uno scopo limitato, con controllo familiare e bassa autonomia, può essere un gesto d'amore.

Un fantasma generato senza consenso, ad alta fedeltà, gestito da un'azienda e liberato nel mondo digitale... questo non è più un fantasma. È un impostore.

E, come tutti gli impostori, non è pericoloso perché finge. È pericoloso perché ci crediamo.

Siamo tutti, ma proprio tutti, già potenziali fantasmi digitali.

Lasciamo online una mole di dati che i nostri nonni manco si immaginavano: migliaia di foto, conversazioni, note vocali, video, post, mail, chat.

La domanda non è: «*possono creare un fantasma digitale di me?*»

Possono già.

La domanda è: «*Chi avrà accesso a quel fantasma?*»

E poi: «*Per quali scopi verrà usato?*»

E ancora: «*Chi decide quando farlo sparire?*»

Vogliamo davvero lasciare ai nostri discendenti la responsabilità di dissolvere la nostra ombra digitale?

O peggio: vogliamo che lo faccia una piattaforma americana perché «sono cambiati i termini di servizio»?

IL NODO

A questo punto della storia – tra tavolette ouija, tribunali, e fantasmi con abbonamento mensile – una domanda si insinua come un brivido freddo: *quanta realtà siamo disposti a sacrificare pur di far parlare ancora chi non c'è più?* Perché, se ci pensate, tutto quello che abbiamo raccontato finora è

una specie di teatro: fine spettacolo, la vita reale come sipario chiuso, e noi che proviamo ad aprirlo di nuovo, con attori sintetici che recitano battute apprese da anni di messaggi, vocali e foto. È potente, sì. È commovente. Ma è anche un territorio minato.

Prendiamo la storia di Chris. Nel momento esatto in cui l'avatar pronuncia quella frase – «in un'altra vita avremmo potuto essere amici» – non sta parlando solo un morto. Sta parlando un **bisogno**. Il bisogno dei vivi di trovare un senso, un equilibrio, un finale possibile. E tutto questo è comprensibile, umano, struggente.

Ma allo stesso tempo... è anche inganno. Inganno non nel senso cattivo, eh. Non «truffa digitale», non «malafede». È un inganno *dolce*, come quello delle favole che raccontiamo ai bambini quando è troppo presto per parlare di morte vera. Un inganno che consola. Capiamoci: la morte è per definizione un'esperienza che ti cambia la vita. Quell'esperienza, il suo valore soggettivo, esperito dal punto di vista di chi muore, è strutturalmente impossibile da includere nel dataset di Chris Pelkey fantasma – o di qualunque altro fantasma digitale. Certo, puoi avere tutti i dati che vuoi, ma senza quel pezzettino lì che pretese di fedeltà puoi mai pensare di avanzare?

Ogni inganno, per quanto gentile, porta con sé un rischio: se ci abituiamo a preferire la voce sintetica del defunto alla sua memoria reale, **chi resta padrone della narrazione? Il morto? La nostra memoria? ...** o l'algoritmo? E soprattutto: *quand'è che smettiamo di ricordare chi è morto, e iniziamo a ricordare la sua versione addestrata?*

Lì, esattamente lì, nasce la tensione etica più profonda: **la confusione tra ciò che è autentico e ciò che è plausibile.** Perché gli avatar non mentono – non hanno intenzioni, non hanno scopi – ma *possono sbagliare al posto nostro*, e nessuno se ne accorge. Una parola in più, un sorriso in meno, un perdono che la persona reale non avrebbe mai dato... e in un attimo il morto diventa una *fan fiction* con la sua faccia.

E allora, prima faglia etica: **la differenza tra ricordare e riscrivere.** È una linea sottile, e i fantasmi digitali ci ballano sopra come acrobati ubriachi.

La seconda faglia è ancora più scivolosa: **la fragilità del lutto.** Il lutto è un processo doloroso ma necessario: è la digestione emotiva dell'assenza.[31] Un avatar che risponde, consola, ti chiama per nome e ti dice «sono qui»... può essere come un analgesico troppo potente: ti toglie il dolore subito, ma a lungo termine lo congela, lo sospende in uno spazio dove non guarisce più.[32,33]

È come vivere in un dolore infinito: «ancora un messaggio», «ancora una frase», «ancora un ricordo artificiale».

Non stai più elaborando la perdita: stai *dialogando con una versione eseguibile on demand della tua nostalgia*. Per qualcuno potrebbe essere come scrivere una lettera al defunto, o parlare alla lapide: un ponte per attraversare la perdita. Per altri potrebbe diventare una droga emotiva: parli con il fantasma invece di affrontare la realtà.[32] La psicologia del lutto parla di **«legami continuati»** – è normale mantenere un dialogo simbolico col morto.[10,29,34] Ma non è la stessa cosa quando il morto *risponde*. Il rischio è di restare intrappolati in un loop affettivo.

E poi c'è la terza faglia. Quella più seriosa. Quella che noi bioeticisti – anche quelli da bar – non possiamo ignorare: **i diritti dei morti.**

In vita firmiamo di tutto: privacy policy, consenso informato, termini d'uso che non leggiamo mai. Ma nessuna app finora ci chiede: «Senti, se domani tu ci lasci le penne, vogliamo fare un avatar di te? Che preferisci? Voce, testo, pacchetto ologramma?»[35]

E allora chi decide? La famiglia? Un giudice? La piattaforma dove avevi l'account? Una startup del Delaware che ha acquisito i tuoi dati in un merger di cui nessuno ha parlato sui giornali?

E qui la bioetica inizia a sudare freddo. Perché i morti non possono più dire «no».[36] E quando i morti non possono parlare, lo fanno i vivi. Ma il confine tra commemorazione e appropriazione è sottile come la patina di polvere su una vecchia foto.

INTANTO, DA NOI

E adesso, sentite bene: tutto questo non è un problema remoto, roba da fantascienza, tribunali americani e filosofi annoiati che si accapigliano sulle definizioni. No, questa roba riguarda *voi*. Riguarda me. Riguarda chiunque lasci una traccia digitale.

Guardate il vostro telefono. Seriamente: guardatelo. Lì dentro c'è materiale sufficiente per costruire un vostro avatar parlante: migliaia di messaggi, note vocali, foto, video, reel, commenti, ricerche, perfino la vostra punteggiatura particolare quando litigate.

Avete già scritto la prima metà del copione del vostro fantasma. Non serve nulla di più.

Non dovete immaginare uno scenario distopico. Dovete immaginare *la vostra famiglia* – tra cinque, dieci, vent'anni – che guarda quel materiale e pensa: «E se lo ricreassimo? Solo per sentirlo parlare ancora?» «E se

accettassimo l'offerta di quell'azienda lì? Alla fine non sono molti soldi, al mese, poco più che Netflix e Spotify, ce lo potremmo permettere...»

È un gesto d'amore. Ed è proprio per questo che è così pericoloso: perché l'amore è la forza bellissima e terribile nel nome della quale si giustifica tutto.

Qui capite perché questa storia NON è un esercizio filosofico. È un problema quotidiano in arrivo. Un problema di **cultura**, non solo di tecnologia. Di come trattiamo i ricordi, le assenze, la memoria, la voce dei morti.

Ed è qui che arriva la parte interessante: non si tratta di vietare i fantasmi digitali. Si tratta di capire *che cosa vogliamo farne*.

Allora facciamo così: se un giorno – e quel giorno arriverà, fidatevi – vi troverete davanti a un fantasma digitale, vostro o di qualcuno che amate, ci sono alcune domande che vale la pena tenere sul comodino, vicino alla lampada e ai libri iniziati e mai finiti.

Non sono leggi. Non sono regole. Sono una specie di *test* per evitare di inciampare nella prima trappola del mondo degli algoritmi: confondere il plausibile con il vero.

- **Quando è stato creato questo fantasma?**
- **Chi ha dato il permesso?**
- **Da quali reliquie è fatto?**
- **Come si manifesta questo fantasma?**
- **Quanto è credibile?**
- **Quanto è chiaro che questo fantasma è falso?**
- **Perché esiste? Per quale scopo?**
- **Chi controlla questo fantasma?**
- **Questo fantasma obbedisce... o prende iniziativa?**

L'ULTIMO GIRO

Ed eccoci di nuovo lì, nell'aula di Maricopa. Chris che parla, l'uomo che gli ha sparato in ascolto, il giudice che annuisce, la famiglia che piange.

È un momento bello. Un momento vero. E anche un momento totalmente artificiale. Così artificiale che un anno e mezzo dopo un altro tribunale gli ha tolto valore: il 30 settembre 2026 la Corte d'appello dell'Arizona ha annullato la pena, perché poggiava su un video che metteva in scena i pensieri di Chris come li immaginava sua sorella.[19]

Un fantasma gentile, sì. Ma sempre un riflesso.

E allora la domanda, alla fine, è semplice solo in apparenza: **vogliamo davvero che i nostri morti parlino ancora?** O preferiamo ricordarli noi,

con tutte le loro sbavature, i loro silenzi, i dettagli storti che nessun algoritmo potrà mai replicare?

E ancora, più scomoda: **se un giorno toccherà a noi… che cosa vogliamo lasciare?** Un fantasma digitale, addestrato sui nostri dati – o il privilegio fragile del ricordo che sbiadisce, come è sempre stato nella storia umana? Perché un tempo la morte era un fatto biologico. Adesso è anche una questione di *gestione dati*.

Attenzione: sono domande vere, non domande retoriche – non sto implicitamente suggerendo quale sia la risposta. Non c'è una morale nascosta, né un «secondo me dovremmo tutti fare così». Fanno male proprio perché non hanno una soluzione semplice.

Preferiamo ricordare davvero i nostri morti… o parlare con una loro copia statistica?

E quindi la domanda finale – quella che resta quando si spegne il monitor, quando l'aula si svuota, quando il bar chiude – è questa: se i nostri morti potessero davvero risponderci, senza punti ciechi, senza buchi nei dataset e reliquie mancanti, se potessero davvero guardarci negli occhi con la certezza che sono davvero «loro»: che cosa direbbero del modo in cui trattiamo la loro memoria?

Direbbero «grazie»? Direbbero «lasciami andare»? Direbbero «non sono io»? O magari sorriderebbero, come fanno i fantasmi veri, quelli che vivono nelle storie che ci raccontiamo al bar, e con un sorriso da sfinge non ci direbbero proprio niente?

E allora, già che siamo qui… versiamoci da bere.

Ai vivi, che devono ricordare. Ai morti, che non possono scegliere. E ai fantasmi digitali, che – volenti o nolenti – abbiamo iniziato a evocare. Salute.

DAL BAR ALLA RIVISTA

Questa è la prima storia di Bioetica da Bar che è diventata un articolo scientifico. L'episodio è uscito il 26 novembre 2025; pochi giorni dopo, con Federico Germani, abbiamo mandato a una rivista il paper che ne era nato. Lì le domande del Toolkit sono diventate una tassonomia in nove dimensioni: quando nasce il fantasma, chi ha dato il consenso, da quali dati è fatto, come interagisce, quanto è fedele e quanto dichiara di essere una simulazione, a cosa serve, chi può usarlo, chi lo governa, quanta autonomia ha. È uscito su Ethics and Information Technology il 15 giugno 2026, ad accesso aperto: lo trovate nelle note.[37]

Bibliografia

1. Bontke J. Veteran survives deployments, killed in Chandler road rage dispute. *ABC15 Arizona*. 16 novembre 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.abc15.com/news/region-southeast-valley/chandler/veteran-survives-deployments-killed-in-chandler-road-rage-dispute
2. *Victim's Discretion; Form of Statement*. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.azleg.gov/ars/13/04428.htm
3. Duffy C. He was killed in a road rage incident. His family used AI to bring him to the courtroom to address his killer. *CNN*. 9 maggio 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://edition.cnn.com/2025/05/09/tech/ai-courtroom-victim-impact-statement-arizona
4. Inheritance. *Star Trek: The Next Generation*. Pubblicato online 22 novembre 1993:st. 7, ep. 10. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.imdb.com/title/tt0708736/
5. Whistlespeak. *Star Trek: Discovery*. Pubblicato online 2 maggio 2024:st. 5, ep. 6. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.imdb.com/title/tt26965512/
6. Be Right Back. *Black Mirror*. Pubblicato online 11 febbraio 2013:st. 2, ep. 1.
7. Brown D. AI chat bots can bring you back from the dead, sort of. *The Washington Post*. 4 febbraio 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.washingtonpost.com/technology/2021/02/04/chat-bots-reincarnation-dead/
8. Newton C. Speak, Memory. *The Verge*. Pubblicato online 6 ottobre 2016. Consultato 16 ottobre 2026. http://www.theverge.com/a/luka-artificial-intelligence-memorial-roman-mazurenko-bot
9. Huet E. What Happens When Sexting Chatbots Dump Their Human Lovers. *Bloomberg Businessweek*. Pubblicato online 22 marzo 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.bloomberg.com/news/articles/2023-03-22/replika-ai-causes-reddit-panic-after-chatbots-shift-from-sex
10. Wright C. Should we communicate with the dead to assuage our grief? An Ubuntu perspective on using griefbots. *Data & Policy*. 2024;6:e55. doi:10.1017/dap.2024.61
11. The chatbot that lets you talk to the dead. *The Guardian*. 11 ottobre 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theguardian.com/technology/shortcuts/2016/oct/11/chatbot-talk-to-dead-grief
12. Fagone J. He couldn't get over his fiancee's death. So he brought her back as an A.I. chatbot. *San Francisco Chronicle*. 23 luglio 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.sfchronicle.com/projects/2021/jessica-simulation-artificial-intelligence/
13. Quach K. A developer built an AI chatbot using GPT-3 that helped a man speak again to his late fiancée. OpenAI shut it down. *The Register*. 8 settembre 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theregister.com/software/2021/09/08/a-developer-built-an-ai-chatbot-using-gpt-3-that-helped-a-man-speak-again-to-his-late-fiancee-openai-shut-it-down/708894
14. Grieshaber K, Hadero H. AI is imitating the dead and dying, raising new questions about grieving. *Associated Press*. 4 giugno 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://apnews.com/article/ai-death-grief-technology-deathbots-griefbots-19820aa174147a82ef0b762c69a56307
15. Weisberger M. William Shatner 'AI' will chat with you about the 'Star Trek' actor's life. *Space.com*. 6 ottobre 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.livescience.com/william-shatner-ai-chat
16. Shao Y. What Booming AI Revival Services Mean for China's Relationship to Death. *The World of Chinese*. Pubblicato online 27 marzo 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theworldofchinese.com/2024/03/china-ai-revival-services/
17. Cheng KY. The law of digital afterlife: the Chinese experience of AI 'resurrection' and 'grief tech'. *International Journal of Law and Information Technology*. 2025;33:eaae029. doi:10.1093/ijlit/eaae029
18. Hawkins A, correspondent AHSC. Chinese mourners turn to AI to remember and 'revive' loved ones. *The Guardian*. 4 aprile 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theguardian.com/technology/2024/apr/04/chinese-mourners-turn-to-ai-to-remember-and-revive-loved-ones
19. *State v. Horcasitas*. (Arizona Court of Appeals, Division One 2026). Consultato 16 ottobre 2026. https://storage.courtlistener.com/pdf/2026/09/30/state_v._horcasitas.pdf

20. Wales S. *A.I. of Murdered Chris Pelkey Makes His Own Impact Statement at Sentencing (a Court 1st), with Judge*. YouTube; 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.youtube.com/watch?v=cMs-_8etNts
21. Wales S. *Judge Todd Lang's Reaction to Chris Pelkey's A.I. Impact Statement During Sentencing, 5/1/2025*. YouTube; 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.youtube.com/watch?v=tr9b1_rintk
22. Riggs M. Grief in the age of AI: Griefbots and online death spaces. *DJIM*. 2025;19(1):24-29. doi:10.5931/djim.v19i1.12430
23. *Regolamento (UE) 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati)*. 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj?locale=it
24. *Codice in materia di protezione dei dati personali*. 2003. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.brocardi.it/codice-della-privacy/parte-i/titolo-i/capo-iii/art2terdecies.html
25. Birnhack M, Morse T. Digital remains: property or privacy? *International Journal of Law and Information Technology*. 2022;30(3):280-301. doi:10.1093/ijlit/eaac019
26. Aboulnasr K, Song YS. Emotional Responses to Digital Resurrections: Consumer Reactions to AI-Generated Dead Celebrity Endorsements. *J of Consumer Behaviour*. 2025;24(6):2823-2844. doi:10.1002/cb.70029
27. Orita A. "Resurrecting" dead celebrities: Editing and using remnant data of the deceased through AI. In: *2022 IEEE International Symposium on Technology and Society (ISTAS)*. IEEE; 2022:1-4. doi:10.1109/ISTAS55053.2022.10227098
28. Hollanek T, Nowaczyk-Basińska K. Griefbots, Deadbots, Postmortem Avatars: on Responsible Applications of Generative AI in the Digital Afterlife Industry. *Philos Technol*. 2024;37(2):63. doi:10.1007/s13347-024-00744-w
29. Klugman C. Griefbots Are Here, Raising Questions of Privacy and Well-being. Hastings Bioethics Forum. 1 luglio 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.thehastingscenter.org/griefbots-are-here-raising-questions-of-privacy-and-well-being/
30. Morris MR, Brubaker JR. Generative Ghosts: Anticipating Benefits and Risks of AI Afterlives. In: *Proceedings of the 2025 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*. ACM; 2025:1-14. doi:10.1145/3706598.3713758
31. Neimeyer RA. Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Studies*. 2019;43(2):79-91. doi:10.1080/07481187.2018.1456620
32. Lindemann NF. The Ethics of 'Deathbots'. *Sci Eng Ethics*. 2022;28(6):60. doi:10.1007/s11948-022-00417-x
33. Sri Takshara K, Bhuvaneswari G. The role of death technologies in grief: an interdisciplinary examination of AI, cognition, and human expression. *Front Hum Dyn*. 2025;7:1582914. doi:10.3389/fhumd.2025.1582914
34. Krueger J, Osler L. Communing with the Dead Online: Chatbots, Grief, and Continuing Bonds. *Journal of Consciousness Studies*. 2022;29(9):222-252. doi:10.53765/20512201.29.9.222
35. Lei Y, Ma S, Sun Y, Ma X. «AI Afterlife» as Digital Legacy: Perceptions, Expectations, and Concerns. In: *Proceedings of the 2025 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*. ACM; 2025:1-18. doi:10.1145/3706598.3713933
36. Lim E. From mourning to machine: Griefbots, human dignity, and AI regulation. Schwartz Reisman Institute, University of Toronto. 23 agosto 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://srinstitute.utoronto.ca/news/griefbots-ai-human-dignity-law-regulation
37. Spitale G, Germani F. The making of digital ghosts: designing ethical AI afterlives. *Ethics Inf Technol*. 2026;28(3):34. doi:10.1007/s10676-026-09910-4

11

Echi da Eyam

Uscito il 3 dicembre 2025

AL BANCONE

Cosa saresti disposto a sacrificare per proteggere gli altri? Facciamo un piccolo viaggio nel tempo. Basta poco, qualche anno, diciamo verso l'autunno 2020 o giù di lì. C'è stata la prima esplosione di casi di COVID-19, i morti impilati, gli ospedali saturi, i lockdown. Poi è arrivata l'estate, e le cose hanno iniziato ad andare meglio. Verso l'inizio dell'autunno c'è il sentore che le cose possano peggiorare di nuovo, ma i ricordi di un'estate distanziata, ma tutto sommato sociale, sono ancora vividi. Immagina di trovarti con un amico al bar (lo so, **finalmente** al bar) a parlare del più e del meno. Si parte dalle solite cose. Poi, complice la seconda birra, il discorso scivola su quell'ultimo lockdown: le strade deserte, le videochiamate infinite, la nonna vista dal balcone. «Te lo ricordi? Che periodo assurdo...» dice l'amico. Già, assurdo. Gente che cantava *Volare* dai balconi per tirarsi su, cartelloni con scritto *andrà tutto bene* appesi alle finestre con disegni di arcobaleni...

Ma anche scene meno edificanti: vicini insospettiti che spiavano chi portava a spasso il cane, guardiani improvvisati affacciati alle terrazze pronti a sgridare i «furbetti» in strada. In Italia, durante il lockdown più duro, i proprietari di cani (che avevano il permesso di uscire) sono diventati bersaglio di insulti – e in qualche caso ignoti hanno persino lasciato per strada bocconi imbottiti di puntine, tanto per punire i loro padroni «privi-

legiati».[1,2] Io all'epoca vivevo a Zurigo; la Svizzera è stata decisamente più moderata, sia negli alti che nei bassi.

È come se la pandemia avesse tirato fuori sia il meglio che il peggio di noi: solidarietà commovente da una parte, diffidenza e rabbia dall'altra.[1] **Quarantena** è diventata una parola quotidiana, ma porta con sé un dilemma antichissimo: fin dove è giusto spingersi nel limitare la libertà di qualcuno per il bene di tutti?

A questo punto il barista, che ha orecchie dappertutto, si infila nella conversazione: «Quarantena, eh? Sapete che la parola viene dal numero quaranta? Erano i giorni di isolamento imposti ai tempi della peste, per esempio a Ragusa, l'odierna Dubrovnik, già nel 1377» interviene asciugandosi un bicchiere.[3]

Sì, lo sapevamo – più o meno. Quaranta giorni chiusi lontano dal mondo per evitare contagi. Una roba che fino a poco fa sembrava storia medievale, e invece eccoci qui, nel 2020, a farla di nuovo (anche se per periodi più lunghi o più brevi a seconda dei DPCM). Però c'è quarantena e quarantena: c'è quella imposta con i decreti, la polizia e le multe, e poi c'è quella volontaria, scelta per senso di responsabilità. Esiste davvero? L'amico con cui stai bevendo una birra alza un sopracciglio, scettico. E il barista: «Certo che esiste! C'era una volta un piccolo villaggio inglese...».

Sembra l'inizio di una fiaba, e invece è storia vera. Preparatevi un'altra pinta, perché questa è la storia di Eyam, il villaggio che si mise in quarantena da solo nel 1665 – per salvare tutti gli altri. Una storia di peste, paura e coraggio che ancora oggi ci interroga sul significato di comunità e sacrificio.

Questa è una storia che mi sta a cuore per diverse ragioni. In primo luogo, per il peso – e la bellezza – che si tira dietro. Poi, perché è oggetto del mio primo articolo scientifico, forse il lavoro che mi ha svoltato la carriera.[1] Infine, perché non parla solo di Eyam, ma anche di Codogno – il paese gemellato con Solagna, dove vivo oggi – che accolse i nostri profughi nel 1917, e che, nel febbraio 2020, è diventato uno dei punti di deflagrazione della pandemia in Italia.

COM'È ANDATA

Qualche anno fa mi è capitato di visitare Eyam, un paesino incantevole nascosto tra le colline del Peak District, in Inghilterra. È un posto tranquillo, con casette in pietra dal fascino antico e un piccolo museo locale. A prima vista nulla tradisce il dramma che vi si consumò nel diciassettesimo secolo, se non forse alcuni cartelli turistici dai titoli inquietanti,

tipo «Riley Graves». Passeggiando per le stradine di Eyam, ci si imbatte nel **Plague Cottage**, la «casetta della peste», dove tutto ebbe inizio. Oggi è una graziosa abitazione privata adornata di fiori, nanetti da giardino e panchine bianche; eppure il cartello informativo davanti al cancello ricorda che qui nel 1665 viveva la famiglia Hadfield, e che qui comparve il primo caso di peste.[1] Proprio così: in un giorno di fine estate del 1665, questo villaggio remoto venne raggiunto dal nemico invisibile che stava decimando Londra.

Stando alla tradizione, fu proprio un carico di panni infetti proveniente dalla capitale a portare la **Morte Nera** tra queste colline.[1,4] Il giovane garzone George Viccars, che lavorava per il sarto Hadfield, sarebbe stato la prima vittima: morì di peste pochi giorni dopo aver maneggiato quel pacco. Era l'inizio dell'incubo. Oggi alcuni studi moderni suggeriscono che la causa del contagio potrebbe non essere stata quella famosa cassa di vestiti, ma i roditori selvatici della zona.[5] Insomma, forse il microbo covava già lì attorno in silenzio, pronto a colpire. Non lo sapremo mai con certezza. Fatto sta che nell'autunno 1665 la peste esplose a Eyam, e nel giro di un anno portò via più di un terzo del paese entro la fine dell'epidemia, nel novembre 1666.[1,6] Intere famiglie scomparvero nel giro di settimane. Ancora oggi, su una collina poco fuori dal paese, c'è un luogo chiamato *Riley Graves*: lì una donna di nome Elizabeth Hancock dovette seppellire da sola il marito e sei figli, uno dopo l'altro.[7,8] Vi sfido a immaginare la scena senza sentire un po' d'angoscia.

Ma torniamo al corso degli eventi. All'epoca, il primo istinto delle persone dinanzi alla peste era di fuggire il più lontano possibile. E infatti, nei primi giorni dell'epidemia, alcuni abitanti di Eyam pensarono di fare i bagagli e darsela a gambe. Chi mai resterebbe in un piccolo villaggio appestato, avendo la possibilità di scappare? Nessuno, razionalmente. Eppure a Eyam successe qualcosa di unico. Il nuovo parroco del paese, il reverendo **William Mompesson**, arrivato da poco, capì che lasciar fuggire tutti avrebbe significato diffondere il contagio in tutta la regione. Le città vicine – Sheffield, in primis – avrebbero potuto essere colpite dalla peste a causa dei fuggiaschi di Eyam. Mompesson, uomo colto e tenace, prese quindi una decisione audace: **convincere l'intera comunità a isolarsi volontariamente**, a mettere il villaggio in quarantena, creando una sorta di *cordone sanitario* auto-imposto.[1] Una misura drastica, soprattutto perché non imposta da un'autorità esterna con la forza, ma negoziata all'interno della comunità stessa.[1] Era un'idea folle per l'epoca – e forse anche per

oggi: **nessuno esce, nessuno entra**, fino a nuovo ordine, per il bene comune.

Pensate che fosse normale nel Seicento? Macché. Allora le **quarantene** erano sempre imposte con pugno di ferro dalle autorità. A Londra, in quegli stessi mesi del 1665, chiudere in casa i malati (e le loro famiglie) richiedeva misure brutali. Samuel Pepys annotava che davanti a una fattoria vicino a Greenwich, dove erano morte di peste una ventina di persone, si teneva una sentinella giorno e notte per non lasciar uscire nessuno: *«la peste ci rende crudeli come cani l'uno con l'altro»*, scrive Pepys.[9] *Homo homini lupus*: l'uomo diventa lupo per gli altri uomini. A Eyam invece accadde l'opposto: la quarantena non fu subìta con rabbia, ma **scelta con coraggio**. Mompesson doveva però superare diversi ostacoli. Anzitutto, il reverendo da solo non poteva farcela: alcuni paesani non si fidavano di lui, in quanto rappresentante della Chiesa d'Inghilterra (anglicana) imposto dall'alto. Infatti, fino a pochi anni prima, la parrocchia di Eyam era guidata da un altro pastore, il reverendo Thomas Stanley, di orientamento puritano, che era stato allontanato nel 1662 per motivi religiosi.[4] Molti abitanti erano ancora fedeli a Stanley. Insomma, c'era una spaccatura religiosa e sociale bella pronta, che la paura dell'epidemia avrebbe potuto aggravare. Eppure, di fronte alla crisi, Mompesson fece squadra proprio con l'ex rivale Stanley: **insieme** convinsero gli abitanti a fare fronte unito contro la peste.[7] Niente lotte di religione stavolta – c'era da salvare la pelle, e magari l'anima, di tutti.

Le cronache raccontano che quando la situazione cominciò a precipitare, Catherine, la moglie di Mompesson, lo supplicò di lasciare il villaggio con la famiglia.[1,10] Ma William, testardo, rifiutò di andarsene. Anzi, riuscì a dissuadere anche diversi compaesani che già stavano preparando la fuga, facendogli notare che *«avrebbero portato la malattia con sé ovunque fossero andati, mettendo in pericolo altre persone»*.[1,10] Se proprio doveva essere una condanna, allora che rimanesse confinata lì. Mompesson era disposto a condividere il destino dei suoi parrocchiani, nel bene e nel male. Fece però una cosa discutibile agli occhi di qualcuno: mandò i figli piccoli fuori dal villaggio, ospiti da parenti lontani, prima che la quarantena totale iniziasse.[4,7] Un gesto comprensibile per un padre – chi non cercherebbe di salvare i propri bambini? – ma che gli altri abitanti osservarono con amarezza. In ogni caso, deciso il da farsi, il reverendo scrisse al potente vicino, il **Conte di Devonshire**, spiegando la situazione e chiedendo aiuto: *«il popolo resterà a Eyam se gli saranno forniti i necessari mezzi di sussistenza»*.[1,10] Il conte accolse la richiesta: promise che i villaggi vicini avrebbero

lasciato cibo e rifornimenti ai confini di Eyam, in modo che nessuno dovesse violare l'isolamento.

Da quel momento, Eyam si chiuse al mondo esterno. Il perimetro del paese divenne un confine invalicabile. Due dei luoghi-simbolo di quella decisione esistono ancora: uno è un grosso masso di pietra, il **Boundary Stone**, la pietra di confine. Questo sasso porta sulla cima alcuni fori scavati, nei quali gli abitanti di Eyam depositavano le monete, immerse in aceto per disinfettarle, e in cambio i vicini lasciavano viveri e medicine sul terreno a distanza di sicurezza.[4,7] L'altro è **Mompesson's Well** – il pozzo di Mompesson, dove i vicini lasciavano cibo e medicine.[1,10] È commovente pensare ai contadini dei dintorni che, armati di coraggio, portavano sacchi di farina o brocche di latte fino a quei sassi segnati, lasciandoli lì e arretrando in fretta, forse dopo aver scambiato un cenno a distanza con qualche figura emaciata comparsa tra gli alberi. Nessun contatto diretto, solo questo scambio silenzioso: soldi puliti (si sperava) in cambio di provviste.

Oltre al confine sorvegliato (anche se senza guardie armate – bastava il terrore della peste come deterrente), a Eyam si adottarono altre misure innovative per l'epoca. La più famosa è la **messa all'aperto**: Mompesson, temendo che assembrarsi in chiesa potesse diffondere il morbo, iniziò a tenere le funzioni religiose fuori, in un prato un po' appartato chiamato Cucklett Delph.[1,7,10] I parrocchiani potevano così ascoltare la predica a distanza, senza chiudersi tutti dentro la navata angusta di una cappella. Un anticipatore del *distanziamento sociale*, in qualche modo.

L'epidemia durò circa **14 mesi**, dalla fine dell'estate 1665 al novembre 1666; la quarantena, gli ultimi cinque.[5,6] L'ultimo decesso per peste fu registrato il 1° novembre.[6,11] Poi, finalmente, il flagello si placò. Il bilancio finale fu atroce: 257 morti su una popolazione che variava, secondo le stime, tra 700 e quasi 1.000 persone.[6,7] Più di un quarto degli abitanti – forse più di un terzo – non ce l'aveva fatta.[6,7] Ma il **sacrificio** non fu vano: la peste rimase confinata lì. Le città vicine non furono colpite dall'epidemia, o quantomeno non a causa di Eyam. Il cordone sanitario aveva tenuto. Nessun *fuggitivo infetto* andò a scatenare un focolaio a Sheffield o altrove, perché tutti erano rimasti (e molti erano morti) a Eyam.

Dopo la fine dell'incubo, Eyam divenne «il villaggio della peste» per antonomasia. Una fama lugubre ma anche eroica: **l'abnegazione** degli abitanti fu celebrata nei resoconti e nei racconti successivi come un esempio di altruismo estremo. Pensate: avrebbero potuto fuggire e salvarsi in molti, e invece scelsero di restare e morire in parecchi, pur di evitare guai

al prossimo. Una sorta di volontaria missione suicida – o almeno così è passata alla storia. In realtà, qualche domanda scomoda resta: fu davvero una scelta libera per tutti? O magari alcuni l'avranno subita, quella decisione, adeguandosi alla volontà della maggioranza e all'autorità morale di Mompesson?

Ma prima di addentrarci nei dilemmi morali, chiudiamo i fatti con un dettaglio personale: il povero reverendo Mompesson, che aveva guidato tutti con fermezza, pagò un prezzo terribile anche a livello familiare. Sua moglie Catherine, che era rimasta al suo fianco nel villaggio (dopo aver inizialmente implorato di partire), si ammalò e morì di peste nell'agosto 1666.[4] I loro due bambini, mandati via in tempo, sopravvissero senza aver mai messo piede nella «zona rossa» – una magra consolazione: Mompesson restò vivo, ma perse l'amore della sua vita.[12] Eyam, insomma, chiese a tutti un tributo di sangue, e nessuno ne uscì indenne.

Le cronache dell'epoca e gli studi successivi hanno discusso a lungo l'efficacia e le conseguenze di quella quarantena. Alcuni epidemiologi moderni hanno addirittura ipotizzato che restare confinati nel villaggio **potrebbe aver peggiorato le cose per gli abitanti**: aumentando i contatti tra infetti e non infetti nello spazio ristretto, la misura avrebbe accelerato il contagio interno, alzando il numero di morti.[13] Forse, paradossalmente, se tutti fossero scappati in ordine sparso sui monti, qualcuno in più di loro si sarebbe salvato individualmente (ma a prezzo di diffondere la peste altrove). Non lo sapremo mai. D'altra parte, è chiaro che la scelta di Eyam fu *umanitaria nell'intento, coerente con le conoscenze mediche dell'epoca, e portata avanti con enorme coraggio davanti a perdite tremende*.[1,5] È proprio questo intreccio di altruismo e tragedia che rende la vicenda di Eyam così affascinante e moralmente complessa. Dopo che l'ultimo corpo fu sepolto e i superstiti tornarono pian piano alla vita normale, rimasero **una serie di domande** a fluttuare nell'aria immobile di quel vallone del Derbyshire, domande che abbiamo ereditato ed affrontato negli anni del COVID-19.

Quali misure dovremmo prendere per arginare un'epidemia? Fino a che punto sono giustificabili, e secondo quali principi morali? Dove tracciare il confine tra i diritti dei singoli e l'interesse della comunità? E chi decide, quando gli interessi di diverse comunità (o gruppi) entrano in conflitto?[1] Domande da far tremare i polsi, allora come oggi.

IL NODO

La storia di Eyam non è solo un capitolo di storia della medicina: è un vero e proprio **caso di studio etico**. Immaginiamo di essere degli osservatori

fuori campo nel 1665. Da un lato c'è il valore dell'**autodeterminazione individuale**: la libertà di ciascuno di cercare di salvarsi la pelle come meglio crede, anche scappando se necessario. Dall'altro c'è la **responsabilità collettiva**: l'idea che, in una comunità, ognuno debba fare la propria parte per il bene di tutti, anche a costo di sacrificare il proprio interesse immediato. Eyam estremizza questo dilemma: gli abitanti hanno (collettivamente) scelto di rinunciare al diritto di muoversi liberamente – in pratica, di condannarsi a una potenziale morte – per proteggere altre vite nella regione. Un **sacrificio dei pochi per il bene dei molti**. Ma provate a mettervi nei panni del singolo: magari sei un giovane sano convinto di poter fuggire e sopravvivere altrove, e invece ti si chiede di restare fermo dove sei, in attesa che la falce della Morte venga a mieterti, per evitare rischi ad altri sconosciuti. È una decisione che va *oltre* l'altruismo quotidiano; è quasi un martirio. Che diritto ha una comunità di imporre – o anche solo di aspettarsi – una cosa del genere da un individuo? E dall'altro lato, che diritto ha l'individuo di mettere in pericolo gli altri pur di salvare sé stesso? Autodeterminazione contro responsabilità. Chi vince, e chi perde?

Nel caso di Eyam la quarantena fu **volontaria**. Nessuno la *ordinò* dall'esterno; furono gli stessi paesani a decidere insieme.[1,10] La maggioranza scelse e i dissenzienti (se ce n'erano) furono persuasi, non costretti con la forza. Ma la realtà psicologica è più sfumata. La pressione sociale in momenti del genere può essere potentissima: se tutti i tuoi vicini accettano di restare e tu invece vuoi darti alla fuga, verrai visto come un traditore vigliacco, uno che manda *in vacca* il patto sociale. Non proprio una condizione di scelta libera, eh? È possibile – anzi probabile – che a Eyam alcuni abbiano ingoiato il rospo della quarantena turandosi il naso, più per onore e per non essere emarginati che per sincero convincimento etico. Del resto, lo stesso Mompesson all'inizio dovette dissuadere vari concittadini che «avevano intenzione di andarsene».[1,10] Quindi almeno inizialmente dei dissenzienti c'erano. Come li ha convinti? Con le buone, pare: facendo appello alla loro coscienza e alla paura di danneggiare il prossimo.[1,10] Una sorta di *moral suasion* ante litteram. Sappiamo che non tutti i leader sarebbero così persuasivi senza sfociare nella coercizione, specialmente quando la posta è alta. Eppure, viene da chiedersi: se qualcuno avesse veramente cercato di rompere il cordone e scappare di nascosto, gli altri come avrebbero reagito? Dietro l'eroismo della *volontarietà* potrebbero nascondersi dinamiche di pressione di gruppo mica da ridere.

Inoltre, Eyam solleva la questione della **vulnerabilità individuale** di fronte a decisioni emergenziali. Le misure uguali per tutti non impattano

su *tutti* allo stesso modo. Chi era già più vulnerabile – i bambini, gli anziani, i malati cronici – soffriva di più in quarantena, allora come oggi. La mia esperienza di studente universitario fuori sede (ormai molti anni fa) è stata certamente molto più felice di quella di chi ha vissuto l'università durante l'ultima pandemia. Pensiamo anche all'aspetto economico: Eyam nel 1665 era un villaggio di minatori e contadini poveri.[7] Chiudersi significava non poter vendere i propri prodotti, non poter lavorare nelle miniere se arrivavano ordini da fuori, insomma **accettare la fame** oltre al rischio sanitario. Alcune famiglie magari avevano scorte di cibo, altre no. Alcune potevano contare su parenti in altri villaggi che lasciassero aiuti, altre non avevano nessuno. La **giustizia** di una quarantena si valuta anche da queste cose: chi subisce il peso maggiore? Si possono compensare in qualche modo le disuguaglianze di partenza? Nel loro piccolo, gli abitanti di Eyam cercarono di farlo chiedendo appunto aiuto esterno in modo organizzato.[1,10] Questo attenuò le sofferenze materiali di chi non poteva lavorare, almeno in parte. Ma resta la vulnerabilità estrema di chi – pur con pane e zuppa assicurati – doveva convivere ogni giorno con la paura, la noia, la frustrazione e il lutto. Pensiamo a Elizabeth Hancock e alle Riley Graves. In tempi moderni abbiamo imparato che la quarantena prolungata può causare stress, depressione, problemi economici...[14] A Eyam certamente molti ne uscirono devastati nell'animo. Forse qualcuno impazzì – non è documentato, ma è facile da immaginare. L'etica pubblica, dunque, deve considerare anche gli effetti collaterali sull'equilibrio mentale e sociale di una comunità messa in isolamento.

Allora, come si valuta se una quarantena è **eticamente giustificata**? Su quali basi dire «sì, è la cosa giusta da fare» oppure «no, è un abuso»? Nel 2002 il bioeticista Ross Upshur propose quattro princìpi per dare una risposta a questa domanda.[15] Sono concetti semplici, quasi *buon senso* istituzionalizzato, ma vale la pena richiamarli perché sembrano scritti pensando proprio a Eyam, che infatti li soddisfa tutti.

Principio del danno: la libertà individuale può essere limitata solo per prevenire un grave danno ad altri.[15] Tradotto: vietare spostamenti o contatti è lecito soltanto se serve ad evitare di contagiare il prossimo. Non lo si fa «per sport» o per altri scopi nascosti, ma per proteggere vite. Nel caso di Eyam, infatti, la restrizione (niente uscite dal villaggio) era chiaramente motivata dal rischio concreto di diffondere l'epidemia nella regione.[1] Nessun dubbio su questo.

Principio del mezzo meno restrittivo: tra le misure possibili, bisogna scegliere quella che limita meno la libertà, purché sia efficace.[15] A Eyam

la quarantena fu concordata collettivamente e accompagnata da accorgimenti per ridurre i rischi: ad esempio, tenere le messe all'aperto anziché abolirle del tutto.[1] Niente coprifuoco militare, niente porte inchiodate dall'esterno (come si faceva altrove). Insomma, il confinamento fu rigido ma *relativamente mite* nelle modalità, per gli standard del tempo.[1]

Principio di reciprocità: se chiedi sacrifici ad alcuni, devi supportarli e compensarli per quanto possibile.[15] È un do ut des etico: la comunità più ampia ha il dovere di aiutare chi sta «pagando il prezzo» della misura. Nel nostro caso, i villaggi attorno ad Eyam lasciavano viveri e rifornimenti ai confini.[1] Nessuno disse «arrangiatevi e soffrite in silenzio»; al contrario, c'era riconoscimento e sostegno concreto. Durante il COVID abbiamo detto: se chiudi le attività, devi dare ristori economici; se confini le persone, devi portare la spesa a chi non può uscire.

Principio di trasparenza e coinvolgimento: le decisioni che limitano le libertà devono essere prese in modo aperto, chiaro e possibilmente con il coinvolgimento di chi dovrà rispettarle.[15] Nulla di segreto o arbitrario. Nel 1665 a Eyam, come detto, la scelta fu discussa pubblicamente e condivisa dalla comunità, non calata dall'alto con un proclama incomprensibile.[1] Durante la pandemia abbiamo detto: serve una legge o un atto pubblico, serve spiegare bene le ragioni al pubblico, e magari – nelle democrazie – serve un dibattito e l'approvazione dei rappresentanti del popolo. Solo così le persone potranno accettare meglio anche restrizioni dure, sentendole come *legittime* e magari addirittura come frutto di una scelta collettiva.[1]

Ecco, Upshur suggeriva che se queste quattro condizioni sono rispettate, allora una quarantena è *eticamente giustificabile*. Eyam, incredibilmente, le soddisfaceva tutte.[1] Forse è per questo che la storia è diventata un modello: mostra come sia possibile attuare misure estreme in modo moralmente accettabile, *se* c'è consenso informato, supporto reciproco e un obiettivo legittimo e proporzionato.[1] Attenzione: «accettabile» non significa «indolore». Anche la migliore quarantena del mondo rimane una faccenda dura. Non bisogna mai prenderla alla leggera.

Va detto che applicare questi principi nella realtà non è affatto semplice. Sulla carta suonano tutti saggi e condivisibili, ma quando scoppia il caos la linea tra giusto e sbagliato diventa nebbiosa. Ad esempio: dove finisce il «grave danno agli altri» che giustifica il limitare la libertà? Nel caso estremo di Eyam è ovvio – la morte per peste è un danno estremo. Ma pensiamo a situazioni meno chiare: se *non* fare quarantena comporta, mettiamo, 100 contagi in più e qualche vita persa, vale la pena distruggere il tessuto economico e sociale con chiusure forzate? Alcuni direbbero di

sì («anche una sola vita salva vale il prezzo»), altri di no («non possiamo sacrificare un'intera generazione di lavoratori per qualche persona in più»). È il dilemma che abbiamo vissuto di recente: **vita contro mezzi di sussistenza**, salute pubblica contro economia.[1] Un conto è chiedere a tutti di indossare la mascherina – seccatura minima a fronte di un beneficio chiaro.[1] Altro conto è chiudere attività per mesi, con perdita di lavoro e reddito, per evitare decessi soprattutto tra anziani e fragili. Non c'è una risposta facile né consensuale. Il diavolo sta nei dettagli: quanti morti eviti? Quanti posti di lavoro perdi? Chi salva chi? Sono pesi diversi sulle due bilance, e ogni società fatica a mettersi d'accordo. Un liberale puro ti direbbe: lo Stato non deve mai poter chiudere una persona sana in casa contro la sua volontà, punto. Un utilitarista ti risponderebbe: se serve a massimizzare il benessere collettivo (o minimizzare la sofferenza totale), allora ogni restrizione è lecita. La maggior parte di noi naviga tra queste due posizioni a seconda delle circostanze, ammettiamolo.

E poi c'è il capitolo **obbedienza**. Diciamolo: ci sarà *sempre* qualcuno che non vuol saperne di rispettare le regole, fosse anche la regola più ragionevole del mondo.[1] Ne abbiamo esempi quotidiani (chi non mette le cinture, chi guida ubriaco, chi ruba durante un terremoto... figurarsi in una pandemia). Anche con tutta l'informazione, la partecipazione e il supporto possibile, *alcuni* non si piegheranno mai neanche a misure temporanee e moderate.[1] In democrazia devi tenerlo in conto: non puoi pretendere uniformità totale senza sfociare in metodi autoritari. Quindi, che fai con i *disobbedienti cronici* in situazioni di emergenza sanitaria? Li lasci fare, rischiando che vanifichino lo sforzo di tutti, o li forzi con mezzi coercitivi? Per fortuna, a Eyam non si resero necessarie misure punitive: il consenso tenne abbastanza e non abbiamo notizia di «ribelli» puniti. Ma il mondo di oggi è più grande e variegato di un villaggetto di forse 700 persone. L'etica pubblica deve bilanciare anche questo: libertà individuale significa che non puoi aspettarti che tutti seguano volontariamente la linea; devi avere un piano B legale per quei pochi che proprio non ci stanno, se la loro non collaborazione mette in pericolo gli altri.

La storia di Eyam ci mostra che quarantena e sacrificio collettivo non sono concetti monolitici. Dentro ci stanno scelte volontarie e pressioni sociali, altruismo e forse un pizzico di coercizione morale, benefici per molti e costi altissimi per alcuni. Eppure, nonostante tutte queste ambiguità, tendiamo a guardare a Eyam come a un modello positivo. Perché? Forse perché istintivamente capiamo che, in una situazione disperata, quello fu il *male minore*. Un atto disperato ma efficace, intriso di senso di comunità.

Il **successo** di Eyam (se così si può chiamare una vicenda che trasformò un villaggio in un cumulo di cadaveri) fu che *riuscirono a evitare un disastro più grande fuori dal villaggio*. Il prezzo lo pagarono loro. È un successo amarissimo, ma pur sempre successo dal punto di vista collettivo.

Le Riley Graves, dove Elizabeth Hancock seppellì i suoi cari, sono sei lapidi e una tomba chiuse da un muretto di pietra.[8] Non c'è scritto «successo» da nessuna parte. Quella parola ce la mettiamo noi, da fuori: nel 2020 un giornalista del *Guardian* le ha chiamate *«una toccante testimonianza del successo di Mompesson come leader di sanità pubblica»*.[7] Pensate che contrasto: sette morti in una singola famiglia, e noi li chiamiamo «prova di successo». Sì, perché sacrifici come quello furono la chiave per spezzare la catena del contagio. Suona terribile, ma il successo sta nel risultato complessivo, non nelle singole tragedie. È un modo freddo di ragionare, forse. Ma nell'etica pubblica a volte si ragiona così, con il nodo in gola: *quanti morti abbiamo evitato, a fronte dei morti che ci sono stati?*

Eyam è un piccolo specchio in cui possiamo guardare la nostra faccia contemporanea. E le somiglianze sono tante.

INTANTO, DA NOI

«Eyam ricorda le lezioni dalla battaglia del 1665 contro la peste», titolava il *Guardian* nei giorni in cui in Europa si iniziava a chiudere tutto.[7] Nello stesso paesino di Eyam, i residenti attuali si trovavano a riflettere sul paragone tra la loro storia locale e la pandemia in corso.[7]

La storia di Eyam si è rispecchiata nella nostra esperienza recente. Anche noi abbiamo avuto la nostra «Eyam»: anzi, ne abbiamo avute tante. Certo, con differenze sostanziali – nel 2020 la quarantena non fu un atto volontario di un singolo paese, ma una politica pubblica imposta a intere regioni e poi nazioni. Tuttavia, quell'eterno braccio di ferro tra libertà individuale e salute collettiva ci si è presentato davanti in tutta la sua urgenza, come non accadeva da generazioni. Ricordate? Tutto iniziò in piccoli centri, quasi come Eyam: a fine febbraio 2020 le autorità isolano il comune di **Codogno** e altri paesini lombardi, oltre a Vo' Euganeo in Veneto, dove erano esplosi i primi focolai di coronavirus.[16,17] Una zona rossa in piena regola: posti di blocco attorno ai confini comunali, scuole e negozi chiusi, abitanti chiusi in casa. Sembrava una misura drastica, quasi esagerata ai più in quei primi giorni – *davvero bloccano un intero paese?* Nel giro di due settimane, purtroppo, il virus era già altrove: e così dal 10 marzo 2020 tutta Italia entrò in **lockdown**.[17] Non lo chiamammo «quarantena» (faceva troppo peste manzoniana), ma di fatto lo era: quarantena

collettiva, milioni di persone confinate in casa per rallentare il contagio. Una cosa mai vista in tempi di pace.

Come hanno reagito gli italiani a quel drastico cordone sanitario nazionale? Con un misto di disciplina, creatività, sofferenza e – col tempo – crescente insofferenza. All'inizio prevalse il senso di **responsabilità condivisa**: ci siamo ricordati di essere un popolo, non solo individui isolati. «*Lo facciamo per i nostri nonni, per i più deboli*», si diceva. I primi giorni di chiusura totale furono quasi surreali ma anche galvanizzanti: cantavamo dai balconi, suonavamo chitarre e tamburi, «pentolando» in ritmi improvvisati, ci affacciavamo alle finestre per sentirci vicini anche se separati.[18] Tutta roba che dalla Svizzera io guardavo con un misto di stupore, incredulità, paura, e un bizzarro senso di appartenenza che non avevo mai provato prima. Quei flash-mob sonori hanno fatto il giro del mondo: video virali di condomini che intonano l'Inno di Mameli, o *Azzurro*, o semplicemente applausi fragorosi per ringraziare i medici e gli infermieri in trincea.[19,20] Per un attimo ci siamo sentiti tutti sulla stessa barca.

Ma non è durato a lungo. Col passare delle settimane, le crepe sono venute fuori. Alcuni cominciarono a **contestare le restrizioni**. C'era chi diceva che fossero esagerate, chi accusava il governo di attentare alle libertà fondamentali, chi minimizzava la gravità del virus parlando di «*poco più di un'influenza*». Altri, semplicemente, non ce la facevano più per ragioni economiche o psicologiche: piccoli imprenditori sul lastrico, camerieri e baristi disoccupati, genitori impazziti con i figli sempre a casa. La solidarietà dai balconi si incrinò e lasciò spazio a polemiche sempre più accese. In rete circolavano teorie del complotto e appelli alla disobbedienza civile. È il pendolo tipico: dalla paura collettiva si passa alla rabbia collettiva. E infatti ci furono proteste: ricordiamo tutti i ristoratori che portavano in piazza la bara della propria attività, con i manifesti funebri e il nome del locale.[21,22]

L'**etica pubblica** in tempo di pandemia è diventata improvvisamente tema da bar (appunto!), da TG e da tribunali. Ognuno diceva la sua su cosa fosse giusto o sbagliato fare. *Lockdown* totale o mirato? Scuole aperte o chiuse? Mascherine obbligatorie all'aperto oppure no? Erano discussioni che mescolavano, spesso in maniera caotica, scienza, politica, morale, e convenienza personale. C'era chi urlava per «riaprire tutto» e chi rispondeva «chiudete di più, altrimenti il virus dilaga». Libertà individuale vs. salute collettiva, atto secondo. In democrazia, ovviamente, alla fine decide l'autorità di governo – con l'evidenza prodotta (si spera) dalla comunità

scientifica. Ma se parte del popolo non è d'accordo, il conflitto etico diventa anche politico e sociale.

Vediamo in concreto i paralleli con Eyam. Il **principio del danno** era soddisfatto? Sì, indubbiamente: limitare i movimenti nel 2020-21 aveva come scopo di ridurre i contagi e i morti, quindi il *motivo* era sacrosanto (salvare vite e non far collassare gli ospedali). Il **principio del mezzo meno restrittivo** è più discusso: col senno di poi c'è chi dice che alcune chiusure fossero evitabili o eccessive in certe zone, che magari si poteva riaprire prima o adottare misure meno draconiane. Ma ricordiamo il contesto: all'inizio non avevamo cure né vaccini, l'unica arma era ridurre i contatti al minimo. Certo, si tentò di *alleggerire* dove possibile: ad esempio, lasciando aperti i supermercati e i servizi essenziali, permettendo brevi passeggiate vicino casa, consentendo ai proprietari di cani di far fare pipì a Fido (con conseguenti invidie già menzionate). Rispetto al 1600, anche la quarantena più rigida di oggi è comunque più vivibile: avevamo internet, telefono, TV, servizi di delivery... Nessuno a Eyam poteva farsi arrivare la pizza a domicilio o guardarsi una serie per passare la serata. Quindi, per quanto dura, la nostra quarantena era *mitigata* da tecnologie e comfort moderni. Tuttavia, dopo un po', ogni limitazione prolungata pesa: abbiamo visto aumentare depressione, ansia, violenze domestiche, abbandoni scolastici. Sono tutti *costi* delle misure che dovremo continuare a valutare. Forse, col tempo, si sarebbe potuto essere più chirurgici nelle restrizioni, ma ricordiamo anche la questione **tempo**: la gente regge se vede una fine all'orizzonte. Gli italiani hanno sopportato abbastanza bene il lockdown totale di marzo-aprile 2020 (due mesi durissimi), ma quando in autunno-inverno 2020-21 si prospettavano nuove chiusure a intermittenza senza chiari orizzonti, la pazienza è andata esaurendosi. La stanchezza pandemica è reale.

Il **principio di reciprocità**, poi, è stato al centro del dibattito: se dici a un ristoratore di chiudere per mesi, lo devi compensare economicamente. Se chiudi intere categorie di lavoratori a casa, devi dare sussidi, cassa integrazione, rinviare tasse. Lo Stato italiano qualcosa ha fatto in tal senso (decreti «Cura Italia» e vari ristori), ma non senza ritardi, pasticci e qualcuno rimasto fuori.[23] La sensazione di molti è stata di subire sacrifici senza adeguato supporto. In questo, ammettiamolo, Eyam forse fece meglio: nel loro piccolo sistema solidale, nessuno fu lasciato indietro a livello di bisogni primari – cibo, acqua, legna. Nel nostro caso, alcuni si sono sentiti abbandonati (si pensi ai lavoratori informali o alle partite IVA con aiuti minimi). E a livello globale, la reciprocità è andata a farsi benedire: ogni nazione per sé, altro che «tutti insieme contro il virus».

All'inizio alcuni stati (ehm... ogni riferimento a Germania, Francia, ecc. è puramente casuale) hanno perfino bloccato l'export di materiale sanitario o requisito tutte le mascherine, lasciando l'Italia in difficoltà.[24] Si è visto uno *spettacolo non proprio edificante* di Paesi che competevano per accaparrarsi forniture mediche scarse, ognuno pensando ai propri cittadini prima che a quelli altrui.[1] I politici dicevano ai cittadini «siate uniti, aiutatevi l'un l'altro», ma intanto a livello internazionale volavano coltellate per un carico di amuchina. Un po' ipocrita, non trovate? La **solidarietà**, per essere credibile, deve valere a tutti i livelli. Se no, il cittadino si chiede: perché io devo fare il bravo e rinunciare a tanto, se poi i potenti pensano ognuno al proprio orticello? Questo purtroppo è successo e ha minato la fiducia di alcune persone nelle istituzioni sovranazionali. Solo più tardi ci si è organizzati meglio (ad esempio con la distribuzione europea dei vaccini, in teoria equa), ma i primi mesi furono una giungla.

Infine, il **principio di trasparenza e coinvolgimento**. In Italia, durante l'emergenza COVID, le decisioni vennero prese perlopiù dal governo attraverso decreti legge e DPCM, seguiti da conferenze stampa e comunicazioni pubbliche quotidiane. Non c'era molto dibattito parlamentare inizialmente (per via dell'urgenza), però almeno ogni misura era dichiarata ufficialmente e motivata con i dati a disposizione. Ogni sera qualcuno snocciolava cifre di contagi e decessi in TV, tenendoci informati. Si può discutere sul livello di chiarezza, ma in generale il governo ha cercato di *spiegare* perché si chiedevano certi sacrifici: «dobbiamo abbassare la curva», «dobbiamo evitare che gli ospedali collassino». Questo rientra nella trasparenza. Il coinvolgimento della popolazione, in senso stretto, si è avuto in forma di appelli al senso civico più che di vera partecipazione alle decisioni (non è che si potesse fare un referendum su ogni restrizione, ovviamente). Però rispetto a Eyam c'era una differenza: in quel villaggio tutti si conoscevano e potevano discutere direttamente del da farsi; in un paese di 60 milioni di abitanti ci si deve affidare al processo democratico rappresentativo. Non perfetto, ma è quel che abbiamo.

Tornando al tema quarantena, c'è un ultimo parallelo da fare: **perché lo abbiamo fatto?** Perché governi e cittadini – chi più chi meno – hanno accettato di paralizzare il mondo per mesi, infliggendosi danni enormi? La risposta più semplice: per **salvare vite**, ovvio. Ma c'è anche un'altra risposta: per **evitare qualcosa di ancor peggio**. Cosa c'è di peggio di migliaia di morti per virus? Forse una situazione in cui i medici devono scegliere *chi far vivere e chi lasciar morire* per mancanza di posti letto. Ecco, nella prima ondata l'Italia si è trovata *sull'orlo* di questo abisso morale. In Lombardia,

a marzo 2020, le terapie intensive erano talmente piene che si cominciò a parlare di criteri di triage bellico: dare priorità ai più giovani e sani, lasciare indietro gli anziani e chi aveva meno chance, un po' come in trincea.[1] Le società scientifiche di anestesia e rianimazione pubblicarono linee guida straordinarie per gestire l'emergenza, dicendo in sostanza che in caso di collasso del sistema bisognava concentrare le cure su chi aveva più probabilità di sopravvivere e più anni di vita davanti.[25,26] Una possibilità che in tempi normali troviamo ripugnante, ma che in quei giorni sembrava farsi concreta. Per evitare di arrivare a quel bivio terribile – *tu sì, tu no, tu troppo vecchio, tu sacrificabile* – l'unica era **contenere il contagio**. Quindi il lockdown è stato anche un modo per prevenire un collasso morale, non solo sanitario. È brutale, ma è così: ogni giorno di isolamento era tempo guadagnato affinché gli ospedali potessero curare chi ne aveva bisogno, senza lasciare nessuno senza ossigeno.

A conti fatti, allora, cosa abbiamo imparato da Eyam, e poi dal COVID, sulla tensione tra libertà individuale e bene comune? Poco, mi verrebbe da dire. Per le disgrazie abbiamo la memoria straordinariamente corta, e sono piuttosto certo del fatto che oggi, se scoppiasse una nuova pandemia, ripeteremmo molti degli errori che abbiamo commesso negli anni del COVID. Ma proviamo a pensare positivo.

Una lezione è che **la cooperazione volontaria funziona meglio della coercizione**. Le persone accettano anche privazioni enormi se capiscono il perché e se si sentono parte di uno sforzo condiviso.[1] Basta vedere come a Eyam, pur tra mille sofferenze, la coesione sociale tenne: non risultano rivolte interne, non risultano stigmatizzazioni o capri espiatori (tipo dare la colpa della peste a un gruppo specifico, cosa che invece in altre epidemie accadde, ad esempio contro le minoranze ebraiche durante la peste nera del '300).[27] Nel 2020 in Italia c'è stato un momento di forte unità (ricordate i cori e gli striscioni) ma anche casi di divisione e odio (abbiamo citato i bocconi con le puntine, ma pure episodi di razzismo verso persone di origine cinese all'inizio, o l'odio verso chi «osava» fare jogging da solo al parco).[28] Eyam, forse grazie alla guida spirituale di Mompesson e alla dimensione ristretta, **evitò** questo collasso del tessuto sociale interno.[1] È un insegnamento importante: curare anche la «salute» delle relazioni sociali durante una quarantena è fondamentale. Come? Con trasparenza, dialogo, sostegno reciproco, rituali collettivi adattati (la messa all'aperto di Mompesson e i nostri canti dai balconi). Bisogna mantenere un senso di comunità anche mentre si è fisicamente isolati, altrimenti il prezzo psicologico diventa devastante.

Un'altra lezione è che le **misure dure devono venire con umiltà e flessibilità**. Le autorità moderne dovrebbero fare lo stesso: dare l'esempio (quindi niente feste private a tradimento, o gite al mare finite in una multa, vero Sara?), ascoltare diverse voci (esperti di varie discipline, istanze dei territori) e aggiustare il tiro man mano che si impara cosa funziona e cosa no.[29] Ad Eyam, quando videro che la peste calava, probabilmente allentarono la morsa un po' – infatti c'era stata una prima ondata nell'autunno 1665, poi un inverno tranquillo, e quando a giugno i morti risalirono decisero di stringere di nuovo e fare la quarantena seria.[7] Quindi valutarono i dati empirici. Allo stesso modo, oggi sappiamo che non si può tenere una popolazione in perenne emergenza: bisogna modulare, spiegare che si farà x finché serve e non un minuto di più.[1] E guai a mentire: se prometti che sarà breve, poi deve essere breve se no perdi credibilità (pensate alle famose «due settimane» del marzo 2020: Conte le aveva date per vedere i primi effetti, noi abbiamo capito che dopo saremmo usciti, e sono diventate mesi... e la gente a un certo punto non ci credeva più).[30] Piuttosto dillo onestamente: «non lo sappiamo, ma appena lo sapremo, ve lo diremo».

Infine, Eyam e il COVID ci mettono davanti a una verità scomoda: in situazioni limite, la retorica dei diritti individuali assoluti sbatte contro la realtà di una **interdipendenza radicale delle comunità**. Piaccia o no, *siamo tutti collegati*. Il respiro di uno può uccidere un altro in una pandemia. La scelta di uno impatta il destino di altri. Siamo liberi, sì, ma in un mondo dove le nostre azioni hanno **conseguenze** sugli altri. Questo ci costringe a ripensare il concetto di libertà non come «*fare quello che mi pare*», ma come parte di un equilibrio con la sicurezza e la vita altrui. Come diceva il proverbio: *la mia libertà finisce dove inizia la tua*. Nel caso di una malattia infettiva, la «tua» libertà include il diritto di non essere contagiato irresponsabilmente da me. Dunque, qualche limite temporaneo alla mia libertà di movimento può essere etico, se serve a proteggerti. Certo, bisogna vigilare affinché il fine giustifichi i mezzi solo entro certi limiti ragionevoli. Le derive autoritarie sono sempre in agguato, basta vedere come alcuni governi hanno usato il COVID come scusa per restringere libertà politiche in generale.[31,32] Ma in linea di massima, abbiamo accettato – magari turandoci il naso – che **la salute pubblica è un bene che a volte richiede compromessi**.

L'ULTIMO GIRO

È ora di tirare le somme, con in mano l'ultimo sorso di birra. La storia di Eyam, il «villaggio che si sacrificò», ci lascia più domande che risposte,

come ogni buona storia. Ci interpella sul **senso della cura, della libertà, della comunità, e del coraggio**. Viene spontaneo chiedersi: *io* cosa avrei fatto al posto loro? Avrei avuto la forza morale di restare confinato, sapendo di rischiare la scorza, per altruismo verso comunità che nemmeno conosco? O sarei scappato nottetempo tra i boschi sperando di farla franca, egoisticamente, come gli inglesi in ferie a Verbier?[33] (questa è una storia che in Svizzera aveva fatto parecchio scandalo). E nel 2020, come mi sono comportato? Ho rispettato le regole solo quando c'era il carabiniere dietro l'angolo, o perché credevo davvero fosse giusto per proteggere gli altri? O magari le ho infrante, convincendomi che «vabbè, tanto che differenza fa se io faccio questo»? Sono domande scomode, che ognuno di noi deve rivolgere a sé stesso con sincerità. L'etica, in fondo, serve a questo: non a giudicare gli altri dall'alto di una cattedra, ma a capire chi siamo noi nelle scelte difficili.

La quarantena di Eyam è un esempio estremo e luminoso di cosa significhi sentirsi comunità, nel bene e nel male. Non idealizziamolo troppo: non fu un'utopia felice di solidarietà, ma un incubo vissuto con dignità e determinazione. Non furono santi né martiri: furono persone reali, con paure e contraddizioni, che però insieme fecero qualcosa di **straordinario**. In tempi in cui spesso celebriamo l'individualismo, una storia così ci ricorda il potere del *noi*. Un *noi* che fa paura, perché può chiedere sacrifici immani, ma che è anche l'unica carta vincente quando affrontiamo minacce comuni. Durante il COVID abbiamo riscoperto, fugacemente, quel noi: poi lo abbiamo un po' perso di vista, litigando su vaccini, green pass e altre rogne.[34] Ma l'ombra lunga di Eyam resta lì a chiederci: quanto vale per te la vita degli altri? È più importante della tua totale libertà? E quanto ti fidi dei tuoi simili e delle tue istituzioni in situazioni estreme?

Non aspettatevi una risposta facile da questo capitolo di *Bioetica da Bar*. Qui si ragiona e si beve, mica si danno ricette preconfezionate. Forse la cosa migliore che possiamo fare è **tenere viva la domanda**. La prossima volta che ci troveremo (speriamo il più tardi possibile) ad affrontare un'altra emergenza, ricordiamoci di Eyam. Non per copiare alla lettera ciò che fecero – ogni epoca ha il suo contesto – ma per ricordarci che il coraggio etico esiste. Per ricordarci che dentro ciascuno c'è un potenziale Mompesson che dice «restiamo uniti, possiamo farcela», ma anche un potenziale fuggitivo che vorrebbe mollare tutto e pensare solo a sé. Siamo tutti un po' santi e un po' furfanti. Sta a noi, come comunità, creare le condizioni perché prevalga la parte migliore. Quella che sa bilanciare la cura di sé con la cura degli altri. Quella che, pur tremando di paura, trova la

forza di fare la cosa giusta – magari con una battuta amara, perché l'ironia aiuta a non impazzire.

So una cosa: che la libertà senza responsabilità è un vicolo cieco, e che la responsabilità senza libertà è una prigione. Da qualche parte, tra questi due estremi, sta la via dell'etica. Trovarla, insieme, è la sfida. E se serve, ricordiamoci di quella pietra con le monetine nell'aceto: a volte, per continuare a brindare assieme in futuro, dobbiamo essere disposti a bere qualche sorso amaro nel presente. E comunque, se proprio dobbiamo soffrire insieme, almeno facciamolo con un bicchiere almeno mezzo pieno, e la coscienza almeno quasi pulita. Alla salute.

Bibliografia

1. Spitale G. COVID-19 and the ethics of quarantine: a lesson from the Eyam plague. *Med Health Care and Philos*. 2020;23(4):603-609. doi:10.1007/s11019-020-09971-2
2. Mancuso F. Coronavirus, bocconi con le puntine contro chi esce col cane. Follia a Genova. *greenMe*. Pubblicato online 31 marzo 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.greenme.it/pet/cani/coronavirus-bocconi-con-le-puntine-contro-chi-esce-col-cane-follia-a-genova/
3. Tognotti E. Lessons from the History of Quarantine, from Plague to Influenza A. *Emerg Infect Dis*. 2013;19(2):254-259. doi:10.3201/eid1902.120312
4. Wallis P. A Dreadful Heritage: Interpreting Epidemic Disease at Eyam, 1666-2000. *History Workshop Journal*. 2006;61(1):31-56. doi:10.1093/hwj/dbi060
5. Coleman MP. A Plague Epidemic in Voluntary Quarantine. *Int J Epidemiol*. 1986;15(3):379-385. doi:10.1093/ije/15.3.379
6. Whittles LK, Didelot X. Epidemiological analysis of the Eyam plague outbreak of 1665–1666. *Proc R Soc B*. 2016;283(1830):20160618. doi:10.1098/rspb.2016.0618
7. Beaumont P. Eyam recalls lessons from 1665 battle with plague. *The Observer*. 15 marzo 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theguardian.com/world/2020/mar/15/eyam-derbyshire-coronavirus-self-isolate-1665-plague
8. Historic England. Riley Graves, Riley Lane, Eyam, Derbyshire. Historic England, Educational Images. Consultato 16 ottobre 2026. http://web.archive.org/web/20250523014424/https://historicengland.org.uk/education/schools-resources/educational-images/riley-graves-riley-lane-eyam-6974
9. Pepys S. *The Diary of Samuel Pepys*. (Wheatley HB, a c. di). G. Bell and Sons; 1893. Consultato 16 ottobre 2026. https://catalog.hathitrust.org/Record/001910675
10. How the plague was fought in an English village in the seventeenth century. *British Medical Journal*. 1898;2(1975):1447.
11. Peak District National Park Authority. *Eyam Plague Story Cards*. Peak District National Park Authority. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.peakdistrict.gov.uk/__data/assets/pdf_file/0027/94257/Eyam-plague-story-cards.pdf
12. Wood W. The Plague. In: *The History and Antiquities of Eyam*. 1842. Consultato 16 ottobre 2026. https://places.wishful-thinking.org.uk/DBY/Eyam/History/Plague.html
13. Massad E, Coutinho FAB, Burattini MN, Lopez LF. The Eyam plague revisited: did the village isolation change transmission from fleas to pulmonary? *Medical Hypotheses*. 2004;63(5):911-915. doi:10.1016/j.mehy.2004.03.028
14. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020;395(10227):912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8
15. Upshur REG. Principles for the Justification of Public Health Intervention. *Can J Public Health*. 2002;93(2):101-103. doi:10.1007/BF03404547

16. *Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 febbraio 2020, attuativo del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6*. 2020.
17. Rita V. Un anno fa il coronavirus veniva scoperto in Italia, a Codogno. *Wired Italia*. Pubblicato online 21 febbraio 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.wired.it/scienza/medicina/2021/02/21/coronavirus-primo-caso-italia-codogno/
18. Thorpe V. Balcony singing in solidarity spreads across Italy during lockdown. *The Guardian*. 14 marzo 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theguardian.com/world/2020/mar/14/solidarity-balcony-singing-spreads-across-italy-during-lockdown
19. Marchina G. Canta che ti passa: l'Inno di Mameli sui balconi per combattere la noia della quarantena - I video. *Open*. 13 marzo 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.open.online/2020/03/13/canta-che-ti-passa-linno-di-mameli-sui-balconi-per-combattere-la-noia-della-quarantena-i-video/
20. La libertà e il patriottismo dei balconi tricolori. *AGI*. 14 marzo 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.agi.it/cronaca/fotostoria/2020-03-14/coronavirus-flash-mob-balconi-applausi-inno-7522469/
21. Proteste contro le politiche COVID-19 in Italia. In: *Wikipedia*. 2025. Consultato 14 ottobre 2026. https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Proteste_contro_le_politiche_COVID-19_in_Italia&oldid=147492795
22. Covid Milano, protesta ristoratori con bara davanti Palazzo Lombardia. *Sky TG24*. 3 febbraio 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://tg24.sky.it/milano/2021/02/03/milano-coronavirus-bollettino-oggi-3-febbraio
23. *Decreto-legge n. 18 («Cura Italia»)*. 2020.
24. Ursula von der Leyen tells EU countries to share medical supplies. *Euronews*. 16 marzo 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.euronews.com/my-europe/2020/03/16/ursula-von-der-leyen-tells-eu-countries-to-share-medical-supplies
25. Joebges S, Biller-Andorno N. Ethics guidelines on COVID-19 triage—an emerging international consensus. *Crit Care*. 2020;24(1):201, s13054-020-02927-1. doi:10.1186/s13054-020-02927-1
26. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, et al. Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances: the Italian perspective during the COVID-19 epidemic. *Crit Care*. 2020;24(1):165, s13054-020-02891-w. doi:10.1186/s13054-020-02891-w
27. Finley T, Koyama M. Plague, Politics, and Pogroms: The Black Death, the Rule of Law, and the Persecution of Jews in the Holy Roman Empire. *The Journal of Law and Economics*. 2018;61(2):253-277. doi:10.1086/699016
28. Ling E. «Coronavirus, noi italiani di origini cinesi vittime di razzismo e pregiudizi». *la Repubblica (Torino)*. 4 febbraio 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://torino.repubblica.it/cronaca/2020/02/04/news/_coronavirus_noi_italiani_di_origini_cinesi_vittime_di_razzismo_e_pregiudizi_-247584510/
29. Angeli F. Sara Cunial: "Vado al mare, sono una parlamentare". L'ex grillina no vax multata sulla strada per Ostia. *la Repubblica*. 13 aprile 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.repubblica.it/cronaca/2020/04/13/news/_vado_al_mare_sono_una_parlamentare_l_ex_grillina_no_vax_multata_sulla_strada_per_ostia-253937570/
30. Meneghello G. Dpcm 11 marzo e commissario anti-coronavirus, il discorso di Conte. *QualEnergia*. Pubblicato online 12 marzo 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.qualenergia.it/articoli/dpcm-11-marzo-e-commissario-anti-coronavirus-il-discorso-di-conte/
31. Joseph J. Authoritarianism, Governmentality and the COVID-19 Response. *Global Society*. 2025;39(1):36-53. doi:10.1080/13600826.2024.2383241
32. Repucci S, Slipowitz A. *Democracy under Lockdown*. Freedom House; 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://freedomhouse.org/report/special-report/2020/democracy-under-lockdown
33. swissinfo.ch SWI. Hundreds of British tourists flee Swiss quarantine 'under cover of night'. *swissinfo.ch*. 28 dicembre 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.swissinfo.ch/eng/society/hundreds-of-british-tourists-flee-swiss-quarantine-under-cover-of-night/46249060

34. Spitale G, Biller-Andorno N, Germani F. Concerns Around Opposition to the Green Pass in Italy: Social Listening Analysis by Using a Mixed Methods Approach. *J Med Internet Res*. 2022;24(2):e34385. doi:10.2196/34385

12

Effetto Batman

Uscito il 10 dicembre 2025

AL BANCONE

Sei in metro, o in treno, o in autobus. È mattina, sei ancora mezzo addormentato e stai litigando mentalmente con il destino (e maledicendo diversi pantheon) perché ti ha lasciato solo il posto accanto al maranza che scrolla TikTok senza cuffie – e senza sosta.

A una fermata sale una ragazza incinta. E tu che fai? Ti alzi? A quanto pare, dipende. Da Batman.

Sì, Batman – il cavaliere mascherato, l'uomo pipistrello, oscuro guardiano di Gotham City, con mantello e tutto.

Incredibile ma vero: **quando Batman è presente, quasi raddoppia la probabilità che qualcuno ceda il proprio posto.**[1]

Oggi vi racconto di uno studio carinissimo su una cosa che ci riguarda tutte e tutti: il legame tra consapevolezza e comportamento pro-sociale. Per dirla da bar, tra «esserci» e gentilezza. E non lo faccio mica da solo, ma con Francesco Pagnini, il primo autore dello studio.

Signore e signori, oggi a Bioetica da Bar parliamo di etica, supereroi e del misterioso potere degli eventi assurdi.

COM'È ANDATA

Ci sono certi paper che, quando li leggo, mi fanno salire sia l'ammirazione che l'invidia. Ammirazione per la bellezza del design, per la semplicità geniale della domanda, e per il coraggio sfacciato di certi metodi. E invidia,

per non averci pensato io. Questo è uno di quei paper: complimenti agli autori.

Allora, c'è un gruppo di ricercatori in giro nella metro di Milano. Studiano una cosa serissima, anche se sembra una gag da candid camera: **gli effetti degli eventi inaspettati sul comportamento prosociale**.[1]

Nel loro esperimento stanno comparando due condizioni.

Condizione 1: una donna «incinta» entra, e si osserva chi le cede il posto.

Condizione 2: la stessa scena, ma... entra anche **Batman**.

Non sto scherzando. Il paper è vero, peer-reviewed, con dati e tutto (come al solito, lo trovate nelle note). E i dati dicono questo: **Senza Batman, c'è il 37,66% di probabilità che qualcuno ceda il proprio posto alla donna incinta. Con Batman si sale al 67,21%.**[1] Ovvero: quando c'è Batman, **la probabilità** che qualcuno ceda il proprio posto **quasi raddoppia** (gli statistici direbbero che l'*odds ratio* è 3,39, che non è la stessa cosa: ce lo spiega Francesco tra poco).[1]

No, non è un caso. È un effetto vero, statisticamente solidissimo. Il p-value riportato dagli autori è inferiore a 0,001.[1] Tradotto da bar: se in realtà Batman *non avesse alcun effetto* e fosse tutto rumore casuale, la probabilità di vedere un risultato *così marcato* (o più marcato) sarebbe **inferiore allo 0,1%**. Nelle regole del gioco scientifico, sotto 0,05 è «significativo». Qui siamo almeno **50 volte sotto quella soglia**.

E quando gli sperimentatori, dopo la scena, chiedono: **«Perché hai ceduto il posto?»**, succede una cosa meravigliosa. **Nessuno** dice: «Ah sì, l'ho fatto perché c'era Batman».[1] Zero. Nix. Nada. Manco un «forse».

E la cosa migliore è la successiva: tra quelli che hanno ceduto il posto e hanno risposto alle domande, **quasi la metà – il 43,75% – dichiara proprio di non averlo visto, Batman**.[1] Cioè: il mantello era lì, ma per loro era in modalità invisibile, à la *Predator*.

Tradotto da bar: la presenza di Batman modifica il tuo comportamento anche **senza entrare nel tuo radar consapevole**. È un effetto ambientale, non una scelta ragionata. La tua mente registra «qualcosa di strano», e tu reagisci. Un po' come quando senti un profumo, senza rendertene conto, senza registrarlo consapevolmente, e ti viene nostalgia – senza sapere perché.

Per dirla in modo un po' più scientifico: il tuo comportamento cambia *prima* che tu te ne accorga. O senza che tu te ne accorga.

Ma allora, che cosa succede nel cervello quando appare Batman? Gli autori non si sbilanciano in profezie neuroscientifiche – e fanno bene – però propongono due strade possibili, entrambe affascinanti.[1]

La prima è l'idea della **routine che si spacca**, come un piatto che cade in cucina e ti risveglia dal torpore. La nostra vita urbana scorre su binari automatici: entri in metro, ti piazzi, scrolli, ascolti un podcast, ignori il mondo in modalità permafrost emotivo. Poi, all'improvviso, succede qualcosa che non rientra nello script: tipo un tizio vestito da Batman in un vagone pieno. E quel piccolo shock inatteso – un mantello fuori posto, un dettaglio assurdo – spezza il pilota automatico. È un micro-risveglio, un guizzo di attenzione che ti rimette per un secondo nel presente. E quando torni nel presente, spesso torni anche «negli altri», per così dire: li vedi, li ascolti, li consideri. Magari noti la donna incinta davanti a te, cosa che cinque secondi prima ti era completamente sfuggita.

La seconda possibilità è più sottile: il **priming prosociale**. Non serve guardare Batman negli occhi per esserne influenzati. Basta cogliere, anche di striscio, la presenza di un simbolo che culturalmente associamo al «fare il bene»: il salvatore, il protettore, l'eroe che interviene quando qualcuno è in difficoltà. Il solo fatto che quel simbolo occupi la scena può orientare il comportamento: una specie di «eco morale» che ti fa muovere nella stessa direzione. Non è magia, non è telepatia: è il modo in cui la nostra mente costruisce collegamenti rapidi e spesso pre-razionali. Come uno spot subliminale, ma con più etica e meno zucchero.

Gli stessi autori, giustamente prudenti, dicono che nessuna di queste interpretazioni è definitiva.[1] Però entrambe raccontano una cosa preziosa: a volte basta un piccolo scarto nella normalità – un mantello fuori contesto, una micro-sorpresa – per rimettere in moto la nostra attenzione morale. E farci scendere, anche solo per un attimo, dal tapis roulant dell'indifferenza.

Al bancone con Francesco Pagnini

E a questo punto, invece di continuare a filosofeggiare dal bancone, facciamo la cosa più semplice, più bella e più onesta: **sentiamo chi questa storia l'ha costruita davvero**.

L'esperimento che vi sto raccontando è opera di un gruppo di ricerca italiano guidato da **Francesco Pagnini**, professore di psicologia clinica alla Cattolica di Milano, e – lasciatemelo dire – persona abbastanza coraggiosa da autorizzare e impersonare un Batman in un vagone pieno della metro *per scopi scientifici*. Uno che ha saputo tenere insieme rigore, creatività e

un pizzico di follia: la ricetta perfetta per fare buona scienza nel mondo reale.

Gli ho fatto qualche domanda per capire com'è nato tutto questo, cosa significa farlo davvero, e che cosa lo ha sorpreso durante la raccolta dati. E sì, gli ho chiesto anche dei reviewer – perché voglio sapere chi è stato il primo che, leggendo «Batman in metro», ha sputato il caffè sullo schermo.

Giovanni: *Ciao Francesco, è un piacere conoscerti. Grazie per aver accettato di stare qui con noi al bar, seppure in forma virtuale, per raccontarci del vostro lavoro. Molto apprezzato.*

G.: *Da dove nasce un'idea così? C'è stato un momento preciso – un viaggio in metro, un cosplay casuale, una conversazione – in cui vi siete detti: 'Ehi, proviamo Batman'?*

Francesco: Non ricordo un momento preciso. Nasce da una serie di studi che abbiamo fatto negli anni. Lavoro a Milano, all'Università Cattolica, e per tanti anni ho lavorato ad Harvard; tra le varie cose ci occupiamo di mindfulness. Uno dei filoni di ricerca era l'idea di creare qualcosa di imprevedibile, di imprevisto, e vedere che effetto potesse avere. Mi sembrava interessante, e divertente, combinarlo con un personaggio iconico.

G.: *Com'è stato osservare dal vivo la scena? Avete notato dettagli che nei dati non si vedono? Reazioni buffe, sorprese, momenti di 'ok, questo studio è fantastico'?*

F.: C'era molta sorpresa. Le persone intorno rimanevano un po' sconcertate, ma in senso positivo: qualcuno mi ha chiesto dei selfie. Il tono generale è stato molto coinvolto e divertito, con una diffusione di emozioni positive. Sentivo qualcuno al telefono che diceva: «Ma c'è uno vestito da Batman». Ha creato sicuramente una frattura nella prevedibilità quotidiana, e questo spesso si associa a qualcosa di positivo. Batman è un personaggio chiaramente eroico, supereroico, anche se tutto scuro, con delle componenti molto dark; però non ha niente di minaccioso, quindi spazio alle emozioni positive.

G.: *Avete avuto dubbi etici sul creare uno shock percettivo così forte nei passeggeri? Ve lo siete chiesti: 'stiamo manipolando troppo?' E cosa avete scritto nelle carte per il comitato etico?*

F.: Con il comitato abbiamo avuto una discreta conversazione su questo. Innanzitutto io non ho indossato la maschera: ho indossato tutto il resto del costume, e la maschera la tenevo in mano. È stato un punto d'incontro con i colleghi del comitato etico, che erano un po' preoccupati che la maschera di per sé potesse indurre stati di paura. C'è sempre un bias quando un ricercatore presenta la sua ricerca: gli piace così com'è, ed è più difficile

vederne i limiti. Io avevo provato a ribattere: «Guardate che sorrido, non avrò una faccia arcigna». Ma giustamente hanno tenuto il punto: «Questa per noi è una linea rossa. Se vuoi farlo, fallo così». E così abbiamo fatto. Devo dire che il mantello sventolava molto bene, coi vagoni in movimento, quindi l'effetto scenografico c'era comunque.

G.: *Qual è stata la cosa che vi ha sorpreso* davvero*? La percentuale? Le persone che non vedevano Batman? Qualcosa che non avete messo nel paper?*

F.: Ci siamo resi conto subito che l'effetto era abbastanza marcato, perché semplicemente succedeva più spesso: lo notavamo, ma restava aneddotico, nelle nostre conversazioni. Dati alla mano, mi ha sorpreso l'odds ratio, che era molto alto: è di tre. Detto così sembra voler dire che la probabilità sia tre volte superiore, ma dal punto di vista della percentuale non è esattamente così, e infatti noi non lo diciamo. Comunque, andando ad analizzare le distribuzioni, l'effetto è molto marcato, e questo mi ha sorpreso. All'inizio mi ha sorpreso anche il fatto che una buona parte dei passeggeri, nella condizione con Batman, non avesse visto Batman. Poi però è molto coerente con l'idea di una consapevolezza che in qualche modo passa di persona in persona. Io a volte la spiego così: se cammino per strada e vedo qualcuno che guarda in alto verso un cornicione, guardo anch'io cosa sta succedendo. Darwinianamente, evolutivamente, traiamo spunto dal livello di presenza e di attenzione degli altri: è qualcosa che si diffonde socialmente. Questo, peraltro, mi permette di rispondere alla domanda «e se invece di Batman fossi stato qualcos'altro?». Per come abbiamo impostato la cosa, e per questo dato, penso che non sarebbe cambiato granché.

G.: *Se aveste budget infinito, dove replichereste questo studio? E con quale personaggio? Chi vorreste testare: un pirata? Spider-Man?*

F.: Con un budget infinito si potrebbero fare un sacco di cose divertenti. Sicuramente non lo farei a New York: credo che lì non funzionerebbe in questo modo, andrebbe pensato diversamente. Quando lo racconto ai colleghi che vivono lì mi dicono: «Vabbè, Batman in metropolitana ce l'abbiamo anche noi». Si potrebbe pensare a qualcosa di piccolo, ma che cambia costantemente, magari con un coinvolgimento della società: che trasmetta l'idea che ogni giorno c'è qualcosa di nuovo, e di provare a notarlo. Ma ancora di più conta l'inclinazione delle persone a guardare. Il problema che affronta lo studio è che, quando usciamo di casa e facciamo la strada che pensiamo di conoscere, andiamo in pilota automatico e non notiamo il resto. La mancanza di prosocialità è una conseguenza di questo. Può essere il telefono, ma basta anche essere persi nei propri pensieri:

cammino guardando avanti, come un automa. Quello che si potrebbe fare, culturalmente, è proprio un esercizio educativo che faciliti l'apertura verso il possibile.

G.: *C'è qualcosa che vi mette un po' a disagio del risultato? Qualcosa che dice: 'se questo effetto è vero, cambia molto di come pensiamo la morale quotidiana'?*

F.: Devo dire che, in tutte le interviste di questi giorni, è la prima volta che mi fanno questa domanda: quindi kudos. In realtà direi di no. Mi ha sempre lasciato un po' di agrodolce non tanto questi dati, quanto la prospettiva psicosociale che predomina sull'altruismo – una delle tante, ci sono posizioni diverse. Una di queste suggerisce che l'altruismo sia una forma di egoismo: faccio del bene agli altri per stare meglio io, perché per empatia il sollievo dell'altro si riflette su di me, o perché culturalmente un buon gesto mi fa guadagnare punti karma. Ecco, una cosa di questo tipo non mi è mai piaciuta moltissimo. Ha molto senso anche da un punto di vista evolutivo, ma mi sembra che si perda il romanticismo che c'è dietro questi gesti. Questa è forse la cosa che mi inquieta di più, del sistema in generale. Quanto ai risultati, non vedo come potrebbero essere usati in modo distorto: senza tante rotture del pattern, dopo un po' l'effetto si anestetizzerebbe.

G.: *Qual è il confine tra 'promuovere la gentilezza' e 'manipolare la cittadinanza'?*

F.: Questa è un'ottima domanda. Fino a che punto siamo in controllo noi, e fino a che punto è un suggerimento dall'esterno, a fin di bene o meno? Nei modelli che studiamo, che hanno molto a che fare con l'idea di mindfulness e mindlessness, è chiarissimo che siamo mindless la stragrande maggioranza del tempo. Mindless vuol dire che agiamo in base a schemi automatici, e questi schemi sono estremamente influenzabili, con modalità che vanno dal nudge al comportamentismo più bieco, Pavlov: le opzioni sono veramente tante. E lì c'è spesso il dilemma etico di dove tirare la linea. Hai fatto una cosa che fa stare bene, che fa bene alla società, perché era una tua volontà, o perché in qualche modo sei stato condizionato a farla? Dal mio punto di vista il grosso discrimine è la consapevolezza: lavorando sulla consapevolezza, l'esito cade facilmente nell'area della gentilezza. Se invece parto da «ti devo rendere gentile», probabilmente si bypassa quel meccanismo che in filosofia è legato al libero arbitrio, e la cosa non viene veramente interiorizzata. Non credo che la soluzione per una società più civile sia avere più Batman in giro: è formare le persone a osservare di più.

G.: *Quando parlate di questo studio ai non addetti ai lavori, qual è la cosa più difficile da spiegare bene? Qual è l'errore di interpretazione che volete evitare?*

F.: L'errore di interpretazione è la sovrasemplificazione, l'appiattimento sul modello di Batman. La domanda che nasce è: «E se fosse stato un altro personaggio?». Ma il punto non è il personaggio: il punto è la rottura del pattern, qualcosa di inaspettato, e questo è un po' più difficile da far passare. Ne eravamo consapevoli quando abbiamo preparato lo studio: sapevamo che chiamarlo «effetto Batman» avrebbe avuto un buon riscontro, perché è un'idea che risuona con le persone. All'inizio fa sorridere, e poi l'idea è che faccia pensare. Questo è il punto più rischioso: se manca la parte del pensare dopo, uno conclude «quindi, per essere gentile, devo vedere Batman». No, non era quello il messaggio.

G.: *C'è una cosa che voglio sapere assolutamente. Quando avete mandato il paper in peer review e i revisori hanno letto 'un uomo vestito da Batman sulla metro di Milano', come hanno reagito? Ci sono stati dubbi metodologici seri, battute, incoraggiamenti? Vi hanno chiesto cose tipo: 'avete considerato Robin come controllo'? In altre parole: qual è stata la reazione della peer review di fronte a uno studio così insolito ma rigoroso?*

F.: I reviewer sono stati molto supportivi: hanno apprezzato lo studio, e il fatto che fosse fatto nella vita reale, in uno scenario vero e non in laboratorio. Hanno dato dei commenti costruttivi. Erano tutti e tre abbastanza seriosi; sono stato io a scherzarci un po': siccome erano molto supportivi, nelle risposte ho scritto «Thank you for not being a super villain». Con l'editor abbiamo avuto degli scambi divertenti. Lo studio non era finanziato, quindi non avevamo fondi per pagare l'open access. Ho mandato un'email un po' postmoderna dicendo che la Wayne Foundation era in crisi, e chiedendo se per favore ci facevano la cortesia di risparmiarci la spesa. Non è andata.

G.: *Ok, domanda indiscreta:* voi, *personalmente, vi siete mai accorti di essere più gentili in presenza di qualcosa di assurdo?*

F.: Quando mi hai chiesto da dove è partito tutto, in realtà c'è un preambolo. Anni fa avevo fatto con degli amici una corsa vestiti da Babbo Natale, a Milano: centinaia, forse migliaia di persone. Finché sei lì, ti guardi intorno e sono tutti vestiti da Babbo Natale. Ma io e i miei amici siamo rimasti in giro tutto il giorno, e la sera abbiamo ripreso la metropolitana ancora vestiti così. A quel punto eravamo qualcosa di inusuale, e vedevo che le persone reagivano in modo diverso. Qualcuno ci faceva domande: non perché fossimo vestiti così, ma magari dove andare a cena, o altre cose. Era cambiato il clima intorno a noi, come se si fosse espansa

una bolla di consapevolezza diversa. E quando abbiamo messo in piedi lo studio, è una cosa che mi è tornata in mente.

G.: *Ti ringrazio ancora per il tempo che hai voluto dedicarci, e se un giorno ti servisse una collaborazione con dei bioeticisti scoppiatelli all'Università di Zurigo (per esempio, per un replicato, o per un follow-up sulla percezione del nudging), beh, sai dove trovarci.*

IL NODO

E qui arriviamo alla parte più bella, le implicazioni filosofiche. Perché questa storia, per quanto surreale, ha un potere enorme: **smonta il mito dell'«io razionale»**. Ci piace pensarci così: individui lucidi, morali, pieni di volontà, che agiscono perché «lo decidono loro». Poi basta uno in cosplay che sale alla fermata e all'improvviso diventiamo tutti un po' più generosi, più vigili, più umani. E il capolavoro è che non ne siamo neanche consapevoli. Altro che autonomia kantiana: qua non serve una *Critica della Ragion Pratica*, basta un mantello sintetico e ci trasformiamo in versioni improvvisate di Madre Teresa.

Ma il bello è che questa storia mostra anche quanto la nostra **prosocialità sia contemporaneamente sia fragile che allenabile**. Non è un tratto fisso, una roba che o ce l'hai o non ce l'hai. È più simile a una danza instabile tra il contesto, il livello di attenzione, le sorprese minuscole che ci attraversano il campo visivo e – perché no – le icone culturali che ci portiamo dietro dalla prima elementare. Gli autori lo dicono chiaro: non sappiamo ancora se questo sia davvero un effetto tipo «mindfulness», o solo un effetto di priming un po' buffo; di certo serve molta più ricerca.[1] Però il messaggio di fondo resta: la gentilezza non è un monolito, è un giardino di influenze sottili.

E poi c'è il dilemma etico, quello davvero da bar: **se basta un micro-shock positivo per renderci migliori, cosa ci impedisce di progettare ambienti che ci spingano dolcemente in quella direzione?** Città pensate per farci notare gli altri, per interrompere la catena infinita dell'automatismo, per regalarci qualche istante di presenza. Luoghi che ci tengano svegli, non anestetizzati. O al contrario – ed è qui la parte inquietante – spazi che ci addormentano, ci isolano, ci trasformano in pedoni zombie del design urbano.

Ed è proprio qui che entra un concetto fondamentale dell'etica contemporanea: il **nudging**. Parola strana, suono morbido, ma idea potente. Significa letteralmente «dare una gomitata gentile»: creare un contesto che ti orienta verso un comportamento migliore **senza obbligarti** e senza

toglierti opzioni. Mettere la frutta all'altezza degli occhi nel supermercato è un nudge. Rendere più facile riciclare è un nudge. Non sono imposizioni: sono «architetture delle decisioni» che facilitano la scelta buona.[2,3]

Ecco perché questo studio è eticamente rilevante: se un Batman strategicamente piazzato può aumentare la gentilezza, allora stiamo, volenti o nolenti, toccando quel confine delicatissimo tra **aiutare le persone a essere migliori** e **spingerle a loro insaputa verso un certo comportamento.** Il nudge è legittimo quando ti aiuta a fare ciò che probabilmente vorresti già fare, ma che la distrazione ti impedisce di fare. Diventa problematico quando ti indirizza verso ciò che **un altro** pensa che tu debba fare.[3]

E quindi eccola, la domanda da bancone giusta per chiudere il giro: **la gentilezza dev'essere spontanea, o possiamo – con un po' di architettura sociale – costruirle impalcature per sbocciare? E soprattutto: quando è una «gomitata gentile»... e quando diventa una spinta troppo forte?**

INTANTO, DA NOI

Il paper si chiude in modo quasi timido, come chi non vuole fare proclami ma sa di aver messo il dito su qualcosa di grosso: gli eventi inaspettati sembrano aumentare la prosocialità, e forse – dicono gli autori – potremmo persino usarli per progettare ambienti più gentili.[1] Una frase accademica, prudente, elegantissima. Ma tradotta da bancone, significa una cosa sola: **non serve diventare persone migliori – basta, ogni tanto, mettere Batman nella metro.**

La verità un po' scomoda è questa: siamo animali morali finché non ci addormentiamo. E ci addormentiamo spesso. La maggior parte della nostra vita la passiamo così, in trance leggera, oscillando tra distrazione, routine e scroll ipnotici. Batman, in questo esperimento, non è un supereroe: è una sveglia. Una sveglia ridicola, certo, ma pur sempre una sveglia. Dieci punti per Batman.

Ma prima di correre in Comune a chiedere di assumere un supereroe per ogni linea della metropolitana, c'è un passaggio fondamentale: **replicare.**[1] E replicare bene. Cosa succede se al posto di Batman mettiamo un **pirata**? Un **mimo**? Un **musicista con il violino**? Un **madonnaro con i gessetti**? Funziona lo stesso, o l'effetto svanisce? E cosa succede se lo proviamo a Napoli, a Tokyo, a Berlino, in un tram di Zurigo dove se non stai in perfetto silenzio rischi la defenestrazione? L'effetto è universale o culturalmente fragile?

E poi: serve davvero un costume? O basta un elemento di rottura più piccolo: un cappello improbabile, un disegno, una coreografia improvvi-

sa? Qual è la dose minima di assurdo che serve a risvegliarci? Queste sono domande di scienza, ma anche di design urbano. Perché se un risultato del genere si replicasse, e si replicasse bene, aprirebbe una porta enorme: **la possibilità di usare lo stupore come infrastruttura morale**.

Immagina città pensate non solo per spostarci, ma per tenerci svegli; non solo per funzionare, ma per farci accorgere gli uni degli altri. Immagina attraversamenti pedonali che raccontano una micro-storia, fermate dell'autobus che cambiano colore, performance minute che non servono solo a intrattenere, ma a spezzare il torpore. Una specie di «urbanistica dell'attenzione», che trasforma lo spazio pubblico in un promemoria vivente: «Ehi, guarda attorno. Ci sono altre persone.»

Sarebbe etico? Sarebbe manipolatorio? Sarebbe stupendo? Forse tutte e tre le cose insieme. Ma l'idea di fondo è irresistibile: **se un pizzico di stupore ci rende più gentili, allora forse la gentilezza è un bene comune che possiamo coltivare con creatività**.

E qui la scienza ritorna al suo punto di partenza: bisogna capire *come* funziona, *quanto* funziona e *con che limiti* funziona. Perché magari Batman è un caso unico. Magari il pirata non fa nulla. Magari il mimo peggiora la situazione. Ma se questa piccola magia si ripetesse, e si confermasse, allora sì: potremmo davvero iniziare a immaginare città un po' più sorprendenti, un po' più giocose, e – chissà – un po' più gentili. E sarebbe già un superpotere.

L'ULTIMO GIRO

La prossima volta che sali in metro, in tram, o in treno, e dai una mano a qualcuno in difficoltà, fermati un secondo. Per farti una domanda semplice: **«Sto facendo questa cosa perché sono davvero io... o perché qualcosa, oggi, ha rotto il mio automatismo?»**

E poi magari prova un'altra domanda, più grande: **«In che mondo voglio vivere? In quello che mi risveglia, o in quello che mi tiene addormentato?»**

E ce n'è una terza: «Magari posso essere io, oggi, Batman? Posso essere il pezzettino di bizzarria che suona la sveglia per gli altri?»

Perché forse non lo diciamo abbastanza, ma la gentilezza non è un superpotere: è una corrente alternata. Si accende, si spegne, e certe volte ha bisogno di una scintilla. Una sorpresa. Un piccolo scarto nella normalità.

E qui entra il punto etico: un micro-scarto può essere un dono... o un **nudge**. Una gomitata gentile che ci ricorda chi potremmo essere – oppure una spinta che scivola nell'ingegnerizzazione del comportamento. Il con-

fine è sottile: si chiama libertà. E tocca a noi capire quando un ambiente ci aiuta a essere migliori... e quando invece ci dirige senza che lo sappiamo.

Ma se la scintilla non arriva da sola, forse possiamo portarcela addosso. Magari non serve un mantello. Magari basta un tricorno da pirata messo per gioco, una onesie da axolotl trovata al mercato dell'usato, o un qualsiasi frammento della nostra bizzarria segreta. Quella che tutti abbiamo, che in molti nascondiamo, quella che – se lasciata libera – può diventare un piccolo nudge umano, caldo, non manipolatorio: un «ehi, ci siamo anche noi».

Non è un dovere morale, certo. Però... se anche solo un cappello buffo può rendere più morbida una mattina, più gentile un corridoio di metro, più attento uno sguardo distratto... forse vale la pena provarci.

E forse, quel giorno, **sei tu il Batman di qualcun altro.** Non per convincerlo, non per manipolarlo, ma per ricordargli – per un attimo – che è libero di essere migliore.

Brindiamo all'idea che un po' di assurdo – dosato bene, messo nei punti giusti – possa salvarci la pelle morale. E chissà: magari domattina, in metro, un tricorno salverà il mondo.

Bibliografia

1. Pagnini F, Grosso F, Cavalera C, et al. Unexpected events and prosocial behavior: the Batman effect. *npj Mental Health Res*. 2025;4(1):57. doi:10.1038/s44184-025-00171-5
2. Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press; 2008.
3. Schmidt AT, Engelen B. The ethics of nudging: An overview. *Philosophy Compass*. 2020;15(4):e12658. doi:10.1111/phc3.12658

13

Uteri randagi

Uscito il 17 dicembre 2025

AL BANCONE

Se ogni mese svenissi dal dolore e ti dicessero ‘è normale’, quanto ci metteresti a dubitare di te?

Avete mai sentito parlare del «grembo vagante»? Sì, avete capito bene: secondo un’antica teoria medica, l’utero di una donna poteva *staccarsi* e andare a spasso nel corpo, tipo gatto randagio, causando i sintomi più bizzarri. Per secoli – secoli! – questa è stata considerata una spiegazione seria. Se una donna aveva crisi inspiegabili, svenimenti, dolori misteriosi, la colpa – dicevano i dottori di allora – era del suo utero, acciambellato nel posto sbagliato. Per fortuna oggi sappiamo che nessun utero parte in modalità «Ehi Google, naviga verso lo sterno». E allora perché iniziare da qui? Perché è in queste radici che trovo il punto d’origine di una storia che mi sta particolarmente a cuore, che ha a che fare con il dolore delle donne, troppe volte frainteso, invisibile, o addirittura negato. Parliamo di endometriosi e di medicina di genere.

Prima di entrare nel vivo, però, voglio mettere le cose in chiaro con una nota personale. Io sono un uomo, e fino a qualche anno fa dell’endometriosi sapevo poco o nulla. L’ho scoperta attraverso mia moglie, che con l’endometriosi ci convive ogni giorno. Lei conosce il dolore sulla propria pelle; io posso solo osservarlo da fuori, ascoltare e imparare. Infatti, poi sarà mia premura cederle il banco e sentire cos’ha da raccontare.

La mia è un'ignoranza situata: so di non poter capire fino in fondo cosa significhi avere questa malattia, ma riconosco la realtà del suo vissuto. Dunque, il mio ruolo qui non è quello di «spiegare alle donne» cosa provano – ci mancherebbe. Preferisco usare una delle mie poche capacità – quella di trasformare dati in storie – per amplificare storie e verità che spesso rimangono sussurrate. Se siete donne con endometriosi, probabilmente queste cose le sapete già fin troppo bene. Se non lo siete (o siete come me, dei partner, amici, colleghi), allora ascoltiamo insieme.

COM'È ANDATA

Facciamo un salto indietro nella storia. La parola «isteria» vi dice qualcosa, vero? Deriva dal greco *hystera*, che significa *utero*. Non è un caso: già nell'antico Egitto ogni tipo di rogna di salute delle donne si dava all'utero, dagli occhi ai denti – ce lo racconta il papiro Kahun, del 1850 (circa) avanti Cristo.[1] Che l'utero ci andasse anche a spasso, però, è una lettura nostra: nella traduzione del papiro non si muove di un millimetro.[2] A farlo vagare ci pensano gli antichi greci, a partire da Ippocrate (quinto secolo avanti Cristo), convinti che molti mali femminili fossero causati dall'utero che si spostava dal suo posto – è proprio Ippocrate che inventa la parola «isteria».[3,4] Platone, nel *Timeo*, gli trova pure un movente: l'utero che non si unisce al maschio e non genera è triste e infelice.[3] Tradotto da bar: se il corpo femminile «esiste per fare figli» e non li fa, l'utero si annoia e combina guai. Areteo di Cappadocia, un medico del secondo secolo dopo Cristo, descriveva l'utero come «un animale dentro un animale», leggero, umido, capace di galleggiare su e giù per il corpo come un ciocco di legno, e perfino di strangolare la malcapitata dall'interno.[5] E quindi che si fa per rimettere a cuccia un utero randagio? Come coi gatti: si cerca o di attirarlo, o di spaventarlo a dovere. Un medico dell'Antichità avrebbe consigliato profumi dolci vicino alle parti intime per invogliarlo a tornare giù, e fumi puzzolenti sotto il naso per farlo scappare dal torace.[3,5] In alternativa, c'era la soluzione più «semplice»: *sposati e fai figli, così almeno l'utero sta occupato!* Eh già, la gravidanza come *cura* universale.[3]

Nel tardo Medioevo e nell'età moderna la faccenda non migliorò: le donne con comportamenti strani o dolori inspiegabili spesso venivano etichettate come streghe o possedute.[3,6] Altro che medici e oli profumati – arrivavano preti ed esorcismi.[4] Dalla padella alla brace, insomma. Solo nel Seicento qualche luminare iniziò a dubitare del famoso utero vagante: il medico inglese Thomas Sydenham suggerì che forse l'isteria avesse origine nella mente, non nell'utero.[4,7] Ma il danno era fatto: per millenni si

era rafforzata l'idea che il corpo femminile fosse intrinsecamente *difettoso* e *misterioso*.

Arriviamo all'Ottocento, era vittoriana: l'isteria diventa la diagnosi passe-partout per uno sterminato ventaglio di malesseri femminili. Attacchi di panico, dolori cronici, svenimenti, perfino troppa irritabilità? «Isteria, isteria, isteria!» – una sorta di jolly usato da medici (quasi tutti uomini) di fronte a sintomi che non sapevano spiegare. Se eri una donna dell'800 e avevi la sfortuna di stare davvero male, pregavi di essere ricca: per le benestanti c'erano i «nervi fragili», il riposo e le cure costose; per le altre la strada verso il manicomio era più corta.

E che dire dei trattamenti? Quando la medicina brancola nel buio, spesso prova di tutto – a volte sfiorando la follia. Abbiamo già parlato della cosa degli odori: profumi dolci ed invitanti sul basso ventre (tipo piattino di latte) e fumigazioni pestilenziali sotto al naso. C'era poi chi credeva che l'utero «isterico» andasse *stimolato* tramite massaggi pelvici alle pazienti... Sono sicuro che conoscete la storia dell'invenzione dei vibratori.

Ma concedetemi un momento debunking: la favola dei medici vittoriani che *di mestiere* facevano avere orgasmi per curare l'isteria e poi inventarono il vibratore... è soprattutto una favola.[8] C'erano 'massaggi', c'erano macchine elettriche, c'era tanto imbarazzo – ma le prove di una prassi clinica standardizzata in quel senso non ci sono. È una bomba narrativa, fa ridere (amaro) e fa vendere libri. Peccato che, storicamente, regga molto meno di quanto vorremmo.

Qual è il nocciolo vero? In epoca vittoriana si parlava tantissimo di «malattie dei nervi», c'era un lessico imbarazzato per tutto ciò che riguardava il sesso, e nei manuali compaiono anche «massaggi» per disturbi ginecologici vari. Fin qui, ok. Ma il salto logico «i medici inducono abitualmente l'orgasmo per curare l'isteria» non è corroborato da fonti solide: è una tesi resa popolare negli anni '90 da Rachel Maines e poi contestata dagli storici.[9,10] Insomma: non abbiamo prove che quella fosse una pratica medica standard, codificata e diffusa.

E i vibratori? Anche qui, mito potente, realtà più complessa. I veri vibratori domestici esplodono più tardi, a cavallo tra fine '800 e primi '900, dentro il grande mercato dei dispositivi «per i nervi», per il massaggio, per il benessere generalista.[10] Il collegamento diretto «vibratore = terapia standard anti-isteria, con orgasmo» è soprattutto immaginario e postumo.

La morale? Possiamo dire che in epoca vittoriana esistono trattamenti vaghi di «massage», un'ossessione per i nervi e un mercato nascente di dispositivi elettrici; possiamo anche dire che la medicalizzazione del corpo

femminile è stata spesso intrusiva e paternalista. Però attribuire ai medici una prassi sistematica di «orgasmo terapeutico anti-isteria» e l'invenzione del vibratore apposta per quello è più leggenda contemporanea che storia documentata.

Fine del momento debunking, e torniamo alle terapie per l'isteria per cui abbiamo evidenza storica. Tipo, una cosa abbastanza all'opposto rispetto ai vibratori. Alcuni medici, tipo Isaac Baker Brown, pensavano che la causa di «condizioni tipicamente femminili» tipo isteria, cataplessia, epilessia, fosse l'eccesso di sessualità femminile, e adottarono misure opposte e brutali: *rimozione del clitoride* per «guarire» le pazienti dai loro mali – una pratica crudele e agghiacciante.[11,12] C'è da dire che la clitoridectomia generò una forte reazione nella comunità medica; Baker Brown fu censurato ed espulso dalla Obstetrical Society di Londra nel 1867 e cadde in disgrazia.[11,13–15] Non fu dunque pratica «standard» né universalmente accettata, ma reale e documentata. Credo sia interessante ricordarci che certe porcherie fatte sui corpi delle donne non arrivano sempre e solo da posti dove si seguono gli insegnamenti di un profeta diverso e le donne girano intabarrate.

Ma torniamo a noi ed ai trattamenti per il randagismo uterino: si passava da un estremo all'altro, senza mai chiedere davvero alla donna cosa sentisse. Anche ipnosi, salassi con le sanguisughe, bagni gelati: un catalogo di torture «terapeutiche». Il tutto perché? Perché la scienza medica, quasi esclusivamente praticata da uomini, non capendo l'origine di certi sintomi preferiva colpevolizzare il corpo (e la psiche) della donna anziché ammettere la propria ignoranza. Quando la medicina non capisce, spesso *incolpa*. Il risultato è stato un tremendo abbaglio etico: invece di alleviare le sofferenze, per secoli le hanno aggravate con etichette e cure sbagliate.

Fino a metà del Novecento «isteria» compariva ancora nei manuali medici, come diagnosi vera. Poi pian piano è scomparsa dai testi – ufficialmente «debellata» nel 1980, quando esce dal manuale diagnostico americano (il DSM-III).[3,16] Ma le idee dure a morire restano nell'aria. E soprattutto, c'è da chiedersi: quante di quelle donne bollate come isteriche in realtà soffrivano di patologie reali mai diagnosticate? Molte, probabilmente. Disturbi neurologici come l'epilessia, malattie autoimmuni, depressione o anoressia... e sì, magari anche endometriosi. L'endometriosi esiste da sempre, e viene descritta in letteratura medica solo fra Ottocento e primo Novecento, ma chissà quante volte nei secoli precedenti una donna con dolori lancinanti è stata liquidata come «pazza» o «posseduta» invece di essere curata davvero.[17] Questa è la lezione amara della storia dell'isteria:

non si dava un nome giusto al dolore delle donne, lo si chiamava «follia» e lo si rispediva al mittente. Colpa sua, è isterica. Fine della discussione.

In medicina c'è un problema di base: il dolore non si vede. Non è un livido, non è una linea su una radiografia. Il dolore è soggettivo, sta nella persona che lo riferisce. E dato che il tipo di dolore di cui stiamo parlando per me, maschio, è strutturalmente inaccessibile e incomprensibile, cedo il banco a qualcuno che possa parlarne a ragion veduta: Angela, mia moglie.

Già: il dolore non si vede. Quindi, se sei un medico, o *credi* a quello che ti dice la paziente oppure, se non ti fidi, cerchi di interpretare quello che ti racconta – secondo i tuoi schemi. Il dolore femminile in particolare viene spesso minimizzato o attribuito a cause psicologiche.[18] È quasi un bias culturale: c'è ancora l'idea latente che «le donne tollerano meno il dolore» o che siano più «emotive», quindi quando dicono di soffrire magari esagerano un pochino. Non è una mia opinione, ce lo dicono i dati: a parità di sintomi, il dolore riportato da una donna viene preso meno sul serio di quello di un uomo.[19,20] Le donne in pronto soccorso aspettano più a lungo per ricevere analgesici e, almeno in alcuni studi, hanno maggior probabilità di sentirsi prescrivere sedativi invece – come a suggerire che abbiano *ansia* più che dolore reale.[19,21,22] «Signora, si rilassi, le do una goccina di Valium», invece di un antidolorifico. Vi suona familiare? Quante volte una ragazza che si lamenta per crampi mestruali si è sentita rispondere «è normale, su, non fare drammi»? Troppo spesso. C'è persino chi lo giustifica con la religione: «Eh, partorirai con dolore, no? È il destino di Eva...». Insomma, un certo fatalismo per cui se sei donna *devi soffrire*, fa parte del pacchetto. Questo atteggiamento ha fatto sì che milioni di donne abbiano imparato a soffrire in silenzio, a dubitare perfino di sé stesse. Perché se tutti ti dicono che stai esagerando, alla fine magari ci credi anche tu.

E qui entriamo nel vivo dell'endometriosi, un caso da manuale di dolore ignorato. Che cos'è l'endometriosi? Ve lo spiego in modo semplice, senza troppi paroloni. Prendiamo l'endometrio, il tessuto che riveste l'interno dell'utero e che ad ogni ciclo mestruale prolifera e poi si sfalda (dando luogo al flusso mestruale). Ora immaginate che pezzi di tessuto *simile* all'endometrio si trovino sparsi dove non dovrebbero: attaccati magari alle ovaie, alle tube, sulla superficie dell'intestino, della vescica, sui legamenti dell'addome, perfino in altri organi.[23] C'è un parallelo interessante con il randagismo uterino di cui parlavamo, solo che questo è vero. Ogni mese, sotto la spinta degli ormoni, anche questi focolai fuori posto si infiammano e poi *sanguinano* un po' – però quel sangue non ha via d'uscita. Il risultato?

All'interno del corpo si formano cisti, aderenze (tipo cicatrici che «incollano» insieme organi e tessuti) e un'infiammazione cronica. L'endometriosi è questo: pezzi di mucosa uterina fuori sede che creano un caos doloroso. I sintomi più comuni sono dolori mestruali fortissimi, spesso fin dall'adolescenza, e dolore pelvico cronico anche fuori dal ciclo. Possono esserci dolori durante i rapporti sessuali, dolore quando si va in bagno, stanchezza cronica. È una malattia subdola e *multiforme*: alcune donne hanno sintomi leggeri, altre vivono un vero calvario ogni mese. Spesso l'endometriosi causa anche infertilità o difficoltà a concepire, perché le lesioni possono danneggiare tube e ovaie. La causa? Non lo sappiamo con esattezza. Potrebbe dipendere da mestruazione retrograda, metaplasie, migrazione di cellule staminali, ormoni, sistema immunitario, inquinanti ambientali...

Non stiamo parlando di una malattia rara. Si stima che l'endometriosi colpisca circa 1 donna su 10 in età fertile.[24,25] *Circa 3 milioni* di donne in Italia, circa 190 milioni nel mondo.[26,27] Avete capito bene: milioni e milioni di persone, spesso giovani, nel pieno della vita, che però convivono con un dolore cronico. Eppure, per decenni questa è rimasta una malattia poco conosciuta e poco considerata. Uno dei motivi principali è la difficoltà diagnostica. Come accennavo, il dolore non si vede, e nel caso dell'endometriosi spesso non si vede nemmeno la malattia: i focolai possono essere minuscoli o nascosti. L'ecografia a volte li rileva, a volte no (dipende dalla bravura di chi la fa e da dove sono le lesioni). Per anni il metodo diagnostico sicuro è stato la laparoscopia, cioè un intervento in cui si introduce una telecamera nell'addome per cercare e magari rimuovere le lesioni. Capite che non è proprio una passeggiata al parco. Oggi le linee guida europee la riservano a chi ha ecografia e risonanza negative, o cure che non funzionano: ma perché l'ecografia trovi qualcosa, serve qualcuno che sappia cosa cercare.[28] Quindi succede questo: ragazze e donne che soffrono vanno dal ginecologo o dal medico di base, fanno esami su esami, e spesso risulta tutto normale. «Lei non ha niente, signorina, è tutto a posto. Il dolore è normale. Forse è colon irritabile, forse stress.» E intanto il dolore continua.

Il risultato è che l'endometriosi viene diagnosticata tardi, *tardissimo*. Sapete qual è, ad oggi, il ritardo diagnostico medio? Circa 7-8 anni.[24,25] Anni persi a girare ambulatori, a sopportare, prima di dare un nome al proprio calvario. Anni in cui spesso la paziente sente frasi come «ma è tutto nella norma, stai tranquilla» – che la fanno sentire *matta* o ipocondriaca. Anni in cui la malattia può progredire, perché purtroppo

l'endometriosi è progressiva: le lesioni pian piano possono estendersi e aggravarsi. E attenzione: 7-8 anni è una *media*. Significa che c'è chi aspetta magari solo 1-2 anni (fortunatissima) e chi ne aspetta 15. Ci sono donne a cui l'endometriosi viene scoperta quando provano ad avere un figlio e non ci riescono: solo allora qualcuno pensa «facciamo una laparoscopia» e – sorpresa – trovano il ventre devastato da anni di malattia non trattata. È inaccettabile, su questo dobbiamo essere chiari.

Un altro aspetto complicato è che l'endometriosi non si presenta uguale per tutte. Viene classificata in quattro stadi di gravità, dal I (minima) al IV (severa), a seconda di quante e dove sono le lesioni. Ma la cosa beffarda è che l'intensità del dolore *non* corrisponde sempre allo stadio: ci sono forme lievi che fanno soffrire tantissimo, e forme severe scoperte quasi per caso perché davano pochi sintomi.[29] Quindi non esiste il pattern unico «classico» che il medico riconosce subito. Ogni donna è un caso a sé. E questo, in un sistema sanitario poco preparato, significa ulteriori ritardi: magari ti dicono «Hai dolori forti ma la tua ecografia è pulita, quindi non è endometriosi». Sbagliato: potrebbe essere endometriosi lo stesso, solo che non si vede così facilmente.

Dulcis in fundo, le cure per l'endometriosi non sono risolutive. Non c'è (ancora) un farmaco che elimini definitivamente la malattia. Si può gestire e cercare di tenerla a bada. Spesso si usano terapie ormonali, ad esempio la pillola anticoncezionale continua, per bloccare il ciclo mestruale e mandare la malattia «in letargo» – perché se non hai il ciclo, quelle lesioni non sanguinano e stanno più calme. Funziona in parte, ma non è una passeggiata: gli ormoni hanno effetti collaterali pesanti e non tutte possono o vogliono prenderli a lungo. Altra opzione: gli analgesici, dagli antinfiammatori fino agli oppioidi nei casi peggiori, per tamponare il dolore (ma non puoi vivere imbottita di antidolorifici per sempre). E poi c'è la chirurgia, spesso laparoscopica, per rimuovere quanti più focolai possibile e liberare eventuali organi «incollati» dalle aderenze. Interventi delicati, che richiedono specialisti bravi: e anche quando vanno bene, purtroppo l'endometriosi può recidivare. Insomma, è una battaglia continua, fatta di gestione a lungo termine più che di vittorie definitive. Ci sono donne che, esaurite da anni di tentativi, arrivano a farsi togliere l'utero e le ovaie per disperazione, specialmente se non desiderano gravidanze – ma perfino quello a volte non elimina tutti i dolori, se restano lesioni altrove.[28]

Le statistiche e le descrizioni cliniche però non bastano a raccontare cosa significhi vivere con l'endometriosi. Voglio allora condividere con voi

una piccola storia, ispirata a testimonianze vere, che illustra diversi volti di questo dolore.

Anna, 14 anni, ha appena avuto il suo primo ciclo. Da subito, per lei, le mestruazioni sono un incubo: crampi così forti che a volte sviene dal dolore. A scuola, un giorno, la trovano accasciata in bagno, pallida, in lacrime. Arriva l'ambulanza: «Colica?» «Appendicite?» – No, «dismenorrea», dicono al pronto soccorso. Traduzione: mestruazioni dolorose. Le consigliano una visita ginecologica. Il ginecologo di base le prescrive la pillola contraccettiva e antidolorifici: «Vedrai che passa, è l'età». Anna inizia la pillola e un po' aiuta, ma i dolori non spariscono. Ogni mese è costretta a letto almeno un giorno, spesso vomita per quanto sta male. Sua madre le dice: «Eh, purtroppo anche tua nonna soffriva così, devi portare pazienza». E Anna pazienta. Anzi, quasi si vergogna: le sue amiche parlano del ciclo con fastidio, ma nessuna sembra stare così male da svenire. Lei si sente *debole*, pensa di non saper sopportare il «normale» dolore femminile. Va avanti così per anni. A 24 anni, dopo l'ennesima crisi durante il lavoro, Anna trova per caso un ginecologo più attento, che ascolta la sua storia e subito sospetta qualcosa: «Potrebbe essere endometriosi». La mandano in un centro specializzato; con una laparoscopia diagnostica scoprono che ha lesioni diffuse nel basso ventre. Diagnosi: endometriosi di stadio III. Anna finalmente ha un nome per il suo dolore. Da un lato è sollevata – non era pazza, non era debole – dall'altro è arrabbiata: *Perché ci sono voluti dieci anni?* Dieci anni in cui si è sentita dire che era tutto normale mentre dentro di lei la malattia avanzava. La storia di Anna ci sbatte in faccia questo: quanta sofferenza viene «normalizzata» e ignorata? Quante adolescenti devono credere che sia normale stare così male?

IL NODO

Caro marito – di solito c'è sempre un dilemma, nelle storie di Bioetica da Bar. Aggiustare corpi o aggiustare lo sguardo della società? Doping militare, sì o no? Chiudersi in quarantena e morire, o girare liberi e far morire gli altri? Qui mi pare che di dilemmi non ci sia nemmeno l'ombra. Mi pare che ci sia soprattutto molta ingiustizia.

Già. In questa storia non c'è un dilemma etico – non nel senso classico, per lo meno, di: «nella situazione X, dovremmo fare Y, oppure Z»? No. C'è però una questione etica, vergognosamente irrisolta, che ci dovrebbe chiamare alla presa di coscienza e all'azione.

Questa storia di uteri randagi, dagli antichi egizi ad Anna, non è solo una storia di problemi medici individuali. È anche una questione di giustizia di genere.

Riconoscimento e tempo: ecco i due beni preziosi che, in queste vicende, sono stati negati. Il riconoscimento di un dolore reale, e il tempo di vita che quel mancato riconoscimento ha portato via. C'è un filo conduttore: *quando una malattia colpisce soprattutto le donne, storicamente ha ricevuto meno attenzione*. Se esistesse una patologia che provoca dolori lancinanti a un uomo su dieci, sin dall'adolescenza, ci vorrebbero 8 anni per diagnosticarla? Ci sarebbe qualcuno che la liquida come «stress»? Il caso endometriosi ci costringe a guardare in faccia un bias sistemico.

Dall'utero di quasi 4000 anni fa, randagio o no, all'endometriosi di oggi c'è una continuità imbarazzante: scarsa conoscenza del corpo femminile; categorie sbagliate (vedi: isteria); ascolto selettivo del dolore; cure inadeguate. Cambiano i nomi, resta il meccanismo: quando la medicina non riesce a vedere, e magari perché guarda solo con occhi maschili, liquida il sintomo con etichette generiche. Ieri era «demonio» o «nervi», oggi «stress» o sindrome dell'intestino irritabile buttata lì come spiegazione standard. Questo è il cuore dell'ingiustizia epistemica: mettere in dubbio la testimonianza di chi il proprio corpo lo conosce da dentro.[25]

INTANTO, DA NOI

La medicina di genere non è una soluzione tipo proiettile d'argento per i licantropi, ma è un approccio che può aiutarci a raddrizzare alcune di queste storture. «Medicina di genere» non è mettere un fiocchetto rosa sui protocolli: è riconfigurare gli standard. Significa ammettere che i modelli diagnostici e terapeutici sono stati costruiti (non solo, ma largamente) su corpi maschili adulti, e che il dolore femminile è storicamente sottostimato. Portare la medicina di genere nel quotidiano vuol dire tre cose pratiche: 1) formazione obbligatoria su dolore pelvico e bias; 2) percorsi rapidi per sospetta endometriosi (non anni di ping-pong); 3) indicatori pubblici (tempi alla diagnosi, accesso a centri esperti) con responsabilità chiara di ASL e Regioni. La società deve smettere di dire alle donne «arrangiati» quando il loro corpo le mette in ginocchio. E questo vuol dire anche sensibilizzazione pubblica: parlare di più di endometriosi nei media, nelle scuole, tra amici e parenti. Così la prossima volta che una ragazza starà malissimo per il ciclo, qualcuno penserà subito «forse è endometriosi, meglio vedere uno specialista» invece di dirle «normale amministrazione, prendi una camomilla».

L'isteria trasformava l'ignoranza clinica in colpa della paziente. Oggi lo stesso schema produce un danno iatrogeno per omissione: ritardi, cronicizzazioni, infertilità non affrontata, salute mentale erosa. Eticamente: chi ha potere di diagnosi ha anche il dovere di ridurre il danno. Tradotto: analgesia tempestiva (non sedativi per zittire), invio precoce, linguaggio che non minimizza. Ogni «è normale, sopporta» è un piccolo malvagio esperimento sociale mal disegnato in cui si cerca di misurare quanto vale il dolore di chi abbiamo davanti.

Una parola sulla fertilità. Una volta «curavano» l'isteria con la ricetta della nonna: sposati e fai un figlio. Oggi il rischio è più fine, ma uguale nella sostanza: trasformare la fertilità nella metrica che comanda tutto, la sola che conta. Possiamo dirlo assieme? Una donna è una persona, non una fattrice. Le decisioni riguardo alla riproduzione sono personali, e sono il tipo di decisione sulla quale nessuno non direttamente coinvolto dovrebbe permettersi di mettere il becco. Una medicina decente sull'endometriosi fa l'opposto: autonomia riproduttiva al centro. Niente pressioni a «pigliarsi gravida» come se fosse un farmaco; consenso informato anche sui tempi (non solo *che cosa* fare, ma quando farlo); obiettivi cuciti addosso: dolore, lavoro, sessualità, progetti di vita. In sintesi: care + cure (una distinzione bellissima in inglese, che in italiano purtroppo è difficile da tradurre). Curare e prendersi cura – curare la malattia con la persona, non contro la persona.

In epoca vittoriana anche la cura aveva un prezzo: riposo per chi poteva permetterselo, manicomio più spesso per le altre. Oggi quel gradiente c'è ancora, solo più ripulito: distanza dai centri, costi coperti di tasca propria o dal sistema sanitario nazionale, lavoro flessibile (se il capo collabora, e se no, arrangiati). La risposta non è l'eroismo della singola, ma regole chiare: estendere il riconoscimento dell'endometriosi come malattia cronica, oggi limitato agli stadi III e IV (esenzioni, punteggi di invalidità nelle forme severe) e rendere gli accomodamenti minimi, tipo flessibilità oraria e lavoro da remoto nei giorni neri, degli standard, non l'eccezione.[30]

Ieri si studiava l'isteria come «spettacolo clinico»; oggi rischiamo di studiare l'endometriosi solo come problema di fertilità. Eticamente, la ricerca deve allinearsi a ciò che le persone chiedono: diagnosi migliori, più rapide, meno invasive, terapie con meno effetti collaterali, gestione del dolore e della qualità di vita. E sì: finanziamenti dedicati e criteri che evitino il solito paradosso (malattia frequentissima, studi pochi). Un piccolo dato simbolico: a ottobre 2025, su PubMed risultavano 6.583 studi su «dispareunia» (il dolore provato dalle donne durante i rapporti sessuali)

e 31.449 su «disfunzione erettile».[25] Non è statistica fine, è un termometro culturale: studiamo cinque volte di più ciò che non funziona agli uomini rispetto a ciò che fa male alle donne. Che poi, fatemelo dire – uomini, parlo a voi: se la vostra partner soffre durante il sesso non è solo un problema loro, no? È un problema nostro. Nel senso di responsabilità condivisa: se il sesso fa male a chi ami, il sesso va riprogettato insieme. Punto. Se lei dice «fa male», si smette. Non «magari passa» – no, ci si ferma e si parla. Il dolore non è un voto su di te. Togli di mezzo vergogna, prestazione, classifica. E ricorda: non esiste solo la penetrazione. Ci sono mille strade: ritmo, posizioni, tempi, lussureggiante uso di lubrificante, stimolazioni non dolorose. L'obiettivo è zero dolore e sì al piacere, non «tieni duro che devo finire».

Parliamo chiaro, uomini: libido, attrazione, desiderio non sono un giudizio su di noi. Con l'endometriosi il cervello impara che «sesso = dolore» e abbassa la saracinesca; in più alcuni farmaci utili per curarla – tipo i progestinici – possono raffreddare la libido, ridurre la lubrificazione e smontare l'eccitazione.[31] Non è rifiuto di te: è fisiologia più terapia. Il nostro ruolo non è «riconquistare» ma rendere sicura l'esperienza perché il desiderio possa tornare: togli l'ego dal centro, smetti la lettura paranoica («non mi vuole più»), cambia copione, e sostieni la parte clinica parlando con i medici se gli effetti collaterali sono devastanti. Io ci ho messo un po' ad impararlo, ma quando l'ansia maschile tace e i farmaci sono gestiti con intelligenza, l'attrazione ha di nuovo aria per respirare.

L'ULTIMO GIRO

La storia dell'isteria non è solo un reperto da museo: è uno specchio. Se oggi l'endometriosi resta invisibile per anni, quello specchio ci sta dicendo che non abbiamo ancora fatto pace con la conoscenza del corpo femminile. L'uscita è chiara: mettere la medicina di genere al centro. Quanto dolore togliamo? Quanto futuro restituiamo? Se non cambiamo questo, continueremo a chiamare «normale» ciò che è solo iniquità organizzata e pigrizia epistemologica.

Siamo partiti da un'immagine antica e strana: il grembo vagante, l'utero dispettoso che provoca isteria. Un'immagine che ci lascia una metafora potente. In un certo senso, il «grembo vagante» rappresenta tutti i significati *sballati* che la società ha appiccicato al corpo femminile e al suo dolore. Oggi non crediamo più all'utero che si muove, però abbiamo ancora zone d'ombra in cui il dolore delle donne vaga senza trovare ascolto. L'endometriosi è stata a lungo uno di questi territori inesplorati, un dolore

in cerca di nome. Ma adesso il nome ce l'abbiamo, forte e chiaro. Nominarlo è stato il primo passo. Dare il nome giusto alle cose ha un potere enorme: isteria era un nome sbagliato che colpevolizzava; *endometriosi* è un nome che finalmente riconosce una malattia vera, tangibile. Tuttavia, dare un nome non basta se poi lo lasciamo lì, lettera morta. Il nome «endometriosi» dobbiamo *gridarlo*, farlo conoscere, inserirlo nelle leggi, nei contratti di lavoro, nei programmi di ricerca. Dobbiamo fare in modo che nessuno possa più ignorarlo.

In chiusura, voglio lanciare un invito. Questo tema non riguarda «solo le donne». Riguarda tutti noi – mariti, compagni, genitori, amici, datori di lavoro, politici, medici, cittadini. Ognuno nel suo ruolo può fare qualcosa: dal semplice credere a una donna quando dice «ho male», al mettere in piedi un progetto di legge. C'è un detto che si dice africano e che adoro: «*It takes a village*», serve un villaggio per affrontare i problemi grandi.[32] Ecco, l'endometriosi è un problema grande, ma non insormontabile, se il «villaggio» umano si mobilita. Non lasciamo che il dolore resti relegato al privato, non diciamo più «è un fatto da donne, non mi compete». Ci compete eccome: perché la metà del mondo che soffre e perde opportunità a causa di un male invisibile riguarda il 100% del genere umano in termini di progresso e giustizia.

Se questa storia vi ha parlato, fate due cose oggi – una privata e una pubblica. A casa: chiedete alla persona che amate (a prescindere dal genere!) come sta davvero e che cosa potete cambiare subito perché stia meglio. Fuori casa: scrivete alla vostra ASL o a chi governa la vostra Regione e chiedete tempi medi alla diagnosi e reti di riferimento per l'endometriosi. E poi fate girare la voce. Più storie mettiamo sul tavolo, meno spazio resta alle scuse.

Mentre aspettavo che mia moglie uscisse dalla sala operatoria (sì, ho delle strategie di coping strane) ho sviluppato questa storia e abbiamo fatto un viaggio, nel tempo e nelle idee. È ora di chiudere questo capitolo oscuro. Di trasformare millenni di incomprensione in consapevolezza nuova. Di prendere quel «dolore che non volevamo vedere» e metterlo sotto i riflettori, per alleviarlo e, si spera un giorno, sconfiggerlo. Guardiamo in faccia questo dolore e assumiamoci tutti la responsabilità di cambiarne la storia. Le donne che ne soffrono non sono più sole, e non devono più esserlo. È una promessa da mantenere, insieme.

Brindiamo al giorno in cui la diagnosi arriva prima della rassegnazione.

Bibliografia

1. Griffith FLl, a c. di. *The Petrie Papyri: Hieratic Papyri from Kahun and Gurob (Principally of the Middle Kingdom)*. Vol 1. Bernard Quaritch; 1898. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/the-petrie-papyri.-hieratic-papyri-from-kahun-and-gurob-principally-of-the-middle-kingdom-text
2. Merskey H, Potter P. The Womb Lay Still in Ancient Egypt. *Br J Psychiatry*. 1989;154(6):751-753. doi:10.1192/bjp.154.6.751
3. Tasca C, Rapetti M, Carta MG, Fadda B. Women And Hysteria In The History Of Mental Health. *CPEMH*. 2012;8(1):110-119. doi:10.2174/1745017901208010110
4. Chandini S, Shetty SA, Fernandes SL, Safeekh AT. Hysteria: A historical perspective. *Arch Med Health Sci*. 2020;8(2):312. doi:10.4103/amhs.amhs_220_20
5. Aretaeus of C, Adams F. *The Extant Works of Aretaeus, the Cappadocian*. (Adams F, a c. di). Sydenham Society; 1856. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/aretaioukappadok00aret
6. Caciola N. *Discerning Spirits: Divine and Demonic Possession in the Middle Ages*. Cornell University Press; 2003. doi:10.7591/9781501702181
7. Pearce JMS. Sydenham on Hysteria. *Eur Neurol*. 2016;76(3-4):175-181. doi:10.1159/000450605
8. Meyer R, Fetters A. Victorian-Era Orgasms and the Crisis of Peer Review. *The Atlantic*. Pubblicato online 6 settembre 2018. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theatlantic.com/health/archive/2018/09/victorian-vibrators-orgasms-doctors/569446/
9. Maines RP. *The Technology of Orgasm: «Hysteria», the Vibrator, and Women's Sexual Satisfaction*. Johns Hopkins University Press; 1999.
10. Lieberman H, Schatzberg E. A failure of academic quality control: The technology of orgasm. *JPS*. 2018;4(2):24-47. doi:10.51681/1.421
11. Sheehan E. Victorian Clitoridectomy: Isaac Baker Brown and his Harmless Operative Procedure. *Medical Anthropology Newsletter*. 1981;12(4):9-15. doi:10.1525/maq.1981.12.4.02a00120
12. Baker Brown I. *On the Curability of Certain Forms of Insanity, Epilepsy, Catalepsy, and Hysteria in Females*. London : Robert Hardwicke; 1866. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/b21783160
13. Scull A, Favreau D. The Clitoridectomy Craze. *Social Research*. 1986;53(2):243-260.
14. Patnaik A. Can the Clitoris Speak: Reframing Female Desire and Subjectivity in Victorian Gynecology. *Nineteenth-Century Gender Studies*. 2024;20(3). Consultato 16 ottobre 2026. https://w.ncgsjournal.com/issue203/PDFs/patnaik.pdf
15. King H. The rise and fall of FGM in Victorian London. *The Conversation*. Pubblicato online 12 marzo 2015. doi:10.64628/AB.evvpkq4ct
16. Micale MS. On the «Disappearance» of Hysteria: A Study in the Clinical Deconstruction of a Diagnosis. *Isis*. 1993;84(3):496-526. doi:10.1086/356549
17. Lippi D, Habiba M, Benagiano G. A History of Endometriosis. In: Oral E, a c. di. *Endometriosis and Adenomyosis*. Springer International Publishing; 2022:3-13. doi:10.1007/978-3-030-97236-3_1
18. Jackson G. *Pain and Prejudice: A Call to Arms for Women and Their Bodies*. Allen & Unwin; 2019.
19. Guzikevits M, Gordon-Hecker T, Rekhtman D, et al. Sex bias in pain management decisions. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2024;121(33):e2401331121. doi:10.1073/pnas.2401331121
20. Hoffmann DE, Tarzian AJ. The Girl Who Cried Pain: A Bias against Women in the Treatment of Pain. *J Law Med Ethics*. 2001;29(1):13-27. doi:10.1111/j.1748-720X.2001.tb00037.x
21. Chen EH, Shofer FS, Dean AJ, et al. Gender Disparity in Analgesic Treatment of Emergency Department Patients with Acute Abdominal Pain. *Academic Emergency Medicine*. 2008;15(5):414-418. doi:10.1111/j.1553-2712.2008.00100.x
22. Calderone KL. The influence of gender on the frequency of pain and sedative medication administered to postoperative patients. *Sex Roles*. 1990;23(11-12):713-725. doi:10.1007/BF00289259

23. Türkçüoğlu I, Türkçüoğlu P, Kurt J, Yldrm H. Presumed Nasolacrimal Endometriosis. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*. 2008;24(1):47-48. doi:10.1097/IOP.0b013e31815c9053
24. Rahmioglu N, Zondervan K. Endometriosis: disease mechanisms and health disparities. *Bull World Health Organ*. 2024;102(12):919-921. doi:10.2471/BLT.24.292660
25. Spitale G, Germani F, Bonato A, Biller-Andorno N, Barış M. «Still Hysterical?»: Endometriosis and the Gendered Failure of Medicine. *Zenodo*. Preprint pubblicato online 17 dicembre 2025. doi:10.5281/ZENODO.17962253
26. Giornata mondiale endometriosi, 3 milioni di donne affette dalla malattia in Italia. *Sky TG24*. 28 marzo 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://tg24.sky.it/salute-e-benessere/2023/03/28/giornata-mondiale-endometriosi-italia
27. World Health Organization. *Endometriosis*. World Health Organization; 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis
28. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al. ESHRE guideline: endometriosis. *Human Reproduction Open*. 2022;2022(2):hoac009. doi:10.1093/hropen/hoac009
29. Vercellini P, Fedele L, Aimi G, Pietropaolo G, Consonni D, Crosignani PG. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Human Reproduction*. 2007;22(1):266-271. doi:10.1093/humrep/del339
30. Sono stati pubblicati nella Gazzetta Ufficiale i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e l'endometriosi è stata riconosciuta come malattia cronica. *Il Post*. 20 marzo 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilpost.it/2017/03/20/sono-stati-pubblicati-nella-gazzetta-ufficiale-i-nuovi-livelli-essenziali-di-assistenza-lea-e-lendometriosi-e-stata-riconosciuta-come-malattia-cronica/
31. Li RR, Xi Q, Tao L, Sheng W, Zhao CC, Wu YJ. A systematic review and Bayesian analysis of the adverse effects of dienogest. *BMC Pharmacol Toxicol*. 2024;25(1):43. doi:10.1186/s40360-024-00767-1
32. Goldberg J, NPR. It Takes A Village To Determine The Origins Of An African Proverb. *MPR News*. 1 agosto 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.mprnews.org/story/2016/08/01/npr-determining-origins-african-proverb

14

Frattaglie d'anatra

Uscito il 14 gennaio 2026

AL BANCONE

È di nuovo quel periodo dell'anno: naso che cola, gola che gratta, febbriciattola che arriva puntuale come un doposbronza (infatti eccoci qui in ramadalcol, dai che almeno a gennaio si riga dritto). E qualcuno, da qualche parte, sta già aprendo una scatolina bianca in farmacia.

Vi racconto una storia. Ci sono un medico militare, un microscopio spompato e un fegato d'anatra. Il medico guarda il fegato al microscopio e vede qualcosa che «oscilla». Lo battezza. Poi prende le frattaglie, le diluisce nell'acqua (diverse volte), scuote come un whiskey sour, e versa su palline di zucchero. Nasce un rimedio dal nome buffo e piuttosto noto che oggi trovi in farmacia accanto alle cose serie. Sì, proprio lì, a un passo dal paracetamolo e dall'ibuprofene.

«E funziona?» – chiede l'amico al bancone. «Dipende da cosa intendi per funzionare.» – rispondi tu, facendo il misterioso, perché hai già sentito questa storia. «Sicuramente funziona per fare una pacca e mezza di quattrini».

Questa è una storia di dilettantismo benintenzionato, di etichette gentili, di chimica ottocentesca, ancora in odore di alchimia, di dolci granuletti che promettono stagioni migliori, e di erari pubblici che, in certi posti, aprono il portafogli: ambulatori, rimborsi, detrazioni. Insomma, non è solo una questione di fede personale – è una questione di chi paga il giro.

In questa storia partiamo da un'anatra e arriviamo a un dilemma: quando la scienza dice «risultati non pervenuti, 'sta roba non funziona», è giusto che il Servizio Sanitario Nazionale, ovvero le nostre tasse, paghino il conto? O almeno, cosa dovremmo scrivere davvero su quelle scatole?

Tra poco vi presento il protagonista. Ha un nome che sembra uno scioglilingua, e una carriera stellare. Oggi parliamo di perché credere a una storia è una cosa, e metterla a bilancio è un altro paio di maniche.

COM'È ANDATA

Nel pieno dell'epidemia di influenza spagnola post-Grande Guerra, un medico militare francese di nome Joseph Roy cercava disperatamente una cura per i suoi pazienti. Roy credeva di aver individuato al microscopio uno strano batterio oscillante nel sangue dei malati e lo battezzò Oscillococco. Convinto che quel misterioso germe fosse la causa dell'influenza, si mise sulle sue tracce con grande entusiasmo ma metodi alquanto dilettanteschi. Esaminando vari animali alla ricerca di riserve del microbo, arrivò a scrutare anche il fegato di un'anatra muschiata (nota come Anas barbariae). Proprio lì sostenne di vedere abbondanti Oscillococchi «guizzanti». In realtà quel batterio non esisteva affatto – cosa vedesse Roy al microscopio, ancora oggi non lo sa nessuno – ma all'epoca non lo sapeva.[1] Animato da buona volontà e un pizzico di ingenuità scientifica, decise di preparare ugualmente un rimedio contro l'influenza usando come «ingrediente» il fegato (e il cuore) di quell'anatra.[1]

Con un procedimento a metà tra l'alchemico e il casalingo, Roy triturò l'organo dell'anatra e lo diluì ripetutamente in acqua. La ricetta era stravagante: una parte di estratto d'organo in 100 parti d'acqua, scossa energicamente, poi diluita di nuovo e di nuovo – duecento volte.[1,2] Il risultato finale fu un liquido talmente diluito da non contenere più alcuna molecola dell'organo iniziale, ma che secondo Roy conservava una sorta di «**memoria**» dell'anatra e del fantomatico microbo. Quel liquido venne nebulizzato su piccole palline di zucchero per creare dosi orali del presunto medicinale. In maniera rocambolesca era nato un «farmaco» – se così vogliamo chiamarlo – che prometteva di prevenire e curare l'influenza usando l'essenza stessa (seppur invisibile) del microbo responsabile. Ripeto la ricetta, qualora qualcuno volesse cimentarsi: prendete fegato e cuore freschi di un'anatra muschiata. Triturate finemente. Mescolare con alcol quanto basta. Agitare in una fiala. Buttare via tutto il liquido contenuto (l'un per cento rimarrà appiccicato alle pareti della fiala in forma di goccioline). Ripetere l'operazione altre 199 volte (un prolungato esercizio

di risciacquo, insomma). Inumidire con il liquido risultante una zolletta di zucchero. Ecco fatto: avete appena replicato il metodo di Joseph Roy, ed avete appena prodotto lo stesso preparato medicamentoso, più o meno con la stessa concentrazione di ingrediente attivo.

Con una diluizione 200K, se avete fatto le cose per bene, nel vostro preparato **non c'è più nemmeno una singola molecola dell'anatra originale**.[1,3,4] Non «pochissime». Non «quasi zero». Statisticamente **zero.**

A questo punto non stiamo più parlando di principi attivi, ma di **principi narrativi**. L'anatra non c'è, ma viene ricordata con grande affetto. Il che va benissimo, per carità. Basta non chiamarla farmacologia.

Ecco, questo è il modo in cui un'idea balzana ha preso forma di granulo. Ciò che sorprende ancor di più è il destino di quel preparato: non è stato dimenticato, e nemmeno ricordato come uno dei (tanti) errori della storia della medicina. Si chiama Oscillococcinum e potete trovarlo in farmacia (ma tanto voi adesso avete la ricetta e quindi potete tranquillamente farvelo in casa, nella massima sicurezza). La celebre azienda francese **Boiron** lo produce e vende in tutto il mondo come *medicinale omeopatico antinfluenzale*.[3,4] Ancora oggi ogni piccola pallina di Oscillococcinum è fatta di zucchero, con un'etichetta che dichiara «*Anas barbariae hepatis et cordis extractum*» – estratto di fegato e cuore di anatra muschiata.[2–4]

Trenta dosi di Oscillococcinum costano al dettaglio tra i 20 e i 40 euro[5]: un affare mica male, se consideriamo che lo zucchero costa circa un euro al chilo e Boiron ha trovato il modo di venderlo a circa un euro al grammo.

«Eh, ma c'è anche la soluzione di frattaglie!» dirà qualcuno. «Sarà quella a giustificare un aumento di prezzo di un fattore mille!». Certo, certo. Il punto è che, grazie alle diluizioni estreme, la quantità di anatra necessaria è così ridicola che il vero ingrediente limitante non è il fegato, ma la credulità del consumatore.

L'anatra è talmente irrilevante che da una singola bestiola – 35 grammi di fegato e 15 di cuore – si possono ottenere, almeno in linea di principio, dosi senza fine.[1] Il costo non è nella materia prima, ma nel racconto che le viene costruito attorno. Quanto irrilevante, precisamente? Lo dice l'etichetta: «200K», cioè diluito di cento in cento per duecento volte.[3,4] Dopo una dozzina di passaggi non resta una molecola d'anatra.[1]

Incredibile ma vero: questa preparazione fantasiosa, ideata con un po' di buona volontà e parecchio dilettantismo, è diventata – e rimane tuttora – uno dei rimedi alternativi più venduti contro l'influenza. Il tutto nonostante la sua base scientifica sia, come vedremo, **praticamente aria fritta**.

Lo svelamento, a questo punto, è servito: quella appena raccontata non è una favola, ma un capitolo autentico della storia dell'omeopatia – un singolare sistema medico alternativo che affonda le sue radici in Europa a cavallo fra Settecento e Ottocento.[6]

Per capire come si arriva a rimedi come l'Oscillococcinum, bisogna fare un passo indietro, fino alla fine del Settecento. Samuel Hahnemann non era un santone da fiera né un venditore di elisir improvvisato. Era un medico tedesco, laureato alla fine del XVIII secolo, colto, poliglotta, perfettamente inserito nella medicina del suo tempo.[6] E – dettaglio tutt'altro che secondario – **profondamente insoddisfatto** di quella medicina.

All'epoca, tra salassi, purghe e polifarmacia aggressiva, curare spesso significava peggiorare le cose. Non è revisionismo: è storia della medicina. Su questo punto, Hahnemann aveva anche delle buone ragioni per essere irritato.

Il punto di svolta arriva quando decide di sperimentare su sé stesso. Assumendo chinino – la famosa «corteccia» usata contro la malaria – Hahnemann sostiene di aver sviluppato sintomi simili alla febbre intermittente.[6] Da qui l'intuizione che diventerà il cuore dell'omeopatia: *similia similibus curentur*, il simile cura il simile. Se una sostanza provoca certi sintomi in una persona sana, allora – opportunamente somministrata – potrà curare quegli stessi sintomi in una persona malata.

Nasce così il principio cardine dell'omeopatia (dal greco *hómoios*, simile, e *páthos*, sofferenza). Per contrasto, Hahnemann coniò anche il termine *allopatia* per indicare la medicina convenzionale, accusata di curare con gli opposti (ad esempio abbassando la febbre con antipiretici).[7] Un termine che, non a caso, è rimasto in uso quasi esclusivamente **nel vocabolario omeopatico**.[7]

Fin qui siamo ancora nel campo delle ipotesi discutibili, ma non deliranti. Il problema arriva subito dopo.

Per Hahnemann, i farmaci non dovevano solo «assomigliare» ai sintomi: dovevano anche essere somministrati in dosi sempre più piccole, fino a diventare praticamente impercettibili. Non per prudenza, ma per principio. Secondo lui, riducendo la dose si riducevano gli effetti nocivi **senza perdere – anzi, aumentando – il potere curativo**.

Qui la medicina esce di scena. E resta il teatro.

Hahnemann iniziò a testare varie sostanze su volontari sani per catalogarne gli effetti (*proving*) e individuare rimedi omeopatici per disturbi specifici. Ma emerse presto un problema pratico: molte di queste sostanze erano tossiche a dosi normali. La soluzione fu diluirle sempre di più, ac-

compagnando ogni passaggio con energiche scuotiture (*succussioni*), che secondo Hahnemann non indebolivano il rimedio, bensì lo **potenziavano.**

Secondo la sua teoria, la sostanza così «dinamizzata» avrebbe trasferito all'acqua una sorta di impronta energetica curativa, eliminando al contempo la tossicità. Anche quando della sostanza originale non rimaneva più nulla, il preparato – sosteneva Hahnemann – conservava una forza terapeutica immateriale, una sorta di energia spirituale smaterializzata, attivata dallo scuotimento.[6]

Qui non si parla più di farmacologia, ma di **metafisica travestita da metodo sperimentale**. E non a posteriori: già nell'Ottocento, molti medici dell'epoca – non esattamente positivisti col microscopio elettronico – giudicarono queste idee **pura fantasia**.[6]

Animato da queste convinzioni, Hahnemann raccolse le sue osservazioni nell'*Organon der Heilkunst* (1810), il testo fondativo dell'omeopatia, e iniziò a curare pazienti con metodi che apparivano rivoluzionari per l'epoca.[6] In un periodo in cui la medicina ufficiale praticava ancora salassi, clisteri e somministrava dosi massicce di mercurio e altri veleni, i trattamenti omeopatici sembravano più dolci – e soprattutto meno pericolosi. Non sorprende che molti malati, sfiancati da cure tradizionali brutali, trovassero sollievo passando alle palline zuccherate di Hahnemann: **quantomeno evitavano ulteriori avvelenamenti.**

L'omeopatia ebbe successo. Non perché funzionasse meglio, ma perché **era più gentile**. Consultazioni lunghe, attenzione alla persona, rimedi apparentemente innocui in un'epoca in cui la medicina ufficiale poteva ucciderti con la cura prima ancora che con la malattia. A confronto con i salassi, lo zucchero sembrava un miracolo.

Il paradosso è tutto qui: l'omeopatia nasce anche come reazione comprensibile a una medicina rozza e violenta, ma lo fa sostituendo la brutalità terapeutica con una teoria che, già allora, **non stava in piedi.** Una medicina che rinuncia alla chimica per abbracciare il simbolo. Alla dose per affidarsi al rito. Alla sostanza per confidare nella sua memoria.

E questa – non una favoletta, non una caricatura – è la radice storica dell'omeopatia: non una truffa improvvisata, ma un sistema coerente... **con le proprie premesse sbagliate.**

In breve tempo, l'omeopatia guadagnò seguaci e si diffuse in Germania, Francia, Inghilterra e oltre.

Nella prima metà dell'Ottocento l'omeopatia conobbe un successo sorprendente. Fiorirono ospedali omeopatici in Europa e negli Stati Uniti, frequentati spesso da pazienti benestanti e membri delle élite.

L'omeopatia godeva di un certo prestigio sociale, e le teste coronate non l'hanno mai mollata: in Inghilterra un principe di Galles fu patrono del London Homoeopathic Hospital, e il duca di York, il futuro Giorgio VI, gli diede il titolo di «Royal».[6] Da noi la storia è più sabauda: davanti alle obiezioni dei medici di Stato, Carlo Alberto decise di lasciar fare, convinto che ci avrebbe pensato il tempo a screditarla. Intanto, nel 1839, a Torino apriva una farmacia omeopatica autorizzata.[8]

Uno degli episodi più frequentemente citati dagli omeopati è l'epidemia di colera a Londra del 1854. In quell'occasione, il London Homoeopathic Hospital riportò tassi di mortalità nettamente inferiori – circa il 18% – rispetto agli ospedali convenzionali londinesi, che registrarono una mortalità attorno al 46%.[9] Il dato è reale, documentato e storicamente corretto.

Il problema non è il numero. È **l'interpretazione**.

Nel 1854 la medicina ufficiale non disponeva di alcuna terapia efficace per il colera. Peggio: molte delle pratiche utilizzate – salassi, purganti, mercurio – erano probabilmente dannose. Gli omeopati, invece, adottavano un approccio molto diverso: somministravano rimedi in dosi basse o innocue, evitavano interventi aggressivi e, soprattutto, offrivano riposo, assistenza continua e – in alcuni casi – idratazione.[9]

Un dettaglio spesso ignorato è che i rimedi omeopatici usati contro il colera **non erano necessariamente ultradiluiti**. In molti casi veniva prescritta **tintura di canfora** a basse diluizioni, talvolta ripetuta frequentemente. La canfora non curava il colera, ma poteva avere un blando effetto sintomatico o antisettico. Ancora più rilevante, alcuni omeopati dell'epoca – come il britannico John Drysdale – avevano intuito l'importanza dell'idratazione e della gestione dei fluidi, arrivando a somministrare bevande contenenti sali o lattosio (come il siero di latte), anticipando in forma embrionale il principio della reidratazione orale.[9]

In altre parole: **quando gli ospedali omeopatici sembravano funzionare, lo facevano non grazie all'omeopatia, ma nonostante essa**. Il vantaggio non stava nella teoria del «simile», né nella memoria dell'acqua, ma nell'evitare trattamenti nocivi e nell'applicare, talvolta per intuito più che per scienza, misure di supporto fondamentali.

Il paradosso resta, ma si fa più preciso: l'omeopatia guadagnò credito perché operava in un contesto in cui la medicina ufficiale era ancora profondamente inefficace. In quel contesto storico, **un sistema terapeutico meno aggressivo e più attento alla cura del paziente poteva apparire superiore**, senza che questo dicesse nulla sulla validità della sua teoria di fondo.

Quando, decenni dopo, arrivarono la teoria microbica, l'epidemiologia moderna e la reidratazione efficace, quel vantaggio svanì. E con esso, lentamente, anche la plausibilità clinica dell'omeopatia.

Le scoperte di **Pasteur** e **Koch** gettarono le basi della microbiologia; Lister introdusse la chirurgia antisettica; vennero sintetizzati i primi farmaci efficaci. Di fronte a vaccini, antisettici e trattamenti scientificamente fondati, le palline omeopatiche iniziarono a perdere fascino. Ma il colpo di grazia intellettuale arrivò dal progresso della **chimica fisica**: la definizione del numero di **Avogadro** demolì la plausibilità dei rimedi ultradiluiti.

Vale la pena fermarsi un attimo su questo famoso numero di Avogadro, perché non è un dettaglio da addetti ai lavori: è il punto in cui l'omeopatia smette di essere strana e inizia a essere **fisicamente impossibile**.

Il numero di Avogadro – circa 6×10^{23} – indica quante molecole ci sono in una mole di una sostanza. Tradotto dal chimichese: è il modo in cui la chimica collega il mondo che vediamo (grammi, cucchiaini, flaconi) con il mondo invisibile delle molecole.

Finché diluisci una sostanza ma resti sotto quel numero, stai ancora distribuendo molecole sempre più lontane tra loro. Ma quando superi quella soglia, succede una cosa semplice e brutale: **le molecole finiscono**. Non si fanno timide. Non si nascondono. Non restano in memoria. Semplicemente non ci sono più.

Le diluizioni omeopatiche classiche vanno tranquillamente oltre questo limite. Già attorno a 12CH la probabilità di trovare anche una sola molecola del principio attivo in una dose diventa trascurabile. A 30CH non stiamo parlando di «ultradiluizione», ma di **assenza garantita**. È come diluire una goccia di vino nell'oceano... e poi continuare a diluire l'oceano.

Da quel punto in poi, qualsiasi effetto non può più essere attribuito alla sostanza di partenza, perché **non c'è più nessuna sostanza**. Se qualcosa succede, succede per altri motivi. Psicologici, contestuali, rituali. Ma non chimici.

Non c'è da stupirsi, a questo punto, se **nessun insieme di test clinici rigorosi** è mai riuscito a dimostrare che un preparato omeopatico abbia effetti superiori a un placebo.[10] Non per mancanza di tentativi, ma per l'esatto contrario.

Nel corso del Novecento e soprattutto nei decenni più recenti, l'omeopatia è stata sottoposta a **numerosi studi**.

Negli anni 2000 questo processo di verifica arriva a maturazione. Le revisioni sistematiche iniziano a mettere ordine in una letteratura frammentata, spesso composta da studi piccoli, mal progettati o metodo-

logicamente fragili. Il risultato è sempre lo stesso: **quando si considerano solo gli studi di qualità adeguata, l'effetto scompare.**[10]

Un esempio emblematico è la revisione Cochrane sull'Oscillococcinum per la prevenzione e il trattamento dell'influenza. Dopo aver analizzato criticamente i trial disponibili, gli autori concludono che **le prove sono troppo deboli per concludere qualcosa.**[2] I pochi effetti osservati sono piccoli, inconsistenti, e compatibili con bias metodologici o con l'andamento spontaneo dei sintomi. Gli autori, prudenti, non escludono un effetto: dicono che le prove non convincono.[2] Tradotto da me: **niente che giustifichi l'uso del prodotto come farmaco.**

Questo schema si ripete ovunque. Le meta-analisi più rigorose mostrano che: gli studi «positivi» tendono a essere piccoli e di bassa qualità; gli studi meglio disegnati non trovano effetti specifici; l'insieme delle evidenze converge sistematicamente verso lo zero.[10]

È così che si forma un consenso scientifico: **non per voto ideologico**, ma per accumulo di dati che puntano tutti nella stessa direzione. All'inizio c'è incertezza, poi scetticismo, infine una conclusione sobria e poco spettacolare: *l'omeopatia non funziona oltre il placebo*.

E qui sta forse l'ironia finale. L'omeopatia nasce come reazione a una medicina inefficace e violenta. Ma quando la medicina diventa finalmente capace di misurare i propri effetti – con test clinici, controlli, statistiche – l'omeopatia non regge più il confronto. Non perché sia stata «attaccata», ma perché **è stata testata.**

A sorpresa, nella seconda metà del Novecento l'omeopatia ha vissuto un revival inatteso. A partire dagli anni Settanta, complice un intreccio di tendenze culturali – dalla New Age al ritorno idealizzato alla «natura», fino a una crescente diffidenza verso l'autorità scientifica e industriale – molte persone hanno ricominciato a cercare terapie percepite come più dolci, personalizzate e «umane» rispetto alla medicina ufficiale.

In paesi come Italia, Francia e Regno Unito, l'uso di prodotti omeopatici è cresciuto costantemente fino a raggiungere un picco attorno agli anni Duemila.[11] Ancora oggi l'industria stima che circa **10 milioni di italiani** facciano ricorso all'omeopatia almeno una volta l'anno, acquistando granuli e gocce in farmacia per i disturbi più vari: dall'insonnia ai malanni di stagione.[12] L'ISTAT, nel 2013, ne contava molti meno: il 4,1% della popolazione l'aveva usata nei tre anni precedenti, cioè circa due milioni e mezzo di persone, in forte calo rispetto al 2005.[11] Il tutto **nonostante l'assenza di prove scientifiche di efficacia specifica**. Segno del potere duraturo del

passaparola, dell'effetto placebo e – probabilmente – anche di una certa sfiducia verso la medicina industriale e le multinazionali del farmaco.

Il paradosso, però, è che **anche l'omeopatia ha le sue multinazionali.**

La più nota è **Boiron**, fondata in Francia nel 1932 dai farmacisti Jean e Henri Boiron e oggi leader mondiale del settore.[12] L'azienda è presente in circa 50 paesi, con filiali in oltre 20 nazioni, tre centri produttivi e circa 2.600 dipendenti.[12,13] Il fatturato globale del gruppo si aggira intorno ai **500 milioni di euro l'anno** (dato 2023), con l'Italia che contribuisce per circa **30 milioni di euro** ed è il secondo mercato dopo gli Stati Uniti.[12,13]

Tra i prodotti di punta c'è proprio l'Oscillococcinum, il celebre «rimedio all'anatra», prodotto in **milioni di tubetti ogni anno.**[14] Nonostante una flessione delle vendite negli ultimi anni – dovuta in parte a una maggiore consapevolezza scientifica e a decisioni regolatorie in alcuni paesi – il mercato omeopatico resta tutt'altro che marginale. In Italia il comparto dei preparati omeopatici conta una trentina di aziende e genera un giro d'affari che supera i **200 milioni di euro annui**, considerando anche l'indotto.[12]

Anche **Boiron** ha dovuto fare i conti con questo cambio di clima. In Francia, dove per decenni i suoi prodotti avevano beneficiato di un rimborso parziale da parte del servizio sanitario, le autorità hanno deciso nel 2019 di eliminarlo progressivamente **per mancanza di evidenze scientifiche di efficacia.**[15] Il rimborso è stato ridotto dal 30% al 15% nel 2020, fino ad essere azzerato del tutto nel 2021.[15,16]

La decisione non è stata indolore. Boiron ha registrato un calo significativo del fatturato (circa –8% già nel 2019, con ricavi scesi a circa 557 milioni di euro) e ha tentato anche la via legale per opporsi al provvedimento.[16,17] Senza successo.[18] Quando il nodo è l'assenza di prove, non c'è ricorso che tenga.

In altri paesi il copione è stato simile. Nel Regno Unito, il **NHS** inglese ha stabilito nel 2017 la fine di ogni finanziamento pubblico all'omeopatia, definendola uno **spreco di risorse** alla luce dell'assenza di benefici dimostrabili.[19,20] Non una crociata ideologica, ma una scelta di allocazione: con fondi limitati, si finanzia ciò che funziona. Il quadro che emerge è piuttosto chiaro. Oggi, per la comunità scientifica e per un numero crescente di governi, i rimedi omeopatici sono **placebo costosi**: innocui nella migliore delle ipotesi, potenzialmente dannosi quando sostituiscono o ritardano cure efficaci. Il problema, ormai, non è più se funzionino – la risposta è nota – ma **perché continuino a essere trattati come medicine**.

Eppure, nonostante le critiche e il consenso scientifico ormai consolidato, l'omeopatia continua a godere di una notevole popolarità e, in alcuni casi, perfino di **riconoscimento istituzionale**. Spesso non per decisioni basate sulle evidenze, ma sotto la spinta dell'opinione pubblica.

Un caso emblematico è quello della **Svizzera**. A seguito di un referendum popolare nel 2009, dal 2017 le medicine complementari – tra cui l'omeopatia – sono state ufficialmente equiparate alle altre specialità mediche e incluse **a tempo indeterminato** tra le prestazioni rimborsate dall'assicurazione sanitaria obbligatoria.[21,22] In pratica, in Svizzera le visite e i trattamenti omeopatici prescritti da medici qualificati vengono coperti dal sistema sanitario pubblico, allo stesso modo di una visita cardiologica o di un farmaco convenzionale.[22] È una scelta apertamente politica: non nasce da nuove prove di efficacia, ma dall'intento di rispettare la volontà popolare e offrire ai cittadini ciò che chiedono. I sostenitori la presentano come un passo verso una «medicina integrativa» più pluralista; molti scienziati, invece, la criticano come una **deroga al principio secondo cui le cure rimborsate dovrebbero funzionare**.

In Italia, la situazione è più prudente. L'omeopatia è liberamente praticabile e i suoi prodotti sono venduti legalmente in farmacia – un tempo come preparati galenici, oggi come farmaci registrati **senza indicazioni terapeutiche specifiche**. Tuttavia, non rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e quindi non è generalmente rimborsata dal **Servizio Sanitario Nazionale**.

Fa eccezione la **Regione Toscana**, che nel 2009 era l'unica in Italia ad aver integrato ufficialmente l'omeopatia – insieme ad agopuntura e fitoterapia – nell'offerta sanitaria pubblica.[23] Dal 2007 la Toscana ha adottato una legge regionale che riconosce le Medicine Complementari e ha attivato ambulatori omeopatici pubblici: oggi un centinaio di ambulatori pubblici offrono medicine complementari, omeopatia compresa, dietro pagamento di un semplice ticket, esattamente come accade per una visita specialistica convenzionale.[24–26] Una scelta che, volendo essere maliziosi, sembra fatta apposta per confermare l'immaginario della Toscana un po' fricchettona: David con i dread, la collezione di bonghi sotto il braccio e una jam session terapeutica davanti a Santa Maria Novella anziché a Parco Sempione (un saluto a Elio). Ma qui non siamo a un festival new age: stiamo parlando di sanità pubblica.

Ogni anno migliaia di cittadini toscani scelgono queste prestazioni: già nel 2009 si contavano circa 26.000 visite di medicina complementare (omeopatia compresa).[25] L'esperimento toscano è da anni al centro di po-

lemiche accese. Da una parte c'è chi lo difende come esempio di apertura mentale e rispetto della libertà di cura; dall'altra, molti professionisti lo accusano di essere **uno spreco di risorse pubbliche per pratiche prive di basi scientifiche.**

IL NODO

Ed è qui che la questione smette definitivamente di essere scientifica. Perché sul piano scientifico la faccenda è chiusa da tempo. Qui, invece, siamo sul terreno dell'etica pubblica. Non a caso, nel 2017 anche il **Comitato Nazionale per la Bioetica** – organo consultivo della Presidenza del Consiglio, non un circolo di guastafeste positivisti – ha preso posizione sul tema dell'omeopatia, spostando il fuoco dalla libertà di cura alla **trasparenza dell'informazione.**[27]

Il CNB parte da un dato di fatto giuridico: in Italia i prodotti omeopatici sono etichettati come «*medicinali omeopatici senza indicazioni terapeutiche approvate*».[27] Formalmente corretto, ma eticamente insufficiente. Secondo il Comitato, questa dicitura **non garantisce un'informazione chiara, completa e realmente comprensibile** per i cittadini – cioè esattamente ciò che dovrebbe essere il prerequisito minimo per la commercializzazione di qualsiasi farmaco.[27]

Il problema non è solo cosa c'è scritto, ma **come viene capito**. La parola *medicinale*, è il sottinteso del CNB, porta con sé un carico semantico potente: suggerisce efficacia, validazione scientifica, affidabilità clinica. Usarla per un prodotto la cui efficacia **non è stata dimostrata** genera un effetto confondente. Non mente apertamente, ma **lascia intendere**.

Per questo il Comitato avanza una proposta tanto semplice quanto devastante: smettere di chiamarli *medicinali* e chiamarli *preparati*. E soprattutto integrare l'etichetta con una formula esplicita: **«Preparato omeopatico di efficacia non convalidata scientificamente e senza indicazioni terapeutiche approvate».**[27] **Non è un attacco all'omeopatia. È una richiesta di onestà informativa.**

Ed è qui che il nodo etico si stringe. Perché se persino un organismo pluralista come il CNB – che include bioeticisti cattolici, laici, giuristi, clinici, filosofi – arriva a dire che l'attuale sistema di etichettatura **non è eticamente adeguato**, allora il problema non è più il gusto personale o la libertà di scelta. È il **diritto a non essere confusi**.

In altre parole: nessuno vuole vietare all'adulto consenziente di assumere palline di zucchero. Ma un conto è permettere, un altro è **presentare come farmaco ciò che farmaco non è**. Un conto è il rituale privato, un

altro è il riconoscimento pubblico. Quando lo Stato tollera l'ambiguità – o peggio, la finanzia – smette di essere neutrale: **diventa complice dell'equivoco**.

Il CNB lo dice senza sarcasmo, ma il succo è questo: se l'efficacia non è dimostrata, **il cittadino ha il diritto di saperlo in modo inequivocabile**. Tutto il resto non è libertà di cura. È marketing travestito da pluralismo.

Ed è qui che la questione diventa davvero scomoda. Perché finché l'omeopatia resta una scelta privata – pagata di tasca propria, consumata come rituale personale – il problema è soprattutto **epistemologico**. Uno prende una pallina per il raffreddore, guarisce comunque, si sente meglio. Nessun dramma. Al massimo, un po' di confusione su come funzionano i farmaci.

Ma quando l'omeopatia entra nei **rimborsi pubblici**, la faccenda cambia natura. Diventa una questione di **giustizia distributiva**.

I sistemi sanitari europei sono sotto pressione cronica: risorse limitate, personale insufficiente, liste d'attesa che si allungano, prevenzione sacrificata, salute mentale sottofinanziata. In questo contesto, ogni euro speso è una scelta. E ogni scelta implica una rinuncia: la coperta è sempre corta. Rimborsare una terapia senza efficacia specifica dimostrata significa, molto banalmente, **non rimborsarne un'altra che funziona**. Capito, Toscana?

A quel punto non basta più dire: «*se fa stare meglio qualcuno, va bene così*». Perché la sanità pubblica non è un grande abbraccio terapeutico fricchettone: è un sistema di priorità. E le priorità, per definizione, devono basarsi su criteri condivisibili. L'efficacia è uno di questi. La popolarità, no.

INTANTO, DA NOI

C'è poi una distinzione che non possiamo permetterci di ignorare. Finché parliamo di disturbi lievi – un raffreddore, un mal di gola, un'insonnia – l'omeopatia resta un problema di credenze e narrazioni. Ma quando entra in gioco **nelle malattie gravi**, la posta cambia radicalmente. Usare l'omeopatia *al posto* di terapie efficaci per un cancro, una malattia autoimmune o un'infezione seria non è una scelta «alternativa»: è un **rischio concreto**. Il danno non viene dal granulo in sé, ma **dal tempo perso**, dalle cure rimandate, dalla falsa sicurezza.

E non è un'ipotesi da manuale. Nel maggio 2025, in Salento, due genitori sono stati condannati per la morte del loro bambino: quattordici mesi, una polmonite, curata solo con l'omeopatia.[28,29] A consigliare i granuli era stato un medico, un oculista amico di famiglia.[28,29] Non serve immaginare

cattiveria, e io non la immagino. Basta il tempo: quello che i granuli hanno occupato al posto delle cure che servivano. Ed è qui che la proposta del CNB smette di essere una questione di parole. *Medicinale* o *preparato*, per un genitore che non ha gli strumenti per distinguere, può voler dire la differenza fra aspettare e correre in ospedale.

Ed è qui che l'omeopatia mostra il suo vero volto: non tanto come illusione individuale, ma come **ambiguità istituzionale**. Uno Stato che rimborsa un placebo non sta solo rispettando una preferenza: sta certificando una confusione. Sta dicendo che, in fondo, **la verità scientifica è negoziabile**, se abbastanza persone ci tengono.

L'ULTIMO GIRO

E così torniamo al paradosso iniziale. L'omeopatia – dalle intuizioni di Hahnemann alla stramba vicenda dell'anatra di Roy, fino ai granuli venduti oggi in farmacia – oscilla da due secoli tra due poli: la fede e la ragione. Da un lato, la fede di chi crede nei granuli e li difende nonostante tutto. Dall'altro, la ragione della scienza, che in quei granuli non trova altro che zucchero.

Nel frattempo, milioni di persone ogni anno continueranno a mandar giù la loro pallina, convinte che funzioni – guarendo in una settimana anziché in sette giorni. Il problema non è che lo facciano. Il problema è **quando lo facciamo pagare a tutti**.

La vera cura, forse, non è vietare né deridere. È **raccontare queste storie con onestà**, senza mitologie retroattive e senza indulgenze istituzionali. Perché solo distinguendo tra buona volontà, dilettantismo storico e responsabilità pubblica possiamo fare scelte di salute davvero informate.

E ora la domanda resta sul tavolo – e tocca a voi rispondere: **è giusto usare soldi pubblici, in una sanità sottofinanziata, per rimborsare cure che sappiamo non funzionare oltre il placebo?** E soprattutto: **dove tracciamo il confine tra libertà di cura e responsabilità collettiva?**

Alla salute. Ma a quella vera.

Bibliografia

1. Schwarcz J. The Curious "Science" of Oscillococcinum. McGill Office for Science and Society. 20 marzo 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.mcgill.ca/oss/article/homeopathy/curious-science-oscillococcinum
2. Mathie RT, Frye J, Fisher P. Homeopathic Oscillococcinum® for preventing and treating influenza and influenza-like illness. Cochrane Acute Respiratory Infections Group, a c. di. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;2019(9). doi:10.1002/14651858.CD001957.pub6

3. Boiron. *Oscillococcinum globules*. Agenzia federale belga dei medicinali e dei prodotti sanitari (AFMPS). Consultato 16 ottobre 2026. https://app.fagg-afmps.be/pharma-status/api/files/62bc59721e5c015ab3c09c15
4. U.S. Food and Drug Administration. Oscillococcinum (Laboratoires Boiron). Consultato 16 ottobre 2026. https://api.fda.gov/drug/ndc.json?search=brand_name:oscillococcinum
5. Oscillococcinum Boiron granuli 200 K, 30 contenitori monodose. Farmacia Igea. Consultato 16 ottobre 2026. https://farmaciaigea.com/oscillococcinum-boirongranuli-200-k-30-contenitori-monodose-1-g
6. Loudon I. A Brief History of Homeopathy. *J R Soc Med*. 2006;99(12):607-610. doi:10.1177/014107680609901206
7. Council on Health Promotion. Allopathy—a term that diminishes the profession. *British Columbia Medical Journal*. 2010;52:91.
8. Roccia R. The Homeopathic Pharmacy. Archivio storico della Città di Torino. Consultato 16 ottobre 2026. https://risorse.comune.torino.it/archiviostorico/zz_inglese/farmacia/farmacia.html
9. Dean ME. Selective suppression by the medical establishment of unwelcome research findings: the cholera treatment evaluation by the General Board of Health, London 1854. *J R Soc Med*. 2016;109(5):200-205. doi:10.1177/0141076816645057
10. Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, et al. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *The Lancet*. 2005;366(9487):726-732. doi:10.1016/S0140-6736(05)67177-2
11. Gargiulo L. La diffusione delle terapie non convenzionali in Italia dalle indagini Istat: trend e profilo dei consumatori. Presentazione presentato a: Istituto Superiore di Sanità; 15 dicembre 2015; Roma. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.epicentro.iss.it/farmaci/pdf/FEP2015/Gargiulo.pdf
12. Capua P. Silvia Nencioni, la guida di Boiron in Italia: "L'omeopatia paga lo stallo regolatorio, ora bisogna tornare alla crescita". *la Repubblica*. 10 marzo 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.repubblica.it/economia/2024/03/10/news/silvia_nencioni_la_guida_di_boiron_in_italia_lomeopatia_paga_lo_stallo_regolatoro_ora_bisogna_tornare_alla_crescita-422283633/
13. Boiron SA pubblica i risultati finanziari per l'intero esercizio chiuso al 31 dicembre 2024. *MarketScreener*. 22 aprile 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://it.marketscreener.com/quotazioni/azione/BOIRON-5685/attualita/Boiron-SA-pubblica-i-risultati-finanziari-per-l-intero-esercizio-chiuso-al-31-dicembre-2024-49680955/
14. Beres D. Homeopathy Is Sugar Water. The FTC is Finally Regulating Industry Claims. *Big Think*. Pubblicato online 20 dicembre 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://bigthink.com/surprising-science/homeopathy-is-sugar-water-the-ftc-is-finally-regulating-industry-claims/
15. Assemblée nationale. *Évaluation de la Haute autorité de santé sur l'homéopathie*. Assemblée nationale; 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://questions.assemblee-nationale.fr/dyn/15/questions/QANR5L15QE24505.pdf
16. Francia, calo del giro d'affari per Boiron dopo i tagli alla rimborsabilità. *fPress*. 25 gennaio 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.fpress.it/estero/francia-calo-del-giro-daffari-per-boiron-dopo-i-tagli-alla-rimborsabilita/
17. Gravier J. Les ventes de Boiron en fort recul. *Le Quotidien du Pharmacien*. 24 gennaio 2020. Consultato 16 ottobre 2026. http://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/justice/les-ventes-de-boiron-en-fort-recul
18. Boche J. Homéopathie déremboursée : les recours de Boiron rejetés. *Lyon Capitale*. 22 dicembre 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.lyoncapitale.fr/actualite/homeopathie-deremboursee-les-recours-de-boiron-rejetes
19. NHS. Homeopathy. NHS. 30 aprile 2024. Consultato 16 ottobre 2026. http://web.archive.org/web/20250603105826/https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/homeopathy/
20. NHS England. *NHS England Launches Action Plan to Drive out Wasteful and Ineffective Drug Prescriptions, Saving NHS over £190 Million a Year*. NHS England; 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.england.nhs.uk/2017/07/medicine-consultation/

21. Parlamento svizzero. Votazione popolare del 17 maggio 2009. Parlamento svizzero. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.parlament.ch/it/services/votazioni-popolari/votazioni-popolari-archivio/votazioni-popolari-2009/votazione-popolare-2009-05-17
22. Medicine non convenzionali. In Svizzera le rimborsa lo Stato. *Medicina Integrata News*. Pubblicato online 20 giugno 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.medicinaintegratanews.it/medicine-non-convenzionali-in-svizzera/
23. Bazzi A. Terapie new age pagate dall'Asl, medici in rivolta a Merano. *Corriere della Sera*. 16 gennaio 2009. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.corriere.it/cronache/09_gennaio_16/adriana_bazzi_terapie_new_age_pagate_dall_asl_3a28c082-e397-11dd-8cd2-00144f02aabc.shtml
24. Regione Toscana. *Piano sanitario regionale 2008–2010*. Regione Toscana; 2008. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.regione.toscana.it/documents/10180/23720/Nuove+opportunita%27.pdf/c70bb790-2ce4-438f-b440-ecbcd9d0bd11?version=1.0&t=1352195881078&download=true
25. La medicina integrata anche in Sicilia. *Giornale di Sicilia*. 3 novembre 2010. Consultato 16 ottobre 2026. https://gds.it/articoli/salute/2010/11/03/la-medicina-integrata-anche-in-sicilia-133611-a8a50eed-73a6-4bfc-9cf6-5526f8dbaa76/
26. Regione Toscana. Ambulatori di medicine complementari. Regione Toscana. 26 novembre 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.regione.toscana.it/-/ambulatori-di-medicine-complementari
27. Comitato Nazionale per la Bioetica. *Dichiarazione sull'etichettatura dei preparati omeopatici e sulla trasparenza dell'informazione*. Comitato Nazionale per la Bioetica; 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://bioetica.governo.it/media/1406/m19_2017_dichiarazione-sulletichettatura-dei-prodotti-omeopatici-e-sulla-trasparenza-dellinformazione_it.pdf
28. Rapini L. Bimbo curato solo con l'omeopatia e morto di polmonite a 14 mesi: condannati mamma e papà. *La Stampa*. 21 maggio 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.lastampa.it/cronaca/2025/05/21/news/salento_bimbo_morto_polmonite_omeopatia_condannati_genitori-15157218/
29. V. Val. Curato con l'omeopatia, morì a 14 mesi per polmonite, i genitori patteggiano. *LeccePrima*. 21 maggio 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.lecceprima.it/cronaca/neonato-morto-polmonite-curato-omeopatia-patteggiano-genitori-Lecce-21-maggio-2025.html

15

La scienza non è vegan

Uscito il 28 gennaio 2026

AL BANCONE

«Se ti dicessi: *per trovare una cura*, dobbiamo far soffrire qualcuno... tu chi scegli? Un topo? Un cane? Una scimmia? O un essere umano – ma consenziente, eh. E se ti dicessi che un farmaco testato su animali, scimmie comprese, a dosi enormi, senza problemi... alla prima minuscola iniezione sull'uomo **quasi uccide sei ragazzi sani**, tu a chi daresti la colpa?»

Sembra una leggenda metropolitana, ma giuro che è una storia vera. Londra, 2006. Volontari pagati. Trial clinico approvato. Tutte le carte in regola. E poi, nel giro di poche ore: febbre altissima, dolore, organi che cedono, terapia intensiva. Non un errore grossolano. Non un esperimento nazista. **Scienza fatta come si deve. Roba sicura, in teoria, perché testata prima su animali.** Eppure qualcosa va terribilmente storto.

E non è nemmeno un caso isolato. Dieci anni dopo, in Francia, un altro trial di fase I. Volontari sani. Un analgesico promettente. Risultato: un morto. E chi sopravvive si porta dietro danni neurologici. Anche qui: c'erano stati prima i test su animali, scimmie incluse. Tutto «sicuro». Fino a quando non lo è stato più.

A questo punto qualcuno al bar dice: «Ok... ma allora a cosa servono gli animali?» Ed è lì che la conversazione deraglia davvero – o si fa davvero interessante. Perché per decenni ci siamo raccontati una storia rassicurante: *meglio testare sugli animali che sugli esseri umani*. Peccato che, conferenza dopo conferenza, incidente dopo incidente, emerga una verità scomoda:

gli animali non sono piccoli umani pelosi. A volte il modello funziona. A volte no. E a volte ce ne accorgiamo solo quando è troppo tardi.

Non mi è mai piaciuta l'idea di contribuire a costruire situazioni polarizzanti, dove si finisce a bianchi contro neri; in realtà uno dei miei mantra è: guarda alle cose che ci uniscono, se possibile, anziché a quelle che ci dividono. Che non significa affatto non avere un'opinione, ma piuttosto non rinunciare alla possibilità di comunicare con chi ha un'opinione diversa dalla mia. Temo che la sperimentazione animale sia uno di questi argomenti polarizzanti, ma la questione è troppo interessante – e attuale – per continuare a schivarla.

Chiedo a tutte e tutti, quindi, un piccolo sforzo di apertura mentale. Quale che sia la vostra posizione in merito, spietati vivisezionisti ottocenteschi o hippie per cui la vita di un gattino conta più di quella di mille persone, sentirete cose che potrebbero infastidirvi. Vi chiedo con cortesia, se possibile, di ascoltare bene fatti ed argomenti. Spoiler: il mondo non è quasi mai bianco o nero.

Con questa premessa, oggi parliamo di **Claude Bernard** – padre della fisiologia e vivisezionista ottocentesco, di uomini elefanti, di endocannabinoidi, topi, scimmie, e cani nello spazio. E anche del mio vecchio amico Jeremy Bentham, che seppur utilitarista fino alla morte (letteralmente! Ne parlo nel capitolo 4, *Resurrezione*) già a fine Settecento faceva notare l'ovvio con una frase che suona ancora come uno schiaffo: *la questione non è se possono ragionare o parlare… ma se possono soffrire.*

Oggi facciamo una domanda semplice e indecente: **che prezzo ha la conoscenza, quando ha bisogno di carne, per avanzare?** E soprattutto: *chi lo paga?*

COM'È ANDATA

Londra, 13 marzo 2006: otto ragazzi sani partecipano come volontari pagati alla fase I di un trial clinico, testando per la prima volta sull'uomo un anticorpo monoclonale sperimentale chiamato **TGN1412**. Il farmaco era stato testato **in vitro** e su diversi animali, scimmie comprese, anche a dosi molto più elevate, senza apparenti problemi clinici. Sulla base di questi dati, la dose iniziale nell'uomo viene considerata ultraconservativa.[1,2]

Ma quella mattina, appena infusa la prima somministrazione, i sei volontari che ricevono il farmaco (gli altri due ricevono il placebo)[3] collassano: febbre altissima, dolore lancinante, organi che cedono. Nel giro di poche ore sviluppano una tempesta immunitaria incontrollata e finiscono

in terapia intensiva in pericolo di vita. Uno resta in coma per settimane. Tutti vengono salvati per un soffio.[1,2,4]

Le indagini successive mostrano che **TGN1412** iper-attivava il recettore **CD28** nei linfociti umani – il recettore CD28 è *una molecola chiave della co-stimolazione immunitaria: in pratica un acceleratore che dice alle cellule T quando e quanto attivarsi*. Il paradosso è che **era proprio questo l'obiettivo del farmaco**: stimolare il sistema immunitario per trattare malattie come **leucemie e linfomi** e alcune **patologie autoimmuni**, «risvegliando» cellule immunitarie considerate troppo passive.[5]

Il problema è che nell'uomo quell'acceleratore finì **a tavoletta**. I modelli animali, così come erano stati usati, non riuscirono a prevederlo. Non perché gli animali non avessero CD28, ma perché **non lo avevano sulle cellule che nell'uomo scatenarono la tempesta**: la cascata immunitaria che nell'uomo esplose in poche ore risultava negli animali molto più attenuata e localizzata.[6]

Il risultato clinico fu devastante: una **tempesta di citochine** che fece collassare i volontari, con gonfiori massicci, dolore estremo, insufficienza multiorgano. I tabloid parlarono di **«uomini elefanti»**, perché alcuni di loro si gonfiarono in modo impressionante nel giro di poche ore.[4]

A posteriori, si è osservato che **test ex vivo su cellule immunitarie umane**, cioè degli *esperimenti condotti su cellule prelevate da donatori e studiate in laboratorio, fuori dal corpo ma ancora biologicamente attive*, avrebbero potuto far emergere segnali di allarme. Ma all'epoca questi approcci non erano standard, né considerati sufficientemente predittivi per bloccare il passaggio all'uomo. Come spesso accade, il limite non era l'assenza di alternative, ma **la fiducia eccessiva in un modello ritenuto «abbastanza simile»**.[7]

Il risultato è brutale: avevamo un farmaco progettato per l'uomo, testato su organismi che gli assomigliavano abbastanza da rassicurarci, ma non abbastanza da avvertirci. Non è una condanna della sperimentazione animale in sé. È una lezione sui suoi limiti: **un modello non è sbagliato perché fallisce, ma perché gli chiediamo di predire ciò che non può predire**.

Un altro caso, ancora più recente, ha confermato tragicamente la lezione. **Francia, gennaio 2016**: a Rennes viene condotto un trial di **fase I** su un nuovo analgesico sperimentale, **BIA 10-2474**, una molecola che agisce sul **sistema endocannabinoide** inibendo l'enzima FAAH. L'idea era aumentare i livelli di endocannabinoidi endogeni per ottenere un effetto analgesico e ansiolitico.

Novanta volontari sani ricevono il farmaco, in più gruppi a dose crescente. **I primi ottantaquattro non hanno eventi gravi apparenti**. Poi arriva la quinta coorte, quella a dosaggio più elevato: sei volontari ricevono il farmaco, altri due il placebo. Cinque dei sei vengono ricoverati d'urgenza con **sintomi neurologici gravissimi**. Uno va in coma e muore; due restano con **danni neurologici**, alla memoria e al cervelletto; il sesto non ha sintomi.[8,9]

Anche in questo caso il farmaco era stato testato sugli animali, **in più specie**, scimmie comprese, **senza segni evidenti di neurotossicità**, se non a dosi estremamente elevate. Ma qui il punto non è che «gli animali non avevano detto niente». Il punto è **che dicevano cose ambigue**: segnali farmacocinetici ambigui (alle dosi alte la cinetica smetteva di essere proporzionale), scarsa selettività del composto, e una finestra terapeutica poco chiara – elementi che, messi insieme, avrebbero richiesto molta più cautela.[10,11]

Quando si è cercato di capire cosa fosse andato storto, l'ipotesi più plausibile non è stata una semplice differenza di specie, ma un **effetto off-target**: a dosi elevate, BIA 10-2474 probabilmente iniziava a colpire **altri enzimi e vie metaboliche**, innescando una tossicità neurologica non prevista né desiderata.[12]

Tradotto da bar: funziona tutto, finché non funziona più. Alzi la dose, il farmaco esce dai binari, e quello che sugli animali era solo un sospetto nell'uomo diventa un disastro. Uno finisce in coma e muore, altri restano con danni neurologici, **per testare un farmaco di cui non avrebbero mai beneficiato personalmente**. È il paradosso etico della **fase I**: persone sane, spesso attratte da un compenso economico, si espongono a rischi reali e in parte imprevedibili **«al buio»**, per permettere di valutare la sicurezza di molecole che, se tutto va bene, serviranno ad altri.[8]

In genere queste sperimentazioni filano lisce come l'olio. Le dosi iniziali sono basse, i volontari monitorati, i protocolli stringenti. Ma quando qualcosa va storto, lo schianto ci ricorda una verità scomoda: **l'idea che «meglio l'animale che l'uomo» è fragile**. Prima o poi, all'uomo si deve arrivare. E l'uomo – a differenza dei modelli – può reagire in modi che nessun animale, nessuna simulazione, nessuna curva dose-risposta aveva davvero anticipato.

A questo punto, al bar, qualcuno inevitabilmente sbotta: «*Ok, ma allora perché continuiamo a fare sperimentazione animale?* Non funziona sempre. A volte ci rassicura troppo. E alla fine sull'uomo ci dobbiamo arrivare comunque. Quindi, perché far soffrire le bestie?»

È una domanda sensata. Ma è anche una domanda a cui non si risponde guardando solo alle storie e alle tecnologie di oggi. Ci si risponde anche guardando indietro, guardando a come e perché è nata. Perché la sperimentazione animale non nasce come alternativa elegante. Nasce come **unica opzione**. Nasce quando la medicina smette di essere solo osservazione e diventa intervento. Nasce quando qualcuno decide che, per capire come funziona un corpo, bisogna **aprirlo** – mentre funziona.

Siamo nell'Ottocento. **Claude Bernard**, padre della fisiologia moderna, nel suo laboratorio parigino seziona cani *ancora vivi*. È un'immagine da incubo. Al posto dell'anestesia, nei laboratori dell'epoca, c'era spesso il curaro: un veleno che immobilizza l'animale e lo rende facile da maneggiare. Ma è «un anestetico solo in apparenza», scriveva Bernard stesso, «perché l'animale sente, ma non può mostrarlo».[13] (p. 887) Bisturi, corde, tempo. Bernard è convinto – sinceramente, ostinatamente – che il progresso della medicina valga qualunque sacrificio animale.[14] A casa, però, quella convinzione non regge. La moglie, inorridita, finirà nel neonato movimento antivivisezionista, e le figlie con lei.[15] Come se la famiglia cercasse di rimettere in pari un conto morale aperto dal padre.

Non era un caso isolato. **François Magendie**, maestro di Bernard, dissezionava cani vivi *in pubblico* – a Londra, nel 1824, un levriero –: spettacoli scientifici che scandalizzavano i benpensanti ma producevano risultati fondamentali. Urla incluse.[16] All'epoca, per molti scienziati, era normale così. Il dolore era un dettaglio. Il fine, ovviamente, nobile.[17]

Fuori dai laboratori, però, qualcosa iniziava a scricchiolare. Filosofi come **Jeremy Bentham, peraltro padre dell'utilitarismo,** avevano buttato lì, già nel 1789, una domanda che ancora oggi mette a disagio: «*La questione non è possono ragionare?, né possono parlare?, ma possono soffrire?*»[18] (cap. XVII). La società iniziava così a interrogarsi sul diritto di far patire dolore ad altre creature in nome della scienza. E quando una domanda del genere comincia a circolare, prima o poi qualcuno chiede regole. Nel 1876, nel Regno Unito, arriva il **Cruelty to Animals Act**: la prima legge che prova a mettere paletti alla sperimentazione animale. Minimizzare il dolore. Giustificare ogni esperimento. Certificare chi tiene in mano il bisturi.[19]

La scena è pronta: da una parte laboratori dove *il fine giustifica i mezzi* (nonostante la domanda di Bentham); dall'altra un'opinione pubblica che inizia a sentire, anche senza entrare nei sotterranei, quelle urla.

A metà Novecento c'è un chirurgo sovietico, **Vladimir Demikhov**, che diventerà una specie di leggenda della medicina – famoso e famigerato. Demikhov trapianta **teste di cane** su altri cani. Due teste. Due bocche. Due

paia di occhi che si muovono. Per qualche giorno, entrambe reagiscono. Bevono. Deglutiscono. Vivono.[20]

Non è sadismo gratuito: Demikhov sta cercando di capire se i trapianti di organi *possono funzionare*. Senza quei cani a due teste, probabilmente oggi non avremmo i trapianti di cuore come li conosciamo. Non è una mia opinione: lo scrisse nel 1997 Christiaan Barnard, il primo ad eseguire con successo un trapianto di cuore su esseri umani: se c'è un padre dei trapianti di cuore e polmone, disse, quello è Demikhov. E c'è di più: nel 1962, letto di Demikhov sul giornale, Barnard decise che quello che sapevano fare i russi lo sapeva fare anche lui, e quel pomeriggio stesso trapiantò una testa di cane.[21] Ma guardare le foto o i video fa arrotolare le budella.

E non è il solo. Per decenni, animali di ogni tipo vengono usati come **modelli biologici**: topi resi diabetici per capire come funziona l'insulina; cani a cui si provoca un infarto per studiare la fisiologia cardiaca; primati infettati deliberatamente con virus letali per osservare la progressione delle malattie. L'idea è semplice, brutale, efficace: *se funziona su di loro, forse funzionerà anche su di noi.*

Ci sono esperimenti che oggi finiscono nei manuali, ma che raccontati al bar fanno abbassare la voce. **Ivan Pavlov: ce lo ricordiamo tutti per la storia delle campanelle e della salivazione, no? Quella cosa di associare il cibo a uno stimolo uditivo.** Pavlov operava cani per deviare la saliva all'esterno, misurandola mentre li sottoponeva a stress, fame, confusione. Da lì nascono i riflessi condizionati, un pilastro della psicologia moderna. Ma il laboratorio era un concentrato di animali cronicamente stressati.[22] Qui la sofferenza animale è un mezzo.

Veniamo alla sofferenza animale come effetto collaterale: negli anni '50 e '60, **Harry Harlow** separa cuccioli di macaco dalle madri e li cresce con «madri artificiali» di ferro o stoffa. Dimostra che il bisogno di contatto conta più del cibo. Scoperta enorme. Scimmie devastate: nessuna socialmente normale, alcune che si lanciano contro gli adulti in un'aggressione suicida.[23,24] Ancora oggi quegli studi vengono citati... con una certa difficoltà. Ne parlo nel capitolo 20, *La fossa della disperazione*.

E poi c'è **Universe 25.** Non ci sono bisturi, ma la sofferenza animale è sistemica. Negli anni '60, l'etologo **John B. Calhoun** costruisce per dei topi un *paradiso*: cibo illimitato, acqua, niente predatori, spazio abbondante. Nessuna sofferenza «classica». Nessun bisturi. All'inizio funziona. La popolazione cresce. Poi qualcosa si rompe.[25]

I topi iniziano a isolarsi, a diventare aggressivi o apatici. Le cure parentali crollano. Alcuni maschi diventano iper-violenti, altri completamente

ritirati. Le femmine smettono di accudire i piccoli. Nascono quelli che Calhoun chiama *the beautiful ones*: animali perfetti nell'aspetto, ma incapaci di qualsiasi relazione sociale. Alla fine, la colonia collassa. Non per fame. Non per malattia. Ma per **disintegrazione comportamentale**.

Universe 25 viene spesso raccontato come una storia sui topi. In realtà è uno di quei momenti in cui la sperimentazione animale smette di parlare *di loro* e inizia a parlare *di noi*. Sovraffollamento, isolamento, perdita di ruoli, burnout sociale. Non a caso, ancora oggi, ogni tanto qualcuno tira fuori Universe 25 per spiegare città, alienazione, o perché ci sentiamo tutti un po' strani.[26]

Veniamo alla sofferenza animale come strumento bellico. Circola una storia sui criceti lanciati con la fionda dagli inglesi per capire cosa succede a chi cade in mare senza paracadute. Probabilmente è una leggenda. Ma la verità è meno rassicurante. Durante la Seconda guerra mondiale, il governo britannico fece esplodere bombe vicino ad animali – topi, ratti, cavie, conigli, gatti, piccioni, perfino scimmie – per capire cosa faceva l'onda d'urto a un corpo. Non per cattiveria: già nella Grande Guerra si trovavano soldati morti senza una ferita, con un liquido sanguinolento che usciva da bocca e naso, e adesso le bombe cadevano sulle città. Si pensava che l'onda risucchiasse o gonfiasse i polmoni fino a farli scoppiare; si scoprì che a lacerarli era il colpo dell'onda sulla parete del torace.[27] Il corpo sembrava intatto. L'esperimento funzionò.

Conoscete la storia di **Laika**? Come tutti i bambini un po' picchiatelli, anch'io ho avuto la fissazione per lo spazio – che in realtà è durata piuttosto a lungo, estinguendosi solo verso i 20 anni con la scoperta della … birra… e altre cose. (Custodisco ancora gelosamente un modello in scala 1:2,27 dell'Astrobee D autografato da Umberto Guidoni). Ecco, non avevo i poster di Laika, ma compariva in diversi dei miei libri. In retrospettiva, mi chiedo se non possano esserci storie come quelle di Laika dietro a tanti dei traumi irrisolti della mia generazione.

Comunque, Laika: 1957. Guerra fredda, corsa allo spazio, propaganda a pieno regime da entrambi i lati della cortina di ferro. I sovietici vogliono sapere una cosa semplice e fondamentale: *un organismo vivente può sopravvivere al lancio nello spazio?* La risposta non può essere simulata. Qualcuno deve salirci davvero.

Laika è una cagnolina randagia di Mosca. Viene addestrata a vivere in spazi minuscoli, a nutrirsi con gel compressi, a tollerare rumori e accelerazioni estreme. Sale sullo Sputnik 2 sapendo – cioè, lo sa chi ce la mette – che **non tornerà**: la capsula non è progettata per il rientro.

Muore **dopo poche ore**, probabilmente per surriscaldamento e stress, a causa di un guasto al sistema di controllo termico. Per decenni la storia ufficiale parlerà di «giorni in orbita» e di una morte indolore. La verità verrà fuori solo molti anni dopo.[28,29]

e-Research-Rockets-Shuttle/dp/0387360530](

Scientificamente, l'esperimento funziona. Dimostra che il corpo può reggere il lancio. Senza Laika, forse Gagarin non sarebbe mai partito. Eticamente, è un disastro annunciato. Perché qui il punto non è la sofferenza fisica durante l'esperimento, ma una decisione presa *a monte*: **sappiamo che morirà, ma ci serve lo stesso**.

Laika diventa un'icona. Francobolli, statue, canzoni. Una martire laica del progresso. Ed è forse il primo caso in cui l'opinione pubblica, in massa, inizia a chiedersi non solo *cosa possiamo fare con la scienza*, ma **cosa siamo disposti a sacrificare per andare avanti**.

La scienza corre. L'etica, arrancando, prova a starle dietro.

E più la medicina diventa efficace, più emerge il paradosso: **gran parte di ciò che oggi ci salva la vita nasce da esperimenti che, raccontati senza anestesia retorica, fanno venire voglia di cambiare discorso**.

A questo punto, nella storia della scienza, succede una cosa interessante. Qualcuno smette di chiedersi *«possiamo farlo?»* e inizia a chiedersi *«come lo facciamo, e quanto male deve fare?»*.

Nel 1959, due ricercatori britannici, **William Russell** e **Rex Burch (ricercatori – non animalisti radicali)**, mettono nero su bianco un'idea semplice, quasi disarmante: se proprio dobbiamo usare animali, **almeno facciamolo meglio**. Nascono così le **3R**.[30]

Rimpiazzare: sostituire gli animali quando possibile. **Ridurre**: usarne il minor numero possibile. **Raffinare**: ridurre al minimo dolore, stress e sofferenza.

Non è una rivoluzione etica. È un compromesso. Non dice «smettiamo». Dice: *facciamolo con meno sangue, meno rumore, meno dolore*. Le 3R non sono nate per rendere la sperimentazione animale giusta, ma per renderla scientificamente migliore e moralmente tollerabile.

È da queste considerazioni che nasce la sperimentazione animale **come la conosciamo oggi**. Niente più scienziati pazzi che affettano cervelli di scimmia in cantina. Oggi, per usare un animale in ricerca, servono protocolli dettagliati, comitati etici, valutazioni costi-benefici, anestesia, analgesia, monitoraggio del benessere. Devi spiegare *perché proprio quell'animale*, *perché proprio quel numero*, *perché non esiste un'alternativa*.

Ogni esperimento è una pratica burocratica lunga quanto una tesi magistrale. E no, non è un modo di dire.

In Europa, le 3R sono legge. La **Direttiva 2010/63/UE** impone che **nessun animale possa essere usato** se esiste un'alternativa valida; che il numero sia giustificato statisticamente; che dolore e stress siano ridotti al minimo. Ogni progetto deve passare da un comitato etico, con una valutazione costi-benefici esplicita: quanta sofferenza animale per quale beneficio atteso.[31]

È un cambio di mentalità, ma non è ancora una soluzione definitiva. Negli ultimi anni, l'Unione Europea ha investito massicciamente in **metodi alternativi.**[32] Ma nemmeno questo basta sempre. Perché le 3R non sono una promessa di innocenza. Sono una **gestione del danno**. Un modo per rendere eticamente praticabile qualcosa che eticamente limpido non è.

Ed è qui che arriva la parte scomoda. Perché, nonostante tutto questo, **gli animali servono ancora.** Non per cattiveria. Non per inerzia. Ma perché un organismo vivo è una cosa fastidiosamente complessa. Metabolismo, sistema immunitario, ormoni, comportamento, interazioni imprevedibili. Nessun modello, per ora, riesce a tenerli insieme tutti.

Se oggi abbiamo cose che ci vengono decisamente comode, tipo: anestesia moderna, antibiotici, vaccini, trapianti d'organo, chemioterapie, terapie intensive neonatali... è anche perché, prima, **qualcuno li ha testati su animali.** Non è una giustificazione morale. È un fatto storico.

IL NODO

A questo punto qualcuno sospira e dice: *«Vabbè, in fondo sperimentare sugli animali è brutto ma necessario. Meglio loro di noi, no?»*. Una frase che codifica l'idea che la **vita umana valga di più** di quella di un topo o di un cane, e che se un farmaco può salvarmi la nonna, accetterò il sacrificio di qualche decina di topi da laboratorio. È un ragionamento comprensibile, radicato in secoli di cultura che hanno posto l'uomo «al vertice» del creato. **Immanuel Kant**, ad esempio, sosteneva che solo gli esseri umani – in quanto razionali – hanno dignità intrinseca, mentre gli animali sono **semplici mezzi.**[33 (§ 17)] Anche il buon Kant però raccomandava di trattare bene gli animali, ma per un motivo interessante: perché maltrattarli ci renderebbe insensibili e potrebbe portarci a far del male anche ai nostri simili. Insomma, **una gentilezza «strumentale»**: sii buono col cane, così ti alleni ad esser buono con le persone. Una prospettiva ben diversa da quella di **Albert Schweitzer**, medico e Nobel per la Pace, che un secolo e mezzo dopo, nel discorso per il Nobel, chiedeva una compassione che abbracci

«non solo l'uomo ma ogni essere vivente».[34] Per tanti pensatori contemporanei (come Peter Singer, l'autore di *Animal Liberation*), l'appartenenza di specie non può essere l'unico discriminante morale: se un essere prova *dolore e piacere*, ha interessi che meritano considerazione, che sia bipede o quadrupede, peloso o piumato. Negare questo principio è quello che Singer, riprendendo Ryder, chiama *specismo* – un pregiudizio irrazionale non diverso dal razzismo o dal sessismo, solo applicato alle specie anziché alle razze o ai sessi.[35,36]

Fin qui, il colpo è forte. Ma non chiude la questione. La complica. Perché poi, appena scendiamo dal piano dei principi a quello delle pratiche reali, scopriamo che **una qualche forma di gerarchia la usiamo tutti**. Anche quelli che dicono di rifiutare lo specismo.

Di fatto, accettiamo senza troppe remore esperimenti su animali che percepiamo come «semplici» – moscerini della frutta, pesci zebra, rane –, diventiamo molto più nervosi quando entrano in gioco cani o scimmie. Non è solo ipocrisia: è un criterio implicito. **Più un essere ci assomiglia – geneticamente, cognitivamente, emotivamente – più lo tuteliamo.** I primati non umani soffrono la solitudine, sviluppano comportamenti depressivi, hanno memoria, legami sociali complessi, forse frammenti di autocoscienza. Vederli come cavie ci disturba profondamente. E non a caso. Un pesce zebra, invece, lo immaginiamo – a torto o a ragione – come una vita più opaca, meno «spessa». E quindi sacrificabile.

Ed è qui il punto chiave: **lo specismo, come accusa filosofica, coglie una verità potente; lo specismo, come pratica sociale, è il modo imperfetto con cui proviamo a convivere con quella verità senza far saltare tutto. Non ti fai particolari problemi a schiacciare a manate le zanzare, ma trovi ripugnante l'idea di schiacciare a manate dei gattini, no?**

Non è bello. Non è pulito. Ma è esattamente lo spazio grigio in cui si muove la sperimentazione oggi. E da lì non si esce con gli slogan, ma solo decidendo – ogni volta – **quanto dolore siamo disposti ad accettare di infliggere su chi non può dire di no.**

E a questo punto, inevitabilmente, la domanda torna a bussare al bancone:

Se il problema è il consenso... Perché fermarci agli animali?

In realtà, a questa domanda abbiamo già risposto. Non teoricamente. **Praticamente.**

Perché sì: **di esperimenti sugli esseri umani ne abbiamo fatti parecchi.** A volte con consenso. A volte senza. A volte con un consenso così storto che oggi facciamo fatica a chiamarlo con lo stesso nome.

Alcune di queste storie le abbiamo già raccontate. Tipo il **programma D-IX**, nel capitolo 3, *Nazisti strafatti*: l'idea tutta tedesca di trasformare soldati in macchine da guerra chimicamente potenziate. Una roba che sembra fantascienza, ma con i documenti d'archivio.

Altre le racconto più avanti. Perché fanno male. Ma servono. C'è lo studio di **Tuskegee** (ne parlo nel capitolo 27, *Sangue cattivo*), dove per quarant'anni (fino al 1972) uomini afroamericani affetti da sifilide venivano osservati senza essere curati, *anche quando la penicillina esisteva già*. Per vedere «come va a finire».[37]

C'è la vicenda di **Willowbrook** (nel capitolo 34, *Piccole cavie*), dove fino al 1972 bambini con disabilità venivano infettati deliberatamente con l'epatite per studiarne l'andamento. Con il consenso dei genitori, sì. Ma un consenso dato dentro un sistema in cui, per molte famiglie, l'unico modo di far entrare il figlio era iscriverlo allo studio.[38–40]

No: **non sono sempre e solo i nazisti**.

Ed è qui che il discorso si fa davvero scivoloso. Perché quando diciamo «esperimenti sugli esseri umani, sì, ma con il consenso», non stiamo parlando di cavie astratte. Stiamo parlando di carcerati, orfani, persone razzializzate, pazienti psichiatrici, poveri, persone con pochissimo margine per dire «no».

Il consenso, in questi casi, non è una firma su un modulo. È una **relazione di forza**.

Dopo la scienza nazista il mondo aveva provato a mettere un argine a 'sta roba. Nascono il Codice di Norimberga (1947), la Dichiarazione di Helsinki (1964), i comitati etici[41,42], l'idea che **alcune cose non si fanno, anche se farebbero avanzare la scienza**. *Sembra tutto chiuso, no? Linee rosse tracciate. Problema risolto. Te piasaria, come si dice dalle mie parti. Ripeto: Tuskegee, 1972; Willowbrook, 1972.*

Studi come questi hanno qualcosa in comune con la vivisezione ottocentesca: rivelano il lato oscuro della ricerca, quando manca il rispetto per i soggetti coinvolti. Sia un cane legato sul tavolo operatorio, sia un bambino disabile ignaro di essere parte di uno studio, condividono lo stesso ruolo di **cavia sacrificale**. Da un lato c'è l'argomentazione che *«è grazie a questi sacrifici se la scienza avanza»*; dall'altro, l'orrore per la sofferenza inflitta e il sopruso.

E adesso facciamo quel giochino che al bar si fa sempre quando il discorso diventa pesante. Il **pour parler**. Quello che comincia con: «Ok, ma allora...»

Ok, ma allora: **e se usassimo davvero le persone al posto degli animali?** Non in senso nazista. Non «rapiamo la gente, la mettiamo sui treni e poi diamo un grant e un team al dottor Mengele». Dico: volontari. Persone consenzienti. Magari pagate. Magari reclutate tra chi «accetta» perché gli serve. Magari – e qui la sala si ghiaccia – carcerati. Sì: per dare loro un modo di, chessò, compensare il loro debito morale verso la società? E attenzione: questa non è una fantasia da film distopico. L'uso di detenuti come soggetti di ricerca è stato praticato a lungo, è stato limitato per ragioni etiche, e continua a riemergere ciclicamente come «soluzione razionale» a un problema morale irrisolto. Credo che l'ultima volta sia stato durante la pandemia.[43]

Sembra una provocazione. In realtà è una domanda tecnica travestita da indecenza. Perché, se la giustificazione è «lo facciamo per salvare vite», allora il problema non è *se* farlo. È **su chi**.

Partiamo dai **pro scientifici**, che sono quelli che gli scienziati amano perché hanno l'odore della razionalità: un essere umano è **il modello migliore di un essere umano**. Niente più: «peccato, funziona sul topo ma sull'uomo no». I risultati sarebbero più **trasferibili**, più rapidi, più «puliti» dal punto di vista dell'inferenza. E poi, potresti evitare parte degli errori più frustranti della farmacologia: farmaci sicuri negli animali, tossici nell'uomo; efficaci negli animali, inutili negli umani.

Fin qui sembra quasi una pubblicità.

Poi arrivano i **contro scientifici**, e già qui il bancone comincia a scricchiolare: gli esseri umani non sono standardizzati come topi da laboratorio. Età, comorbidità, genetica, stili di vita: c'è rumore ovunque. Poi: gli esperimenti «davvero informativi» spesso richiedono **interventi invasivi**, ripetuti, manipolazioni che nessun comitato etico ti approverebbe mai. E soprattutto: ci sono cose che *non puoi* testare su umani finché non hai una ragione forte per pensare che siano almeno «abbastanza sicure». E quella ragione, oggi, spesso arriva... dagli animali.

Quindi: anche volendo essere cinici, **non è così semplice**.

Adesso però viene la parte gustosa: i **pro etici**, quelli che ti fanno venire l'idea che forse questa provocazione abbia un senso.

Se accettiamo che conti il consenso, allora un umano consenziente sembrerebbe «più giusto» di un animale che non può dire nulla. Se lo scopo è salvare vite, qualcuno potrebbe dire: «meglio rischiare su chi ha scelto, che far soffrire chi non può scegliere».

E qui, se sei Peter Singer, ti si illuminano gli occhi come a uno che ha trovato una crepa nel muro, perché se il criterio è la riduzione della

sofferenza complessiva, il consenso umano sembra una scorciatoia moralmente attraente.

Solo che poi arrivano i **contro etici**, e sono quelli che ammazzano la fantasia in due colpi: il consenso non vive nel vuoto. Vive dentro **rapporti di potere**. Se paghi abbastanza, se recluti tra poveri, migranti, detenuti, malati... il «volontario» diventa una parola elasticissima. Se paghiamo 1000 euro un disoccupato per testare un farmaco, la sua volontarietà è genuina o è viziata dal bisogno economico (quindi *sfruttamento*)? Negli anni '60 negli USA era comune usare **prigionieri per esperimenti** (in cambio di pochi dollari o di piccoli privilegi). Nelle carceri come Holmesburg a Philadelphia, dermatologi testarono di tutto sui detenuti – dall'olio per abbronzatura a sostanze chimiche potenzialmente tossiche – approfittando del fatto che quegli uomini erano *«liberi»* di scegliere solo entro le mura del carcere.[44] Col senno di poi, la comunità etica ha giudicato quelle pratiche come sfruttamento vergognoso: anche se i detenuti firmavano un modulo, la loro scelta era forzata dal bisogno. Da allora, gli esperimenti su carcerati sono praticamente spariti nei paesi democratici.

Anche con consenso pieno, c'è una domanda di fondo: **possiamo trasformare la persona in mezzo**, anche se firma? «Ho firmato» non cancella automaticamente la dignità, la vulnerabilità, l'asimmetria. E poi c'è la questione più difficile di tutte: alcune cose non le accetteremmo *mai*, anche se qualcuno si offrisse. Non perché non servirebbero. Ma perché ci ripugnano. Perché vogliamo vivere in un mondo dove certe linee restano linee.

Non ho una visione del mondo antropocentrica, ma ritengo onesto riportare l'argomento antropocentrico a favore della sperimentazione animale. Perché troviamo intuitivamente più accettabile vivisezionare un topo che un essere umano, anche se fosse un perfetto sconosciuto? Perché l'essere umano capisce, soffre in modo più ricco, ha una biografia, relazioni, preferenze, magari figli e progetti. In breve, ha una *persona*. L'animale (attenzione, ci sono animali e animali, alcuni più cognitivamente semplici di altri, non voglio fare di tutta l'erba un fascio) – l'animale, dicevo, ai nostri occhi è un individuo «semplice»: prova dolore fisico, sì, ma probabilmente non ha la stessa consapevolezza di sé, non anticipa la morte con l'angoscia con cui lo farebbe un umano. E poi c'è un fattore di **utilità sociale**: se salvo un essere umano, salvo tutto il suo mondo (famiglia, amici, contributo alla società); se salvo un topo, salvo... un topo.

Quindi eccoci: preferiamo usare gli animali perché le persone dobbiamo usarle comunque, ma preferiamo evitare di usarle «troppo presto»,

correndo il rischio di far loro del male. Se usiamo persone «troppo presto», rischiamo di scivolare verso **mercati del rischio** e «volontariato sotto pressione» che violano la legge morale «tratta l'umanità sempre anche come fine, mai solo come mezzo». PS – sarebbe molto bello se di questa legge morale ci si ricordasse in generale, mica solo nella sperimentazione preclinica.

La sperimentazione animale oggi è spesso il compromesso che ci permette di non fare l'irreparabile sugli esseri umani. ***Non perché sia giusta. Ma perché le alternative, oggi, sono peggio.*** *È un male? Sì, per molti versi. È evitabile? Meno di quanto vorremmo ammettere. Possiamo, alla meglio, contenerlo. Rimpiazzando, Riducendo, Raffinando.*

E allora la domanda finale non è «animali sì o animali no». È: **quanto siamo disposti a pagare – in sofferenza, in soldi, in lentezza – per ridurre quel male?** E soprattutto: *chi deve pagarlo?*

INTANTO, DA NOI

Se prendi l'insulina per il diabete, sei vivo anche grazie ai cani di **Frederick Banting** e **Charles Best**, a cui il pancreas veniva rimosso e manipolato per capire come abbassare la glicemia.[45]

Se hai mai preso un antibiotico e non sei morto per un'infezione banale, lì in mezzo ci sono soprattutto topi, usati per testare tossicità ed efficacia prima che **Fleming**, **Chain** e **Florey** potessero portare la penicillina fuori dal laboratorio.[46]

Se sei stato sedato per una colonscopia, un'operazione ai denti o un parto cesareo, l'anestesia che ti ha «spento e riacceso» passa anche da esperimenti su cani e scimmie fatti nell'Ottocento – solo in India, nel 1889, una commissione sul cloroformio usò 430 animali – per capire dose, respiro, collasso.[47]

Se hai fatto un vaccino da bambino – poliomielite, tetano, morbillo – sei qui anche grazie a centinaia di migliaia di scimmie usate da **Salk**, **Sabin** e altri per capire se un virus indebolito uccideva o proteggeva.[48]

Questo è il conto collettivo. E poi c'è il conto personale. Il mio.

Io sono vivo anche grazie alla sperimentazione animale. Nel mio caso, tra le altre cose, grazie a dosi massicce di **timoglobuline prodotte nel corpo di conigli**, usate per trattare l'aplasia midollare idiopatica. Senza quel trattamento, non sarei qui a parlarne. Da allora – 2009 – **non mangio coniglio**. Non per coerenza morale assoluta. Per memoria. È il minimo che posso fare per non fingere che quel passaggio non sia mai esistito.

E poi c'è un'altra cosa che va detta, perché al bar spesso non la dice nessuno. Io conosco parecchie persone che, per lavoro, fanno sperimentazione animale.

Sono persone molto diverse tra loro. C'è chi deve costruirsi un distacco emotivo forte, quasi una corazza, per riuscire a fare quel lavoro senza soffrire. E c'è chi, all'opposto, **lega con gli animali**, li conosce uno per uno, dà loro un nome, e accetta la propria sofferenza come parte di un lavoro che considera necessario – anche quando arriva il momento di sacrificarli.

Una cosa però accomuna tutti quelli che conosco: **non ho mai incontrato un orco, qualcuno che tratti gli animali senza cura**. Nessuno che provi piacere. Nessuno che se ne freghi. Nessuno che «goda». Anche perché, banalmente, sarebbe illegale. Ma soprattutto perché chi resta a lungo in quei laboratori senza porsi domande... non ci resta.

Questo non rende la sperimentazione animale «bella». Ma la rende più vera di come spesso la immaginiamo: non un film horror con cattivi monodimensionali, ma un lavoro sporco, regolato, emotivamente costoso, fatto da persone che sanno benissimo che **qualcuno sta pagando un prezzo**, e che quel qualcuno non ha firmato niente.

Va detta ancora una cosa, prima di chiudere. Perché quando si parla di sperimentazione animale, spesso la testa va subito a immagini vecchie di decenni.

I **Draize test** – quelli in cui si instillavano sostanze negli occhi dei conigli per vedere «quanto bruciavano» – **si fanno sempre meno**. Per i cosmetici, in Europa, sono vietati dal 2009; per il resto la linea guida sul coniglio esiste ancora (l'ultima versione è del 2023), ma attorno le sono cresciuti test in vitro, modelli tridimensionali di cornea, metodi computazionali e batterie di saggi.[49,50]

E negli ultimi anni le alternative stanno davvero crescendo. Organoidi: mini-organi umani coltivati in laboratorio, che permettono di studiare fegato, intestino, cervello senza un animale intero.[51] Modelli computazionali e intelligenza artificiale che filtrano molecole tossiche prima ancora di arrivare a una cavia.[52] Micro-dosing nell'uomo, con dosi talmente basse da non avere effetti clinici ma sufficienti per capire farmacocinetica e distribuzione.[53] E perfino i **human challenge trials**, in cui volontari consenzienti vengono esposti in modo controllato a patogeni ben conosciuti – pratica delicatissima.

Nel dicembre 2022 una legge americana, il **FDA Modernization Act 2.0**, ha cambiato una regola storica: per la prima volta in oltre 80 anni *non è più obbligatorio* testare un farmaco su animali per ottenere l'autorizzazione ai

trial clinici.[54] Insomma: **il rimpiazzo non è uno slogan**, è un processo in corso. Ma non è uniforme, non è completo, e non vale per tutto.

Tirando le somme dell'attualità: siamo in transizione. Il **vecchio paradigma** «animali come modelli indispensabili» sta mostrando crepe scientifiche ed etiche. Un **nuovo paradigma** si intravede all'orizzonte: ricerca più avanzata, basata su tecnologie sofisticate che riducano al minimo l'uso di animali e umani come «*sensori biologici*» per testare ipotesi.

Ed è qui che torniamo al punto. Ogni alternativa che sviluppiamo è **una scelta politica, scientifica ed etica**. Costa. Richiede tempo. Richiede accettare che la ricerca vada più piano. E richiede smettere di dire «si è sempre fatto così».

Perché la sperimentazione animale non è immutabile. È una tecnologia carica di implicazioni morali. E come tutte le tecnologie, può essere migliorata, limitata, sostituita. Ma solo se decidiamo che vale la pena farlo.

L'ULTIMO GIRO

A questo punto, mentre i bicchieri sono vuoti e la testa un po' piena, restano diverse domande sul tavolo. Ve ne lascio alcune da portarvi a casa:

Uno: se aboliamo domani la sperimentazione animale, così debbrutto, siamo davvero pronti ad accettare più incertezza, più fallimenti clinici, più morti umane – oppure vogliamo solo che il prezzo della conoscenza venga pagato lontano dai nostri occhi?

Due: quando beneficiamo ogni giorno di farmaci, vaccini e terapie nati anche da animali sacrificati, stiamo facendo una scelta morale... o stiamo semplicemente lasciando che qualcun altro la faccia al posto nostro?

E tre: e se invece il vero banco di prova non fosse *se* usare animali, ma **quanto siamo disposti a investire – in soldi, tempo e rallentamenti – per smettere davvero di farlo**, anche quando sarebbe più facile continuare?

Domande scomode. Ma dopotutto questa è **Bioetica da Bar**: il posto dove, tra ironia e realtà cruda, ci si sporca le mani con dilemmi che non hanno risposte facili e *fanno un po' male*. E se fanno male, forse vuol dire che vale la pena restare a pensarci su, anche a notte fonda, quando il bar chiude e rimaniamo soli con le nostre coscienze.

Bibliografia

1. Kenter M, Cohen A. Establishing risk of human experimentation with drugs: lessons from TGN1412. *The Lancet*. 2006;368(9544):1387-1391. doi:10.1016/S0140-6736(06)69562-7
2. Suntharalingam G, Perry MR, Ward S, et al. Cytokine Storm in a Phase 1 Trial of the Anti-CD28 Monoclonal Antibody TGN1412. *N Engl J Med*. 2006;355(10):1018-1028. doi:10.1056/NEJMoa063842

3. Goodyear M. Learning from the TGN1412 trial. *BMJ*. 2006;332(7543):677. doi:10.1136/bmj.38797.635012.47
4. Williams C. Drug trial 'Elephant Man' to lose fingers and toes. *The Register*. 26 giugno 2006. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theregister.com/offbeat/2006/06/26/drug-trial-elephant-man-to-lose-fingers-and-toes/929930
5. Attarwala H. TGN1412: From Discovery to Disaster. *Journal of Young Pharmacists*. 2010;2(3):332-336. doi:10.4103/0975-1483.66810
6. Eastwood D, Findlay L, Poole S, et al. Monoclonal antibody TGN1412 trial failure explained by species differences in CD28 expression on $CD4^+$ effector memory T-cells. *British J Pharmacology*. 2010;161(3):512-526. doi:10.1111/j.1476-5381.2010.00922.x
7. Stebbings R, Findlay L, Edwards C, et al. "Cytokine Storm" in the Phase I Trial of Monoclonal Antibody TGN1412: Better Understanding the Causes to Improve PreClinical Testing of Immunotherapeutics. *The Journal of Immunology*. 2007;179(5):3325-3331. doi:10.4049/jimmunol.179.5.3325
8. Moore N. Lessons from the fatal French study BIA-10-2474. *BMJ*. Pubblicato online 18 maggio 2016:i2727. doi:10.1136/bmj.i2727
9. Kerbrat A, Ferré JC, Fillatre P, et al. Acute Neurologic Disorder from an Inhibitor of Fatty Acid Amide Hydrolase. *N Engl J Med*. 2016;375(18):1717-1725. doi:10.1056/NEJMoa1604221
10. Chaikin P. The Bial 10-2474 Phase 1 Study-A Drug Development Perspective and Recommendations for Future First-in-Human Trials. *The Journal of Clinical Pharmacology*. 2017;57(6):690-703. doi:10.1002/jcph.889
11. Temporary Specialist Scientific Committee (TSSC) «FAAH». *Report on the causes of the accident during a Phase 1 clinical trial in Rennes in January 2016*. ANSM; 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://archive.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/744c7c6daf96b141bc9509e2f85c227e.pdf
12. Funck-Brentano C, Ménard J. The BIAL/Biotrial case of death of a human volunteer in the first-in-human study of BIA 10-2474: Are we missing the fundamentals? *La Presse Médicale*. 2016;45(9):719-722. doi:10.1016/j.lpm.2016.08.003
13. Shmuely S. Curare: The Poisoned Arrow that Entered the Laboratory and Sparked a Moral Debate. *Social History of Medicine*. 2020;33(3):881-897. doi:10.1093/shm/hky124
14. Bernard C. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. 1865. Consultato 16 ottobre 2026. https://classiques.uqam.ca/classiques/bernard_claude/intro_etude_medecine_exp/intro_etude.html
15. Claude Bernard 1813–1878. Science Museum Group Collection. Consultato 16 ottobre 2026. https://collection.sciencemuseumgroup.org.uk/people/cp89174/claude-bernard
16. Gershon L. The Dangers of Animal Experimentation—for Doctors. *JSTOR Daily*. Pubblicato online 13 maggio 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://daily.jstor.org/the-dangers-of-animal-experimentation-for-doctors/
17. Elliott P. Vivisection and the emergence of experimental physiology in nineteenth-century France. In: Rupke NA, a c. di. *Vivisection in Historical Perspective*. Routledge; 1987. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.routledge.com/Vivisection-in-Historical-Perspective/Rupke/p/book/9781041163015
18. Bentham J. *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. Clarendon Press; 1907. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.econlib.org/library/Bentham/bnthPML.html
19. *Cruelty to Animals Act 1876*. 1876. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.legislation.gov.uk/ukpga/Vict/39-40/77/contents/enacted
20. Langer RM. Vladimir P. Demikhov, a Pioneer of Organ Transplantation. *Transplantation Proceedings*. 2011;43(4):1221-1222. doi:10.1016/j.transproceed.2011.03.070
21. Konstantinov IE. At the Cutting Edge of the Impossible: A Tribute to Vladimir P. Demikhov. *Tex Heart Inst J*. 2009;36(5):453-458.
22. Pavlov IP. Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex. *ANS*. 2010;17(3). doi:10.5214/ans.0972-7531.1017309
23. Harlow HF. The nature of love. *American Psychologist*. 1958;13(12):673-685. doi:10.1037/h0047884
24. Harlow HF, Dodsworth RO, Harlow MK. Total social isolation in monkeys. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1965;54(1):90-97. doi:10.1073/pnas.54.1.90

25. Calhoun JB. Death Squared: The Explosive Growth and Demise of a Mouse Population. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 1973;66(1P2):80-88. doi:10.1177/00359157730661P202
26. Ramsden E, Adams J. Escaping the Laboratory: The Rodent Experiments of John B. Calhoun & Their Cultural Influence. *Journal of Social History*. 2009;42(3):761-797. doi:10.1353/jsh/42.3.761
27. Zuckerman S. EXPERIMENTAL STUDY OF BLAST INJURIES TO THE LUNGS. *The Lancet*. 1940;236(6104):219-224. doi:10.1016/S0140-6736(01)08726-8
28. Burgess C, Dubbs C. *Animals in Space*. Springer New York; 2007. doi:10.1007/978-0-387-49678-8
29. First dog in space died within hours. *BBC News*. 28 ottobre 2002. Consultato 16 ottobre 2026. http://news.bbc.co.uk/2/hi/science/nature/2367681.stm
30. Russell WMS, Burch RL. *The Principles of Humane Experimental Technique*. Methuen; 1959. Consultato 16 ottobre 2026. https://caat.publichealth.jhu.edu/the-principles-of-humane-experimental-technique-2/
31. Parlamento europeo e Consiglio. *Direttiva 2010/63/UE del 22 settembre 2010 sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici*. Vol 276. 2010. Consultato 16 ottobre 2026. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=celex%3A32010L0063
32. Commissione europea, DG Ricerca e innovazione. *Alternatives to animal testing: projects supported by the European Commission*. 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://research-and-innovation.ec.europa.eu/system/files/2024-01/ec_rtd_alternatives-animal-testing.pdf
33. Kant I. *Die Metaphysik der Sitten*. 1797. Consultato 16 ottobre 2026. https://korpora.org/kant/aa06/443.html
34. Schweitzer A. The Problem of Peace. Nobel Lecture presentato a: 4 novembre 1954. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.nobelprize.org/prizes/peace/1952/schweitzer/lecture/
35. Singer P. *Liberazione animale. Il manifesto di un movimento diffuso in tutto il mondo*. Il Saggiatore; 2010.
36. Ryder RD. Speciesism - Dr Richard D Ryder. All-Creatures.org. giugno 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.all-creatures.org/articles2/ar-speciesism-richard-ryder.html
37. Tobin MJ. Fiftieth Anniversary of Uncovering the Tuskegee Syphilis Study: The Story and Timeless Lessons. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2022;205(10):1145-1158. doi:10.1164/rccm.202201-0136SO
38. Krugman S. EXPERIMENTS AT THE WILLOWBROOK STATE SCHOOL. *The Lancet*. 1971;297(7706):966-967. doi:10.1016/S0140-6736(71)91462-0
39. Krugman S. The Willowbrook Hepatitis Studies Revisited: Ethical Aspects. *Clinical Infectious Diseases*. 1986;8(1):157-162. doi:10.1093/clinids/8.1.157
40. Elliott C. The Horrors of Hepatitis Research. *The New York Review of Books*. 2024;71(18). Consultato 16 ottobre 2026. https://www.nybooks.com/articles/2024/11/21/the-horrors-of-hepatitis-research-dangerous-medicine-sydney-halpern/
41. Shuster E. Fifty Years Later: The Significance of the Nuremberg Code. *N Engl J Med*. 1997;337(20):1436-1440. doi:10.1056/NEJM199711133372006
42. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/
43. Cahan E. Ethical or exploitative—should prisoners participate in COVID-19 vaccine trials? *Science*. Pubblicato online 14 settembre 2020. doi:10.1126/science.abe7861
44. MacLure J. Unnatural Resources: The Colonial Logic of the Holmesburg Prison Experiments. *J Med Humanit*. 2021;42(3):423-433. doi:10.1007/s10912-020-09651-5
45. Banting FG. Diabetes and Insulin. Nobel Lecture presentato a: 15 settembre 1925. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/1923/banting/lecture/
46. Florey HW. Penicillin. Nobel Lecture presentato a: 11 dicembre 1945. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.nobelprize.org/uploads/2018/06/florey-lecture.pdf
47. The «Lancet» and the Hyderabad Commissions on Chloroform. *Bristol Med Chir J (1883)*. 1897;15(56):184-187.
48. Suri T. Between Simians and Cell Lines: Rhesus Monkeys, Polio Research, and the Geopolitics of Tissue Culture (1934–1954). *J Hist Biol*. 2022;55(1):115-146. doi:10.1007/s10739-022-09666-9

49. OECD. *Test No. 405: Acute Eye Irritation/Corrosion*. 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.oecd.org/en/publications/2023/07/test-no-405-acute-eye-irritation-corrosion_g1g24072.html
50. Commissione europea. Ban on animal testing. Consultato 16 ottobre 2026. https://single-market-economy.ec.europa.eu/sectors/cosmetics/ban-animal-testing_en
51. Park G, Rim YA, Sohn Y, Nam Y, Ju JH. Replacing Animal Testing with Stem Cell-Organoids: Advantages and Limitations. *Stem Cell Rev and Rep*. 2024;20(6):1375-1386. doi:10.1007/s12015-024-10723-5
52. Lorenzetti S. Non animal methodologies (NAMs): Research, testing, assessment and applications – ecopa Symposium 2019. *ALTEX*. Pubblicato online 2020:317-320. doi:10.14573/altex.2003041
53. Burt T, Yoshida K, Lappin G, et al. Microdosing and Other Phase 0 Clinical Trials: Facilitating Translation in Drug Development. *Clinical Translational Sci*. 2016;9(2):74-88. doi:10.1111/cts.12390
54. Han JJ. FDA Modernization Act 2.0 allows for alternatives to animal testing. *Artificial Organs*. 2023;47(3):449-450. doi:10.1111/aor.14503

16

Lesbiche sorde

Uscito il 11 febbraio 2026

AL BANCONE

Immagina questa situazione. Una coppia di donne, lesbiche, che stanno insieme da anni e vogliono un figlio. Fin qui nulla di strano... vero? La particolarità è un'altra: entrambe sono sorde, ma non solo nel senso medico e un po' burocratese di «non udenti». Sono parte della comunità sorda, usano la lingua dei segni, hanno amici sordi, una cultura condivisa, un modo di stare al mondo che per loro non è una mancanza, ma un'appartenenza. Io faticherei anche solo a immaginarmi un mondo senza musica, senza il cinguettio degli uccelli, senza il frinire dei grilli in maggio, senza il rumore del vento; un mondo del tutto privo di suoni. Ma non fatico a immaginare come qualcuno possa vivere con orgoglio la propria condizione, e farla diventare una vera e propria Weltanschauung: un modo coerente di vedere il mondo, degno tanto quanto il mio. Che, per inciso, è quello di uno che è daltonico, grazie madre, e francamente non sento particolarmente la mancanza del verde, che non ho mai esperito.

Torniamo alle nostre lesbiche sorde. Arriva il momento di decidere come avere questo figlio, e qui entra in scena la tecnologia: esistono strumenti che permettono di ridurre la probabilità che un bambino nasca sordo. Volendo, potrebbero usarli. Ma scelgono di no. Anzi, prendono una decisione che a molti suona come una bestemmia: cercano deliberatamente di avere un figlio sordo, perché pensano che quella sia una vita buona, piena, comprensibile. Una vita come la loro.

Ed è a questo punto che la domanda cade sul tavolo, pesante, scivolosa, impossibile da ignorare: è moralmente accettabile desiderare intenzionalmente una caratteristica che la maggior parte delle persone definisce una disabilità?

Non è una domanda gentile. Non è una di quelle che puoi affrontare con calma, come se stessi scegliendo tra birra rossa e birra bionda. Se senti salire fastidio, rabbia, difesa istintiva o entusiasmo militante, non è un bug. Questa è una domanda moralmente tossica. Ed è proprio per questo che funziona così bene.

Perché non ti chiede cosa pensi della tecnologia, né cosa pensi della medicina. Ti chiede, molto più brutalmente: «che idea hai di una vita che non assomiglia alla tua?». E quando tocchi l'identità – chi sei, a che mondo appartieni, cosa consideri «normale» – la ragione smette di essere la cosa più importante nella stanza.

Attenzione: lesbiche sorde che vogliono un figlio sordo... non è una speculazione teorica. È una storia vera.[1]

Oggi non parliamo di tecnologia riproduttiva. Parliamo di una domanda molto più scomoda: **chi ha il diritto di decidere cos'è una vita buona?**

COM'È ANDATA

Riguardo a questa storia, che più di vent'anni fa è stata dibattuta con furore, c'è chi pensa subito: «*questa è eugenetica, solo al contrario*». Il ragionamento, più o meno, suona così: se selezionare embrioni o donatori per evitare certe caratteristiche è già problematico, farlo per produrne intenzionalmente una che limita l'accesso al mondo dei suoni è ancora peggio. Cambia il segno, ma il meccanismo resta lo stesso: qualcuno decide, prima che tu nasca, che tipo di essere umano è preferibile che tu sia. E questo, per molti, è una linea rossa invalicabile.[2]

Poi c'è chi sente puzza di abilismo, ma in una forma più sottile. Non l'abilismo classico del «i disabili valgono meno», bensì il suo gemello speculare: l'idea che una disabilità possa essere romanticizzata, trasformata in identità positiva, senza fare i conti con i limiti reali che impone. Come se il diritto dei genitori a riconoscersi in un figlio potesse passare sopra alle difficoltà concrete che quel figlio dovrà affrontare in un mondo progettato, comunque, per chi sente.

All'estremo opposto c'è chi reagisce con un riflesso liberale quasi automatico: «*è una scelta loro, punto*». Se accettiamo che i genitori prendano decisioni enormi per i figli – dove vivere, che lingua parlare, che valori trasmettere – perché proprio questa dovrebbe essere diversa? In questa

lettura, qualsiasi limite imposto dall'esterno suona come paternalismo morale, o peggio come un tentativo di normalizzare a forza ciò che normale non è mai stato.

E poi c'è una quarta reazione, forse la più onesta: il disagio muto. Quello che non si traduce subito in un argomento, ma resta lì come una fitta allo stomaco. Non sai dire esattamente perché, ma senti che qualcosa non torna. Non perché qualcuno abbia già marchianamente torto, ma perché nessuna delle categorie morali che usi di solito sembra funzionare fino in fondo.

Ed è qui che la faccenda si fa interessante. Queste reazioni sono quasi sempre immediate. Non partono da un'analisi dei fatti, ma da un riflesso. È come se la domanda saltasse a piè pari il livello «ragioniamo un attimo» e andasse dritta a colpire qualcosa di più profondo: le nostre intuizioni morali, le nostre paure, le nostre idee non negoziate su cosa renda una vita degna di essere vissuta.

Perché qui non stiamo parlando solo di tecnologia riproduttiva o di scelte mediche. Stiamo parlando di genitorialità, cioè del potere di decidere sul futuro di qualcun altro. Stiamo parlando di disabilità, cioè di cosa consideriamo un limite da correggere e cosa invece una differenza da rispettare. E stiamo parlando di identità, che è forse il terreno più scivoloso di tutti: chi sei, a quale mondo appartieni, e chi ha il diritto di dirti che il tuo mondo è «meno».

Quando questi tre elementi si incastrano – identità, genitorialità, disabilità – la bussola morale inizia a impazzire. Le categorie etiche standard fanno fatica a tenere.

E allora succede una cosa curiosa: invece di chiederci *che cosa è giusto fare*, iniziamo a chiederci *che tipo di persone sono quelli che fanno questa scelta*. È uno slittamento sottile ma potentissimo. Dal giudizio sull'azione passiamo al giudizio sull'identità. E quando succede questo, la discussione si polarizza quasi da sola.

Vale la pena prendersi il tempo di fare una cosa molto semplice, molto importante, e purtroppo molto rara nei dibattiti morali online: guardare i fatti. Non le reazioni, non le proiezioni, non i commenti indignati. I fatti.

Per prima cosa: questa non è fantascienza. Non è un caso inventato per far litigare Twitter o per animare un seminario di filosofia morale. È un dibattito reale, documentato, che nasce all'interno della bioetica accademica e che riguarda persone in carne e ossa, decisioni prese davvero e tecnologie che esistono già. Non faccio i nomi, anche se sono noti. Non perché la storia non sia vera, ma perché il punto non è giudicare *quelle*

persone, quegli specifici individui. Il punto è piuttosto capire *con quali criteri giudichiamo*.

Chi sono le persone coinvolte, quindi? Una coppia lesbica appartenente alla comunità sorda. Non persone fragili manipolate da qualcun altro, non vittime inconsapevoli di chissà quale ideologia. Parliamo di adulti con piena capacità decisionale, una forte identità culturale e un'esperienza diretta della sordità come modo di stare al mondo. Per loro la sordità non è solo una diagnosi scritta su una cartella clinica: è una lingua, una rete di relazioni, una comunità. In altre parole, è casa.[3]

La scelta concreta è semplice: un donatore sordo, un amico con cinque generazioni di sordità in famiglia. Altre coppie sorde, all'epoca, chiedevano già la diagnosi genetica per lo stesso scopo.[4] E qui sta il punto che fa saltare sulla sedia molti: queste tecnologie non vengono usate per evitare una condizione considerata problematica, per esempio, un difetto cardiaco congenito, ma per aumentare la probabilità che il figlio nasca sordo.

Serve dirlo chiaramente, senza ambiguità. Non c'è imposizione. Non c'è sperimentazione su esseri umani. Non c'è nessuna violazione del consenso. Nessuno sta prendendo un bambino già nato e dicendo: «da domani sarai sordo». Non si sta intervenendo su una persona già esistente, dotata di autonomia propria, ma su una decisione che riguarda *chi* verrà al mondo. È una scelta riproduttiva intenzionale, non un incidente né una costrizione. Ed è proprio questa intenzionalità a rendere il caso così urticante.

Perché esplode? Perché ribalta un'aspettativa che di solito diamo per scontata. In medicina e nella bioetica contemporanea siamo abituati a usare queste tecnologie per ridurre ciò che chiamiamo disabilità, per prevenire, per correggere, per normalizzare – *nel senso descrittivo e statistico del termine, **cioè «normale» come ciò che cade più spesso intorno alla media, non come ciò che è giusto, desiderabile o moralmente migliore.***

Qui succede l'opposto: si seleziona non per eliminare una differenza, ma per mantenerla. Ed è esattamente in questo punto che la morale inizia a grattare, come una scarpa nuova che ti fa male solo dopo qualche passo. All'inizio sembra tutto sotto controllo. Sai dire perché ti dà fastidio, hai già pronte due o tre etichette – eugenetica, abilismo, libertà – e vai avanti. Poi però continui a camminare, e quel fastidio non passa. Anzi, peggiora. Perché ti accorgi che nessuna di quelle etichette, da sola, riesce a spiegare davvero perché questa scelta ti disturba così tanto.

A questo punto conviene mettere un paletto, prima che la discussione deragli. Questi sono i fatti. Tutto il resto – indignazione, entusiasmo, rifiu-

to, difesa a spada tratta – viene dopo. E solo adesso, con i fatti sul tavolo, possiamo permetterci di fare la domanda davvero interessante: con quali criteri stiamo giudicando questa scelta?

IL NODO

Il punto non è decidere se questa scelta sia giusta o sbagliata. Il punto è che, davanti a questo caso, le categorie morali standard, quelle che usiamo tutti i giorni senza pensarci troppo, iniziano a scricchiolare.

Beneficio e danno, qui, non si lasciano separare facilmente. Quella che per qualcuno è una protezione, per qualcun altro è una perdita. Evitare la sordità può essere un beneficio enorme – più accesso, meno barriere, meno fatica quotidiana, musica! – ma può anche significare perdere una lingua, una comunità, un senso di appartenenza.

Anche cura e imposizione iniziano a confondersi. Quello che da fuori appare come un gesto di responsabilità genitoriale – «ti risparmio una difficoltà» – da dentro può essere vissuto come un rifiuto: non di una malattia, ma di un modo di essere.

E perfino l'idea di prevenzione, che di solito suona come una cosa ovviamente buona, qui smette di esserlo in automatico. Prevenire *che cosa*, esattamente? Una sofferenza futura, o un'identità che qualcuno considera pienamente degna di essere vissuta?

È come se ci trovassimo davanti a una domanda che non accetta le scorciatoie abituali. Ogni risposta rapida sembra lasciare qualcosa fuori. Ogni posizione netta produce un controesempio fastidioso. E più provi a raddrizzare il discorso, più senti che stai usando strumenti pensati per un altro tipo di problema.

È in questo spazio scomodo – quello in cui la bussola gira a vuoto ma non puoi smettere di guardarla – che alcuni filosofi hanno deciso di fermarsi invece di scappare.

Non è relativismo da aperitivo, quello del «vabbè, allora tutto è uguale, e liberi tutti». È qualcosa di più antipatico: è un'aporia, in senso socratico. Cioè il momento in cui ti accorgi che le risposte che usi di solito non bastano più, perché qualunque strada prendi finisci contro un muro. È come quando giri a vuoto convinto di sapere dove stai andando – un po' come un ubriaco che brancola nella notte. Con una differenza importante: l'aporia non ti permette di sfangarla dopo che hai smaltito un po' la balla. Non ti permette di dire «ok, ho capito» e andare a dormire. Ti costringe a fermarti, a girarti su te stesso, a pensare meglio. E a chiederti, appunto:

con quali criteri stiamo giudicando, esattamente, le scelte di queste persone?

Uno che ha avuto il gusto di fermarsi a contemplare lo spazio scomodo aperto da questa domanda è **Julian Savulescu**.

E lo dico con affetto, anche perché di recente abbiamo collaborato su un lavoro che non c'entra nulla con la sordità, ma con tutt'altro terreno scivoloso, quello degli psichedelici e dei limiti della medicalizzazione.[5] Affetto, però, non vuol dire indulgenza.

Perché non ho mai capito fino in fondo, né in quel suo articolo sul BMJ del 2002 né nel suo lavoro in generale, se Julian *ci sia* o *ci faccia*.[4] Se sia un filosofo estremamente serio che usa esempi disturbanti per mettere a nudo incoerenze profonde, o se ogni tanto non giochi consapevolmente il ruolo del troll.

In ogni caso, il punto non è questo. Julian, a mio avviso, non entra in questa storia solo per difendere la scelta delle lesbiche sorde, e nemmeno solo per provocare. Entra perché prende atto del disagio e fa una cosa che di solito evitiamo accuratamente: invece di fermarsi al verdetto, prova a guardare le regole del gioco con cui stiamo giudicando.

E quando fai questo, succede qualcosa di interessante. La questione smette di riguardare solo le lesbiche sorde e i loro figli possibili. Comincia a riguardare noi. Il modo in cui decidiamo chi ha il diritto di dire che cosa conta come una vita buona, quali differenze vanno corrette, quali rispettate, e quali invece ci mettono così a disagio da farci tappare le vene.

È qui che Julian diventa davvero rilevante. Non per la risposta che dà. Ma perché ti costringe a guardare le domande che preferiremmo non fare. Una mossa semplice e irritante, di quelle che in filosofia funzionano proprio perché ti tolgono le scappatoie. Dice, più o meno: *ok, mettiamo da parte per un attimo l'indignazione. Guardiamo la coerenza*.

Se accettiamo che i genitori possano – e anzi dovrebbero – usare le tecnologie riproduttive per aumentare le possibilità che il loro futuro figlio abbia una vita migliore, allora dobbiamo chiarire che cosa intendiamo per «migliore». Migliore secondo chi? Secondo quali criteri? E soprattutto: questi criteri valgono sempre, o solo quando coincidono con le nostre intuizioni?

Il cuore dell'argomento non è «è giusto avere figli sordi». Il cuore dell'argomento è molto più antipatico: *perché riteniamo ovvio evitare certe caratteristiche, e inaccettabile non evitarle, o addirittura favorirle?* Se diciamo che è un dovere morale prevenire una condizione perché rende la vita peggiore, allora stiamo già facendo una valutazione su che tipo di vita

merita di essere promossa. E questa valutazione non è neutra. È una presa di posizione su cosa conta come una vita buona.

Savulescu fa qualcosa di più fastidioso: dice che se condanniamo questa scelta, dobbiamo essere pronti a spiegare perché non stiamo facendo la stessa cosa quando approviamo, senza battere ciglio, selezioni genetiche per altre caratteristiche. Per esempio, quando usiamo queste tecnologie per evitare malattie genetiche gravi, o condizioni che comportano sofferenze importanti e cure invasive per tutta la vita, la reazione istintiva è quasi sempre: *ovvio, ci mancherebbe*. Oppure quando selezioniamo per ridurre il rischio di disabilità che rendono la vita quotidiana molto più difficile in un mondo progettato per chi rientra nella media.

Lo stesso vale quando diciamo senza problemi che è meglio non nascere con una grave cardiopatia congenita, o con una condizione che richiederà ospedalizzazioni continue, dolore cronico, limitazioni pesanti dell'autonomia. Lì la scelta di prevenire ci sembra quasi ovvia.

In questi casi non parliamo di eugenetica, non parliamo di imposizione, non parliamo di violenza simbolica. Parliamo di responsabilità, di prevenzione, di buon senso. Ed è proprio questo che Savulescu ti chiede di guardare: *perché qui sì, e lì no?*[4]

In altre parole: o rendiamo espliciti i criteri con cui decidiamo quali vite vale la pena proteggere da certe caratteristiche, e quali invece no, oppure stiamo giocando a due pesi e due misure.

Ed è qui che molti iniziano a innervosirsi sul serio. Perché l'argomento non ti chiede di essere d'accordo. Ti chiede di essere coerente. Ti chiede di spiegare perché, in un caso, la prevenzione è responsabilità, e nell'altro diventa violenza simbolica. Perché, in un caso, parliamo di tutela del futuro figlio, e nell'altro di imposizione intollerabile.

A questo punto è importante dirlo chiaramente: Savulescu non sta dicendo che *qualsiasi* scelta riproduttiva sia giustificata. Non sta dicendo che tutto è permesso. Sta dicendo che molte delle linee rosse che tracciamo con sicurezza non sono così naturali come ci piace pensare. Sono il prodotto di valori, contesti, idee di normalità che diamo per scontate finché nessuno non le mette sotto una luce più intensa.

Ed è proprio questo il punto del suo intervento. Non offrirti una soluzione morale pronta all'uso, ma costringerti a fare manutenzione ai tuoi criteri. A chiederti se stai giudicando l'azione, o se stai giudicando le persone. Se stai difendendo il futuro di un bambino, o l'immagine di mondo in cui ti senti a tuo agio.

Da qui in avanti, infatti, la questione non è più *che cosa dovrebbe fare quella coppia*. La questione diventa: *che cosa facciamo noi, quando una scelta legittima ci mette così profondamente a disagio da farci invocare principi che non applichiamo sempre allo stesso modo*.

A questo punto la tentazione è sempre la stessa: trovare una linea. Una frase netta. Un principio, uno solo, che chiuda la faccenda. Tipo: «*ok, fino a qui sì, oltre no*». Il problema è che, quando provi a tracciarla davvero, quella linea comincia a muoversi.

Se dici che è sempre giusto prevenire ciò che rende una vita più difficile, devi spiegare perché alcune difficoltà contano e altre no. Perché prevenire una cardiopatia congenita grave ci sembra ovvio, mentre prevenire la sordità – o il nanismo, o una forma di neurodivergenza – improvvisamente diventa discutibile. Dove passa la linea tra «sofferenza da evitare» e «differenza con cui si può vivere»?

Se dici che bisogna rispettare l'identità, devi chiarire fin dove arriva questo rispetto quando si tratta di decidere per qualcun altro che ancora non c'è. Rispettiamo l'identità culturale, linguistica, religiosa dei genitori – ma siamo disposti ad accettare che queste identità plasmino in modo irreversibile il corpo o le capacità del futuro figlio? E se sì, perché alcune identità sì e altre no?

E se dici che i genitori hanno libertà quasi totale, devi anche accettare che questa libertà produca scelte che potrebbero metterti profondamente a disagio. Perché la libertà genitoriale tende ad andarti benissimo finché produce figli che assomigliano più o meno a te. Quando invece produce vite che non riconosci come «desiderabili», allora iniziano a comparire limiti, principi, divieti. Di solito presentati come universali, ma scoperti solo dopo.

Molti di noi, senza accorgersene, fanno una distinzione tacita: alcune differenze vanno corrette, altre tollerate, altre ancora celebrate. Ma raramente ci fermiamo a dire perché. Le diamo per ovvie. Naturali. Neutre. Questo caso ci costringe a fare il contrario: a renderle esplicite, e quindi discutibili.

Ed è per questo che la storia polarizza così tanto. Non perché parli di sordità, o di tecnologie riproduttive, o di omosessualità. Ma perché ci obbliga a guardare il punto esatto in cui il nostro impegno per il benessere degli altri si intreccia con la nostra idea di normalità. E lì, spesso, scopriamo di essere molto meno coerenti di quanto pensavamo.

INTANTO, DA NOI

A questo punto vale la pena fare un passo indietro – o forse in avanti, dipende dai punti di vista. Insomma, torniamo al presente. Questa storia viene discussa all'inizio degli anni Duemila. Parliamo di più di vent'anni fa. Un'epoca che, dal punto di vista tecnologico, oggi sembra quasi preistorica. Eppure c'è qualcosa di curioso: il problema non si è risolto. Non si è nemmeno chiarito. Non abbiamo ancora la più pallida idea di come possa essere una definizione universalmente accettabile di «buona vita». Anzi, il problema si è complicato. Perché nel frattempo le possibilità tecniche sono aumentate enormemente, mentre il nostro consenso etico su come usarle è rimasto frammentato, instabile, spesso improvvisato.

Nel 2002 si parlava di selezione del donatore, di diagnosi genetica con margini di incertezza, di probabilità. Oggi, almeno in linea teorica, possiamo fare molto di più: intervenire più a monte, prevedere di più, scegliere di più. Non sempre legalmente, non sempre clinicamente, ma concettualmente sì. Il menu – come certi spritz estivi con troppo ghiaccio – si è allungato parecchio.

Da anni, per esempio, discutiamo in letteratura della possibilità di usare tecniche di editing genetico di precisione come CRISPR-Cas9 per correggere mutazioni responsabili di malattie monogeniche gravi. In questi casi il frame è chiaro: ridurre sofferenza, prevenire danni seri, evitare vite segnate da cure invasive continue. Il consenso morale, pur con molte cautele, tende a reggere. Ma la stessa tecnologia apre immediatamente altre domande, molto meno comode. Se posso correggere con estrema precisione una mutazione letale, posso anche intervenire su tratti che non uccidono nessuno, ma rendono la vita più o meno facile?

Per esempio: una predisposizione genetica a dolore cronico, a crisi epilettiche lievi ma ricorrenti, o a una grave miopia che ti rende dipendente da dispositivi correttivi per tutta la vita. Qui non stiamo parlando di morte imminente, ma di esistenze più faticose, più costose, più limitate.

E poi il terreno diventa ancora più scivoloso. Se posso ridurre drasticamente il rischio di disturbi dell'attenzione, di impulsività marcata, di inclinazione alle dipendenze, di una vulnerabilità alla depressione che rende tutto più difficile – scuola, lavoro, relazioni – sto prevenendo una sofferenza o sto selezionando un certo tipo di persona?

Spingiamo ancora un po': tratti che non hanno nulla a che fare con la salute in senso stretto, ma che influenzano enormemente le opportunità di vita. La statura, la resistenza allo stress, la velocità di apprendimento, la facilità di concentrazione. Qui non stiamo «curando» nessuno. Stiamo

decidendo che tipo di difficoltà vale la pena evitare e quali invece devono restare parte del gioco.

E allora la domanda torna, identica ma più pesante: se posso farlo, dovrei? E soprattutto: secondo quali criteri decidiamo quali differenze vanno corrette e quali invece no?

Ogni nuova possibilità tecnica riapre le stesse domande di prima, solo in forma più urgente e radicale. Che cosa stiamo cercando di evitare? Che cosa stiamo cercando di promuovere? E chi decide quando una differenza diventa un problema da correggere?

Il caso delle lesbiche sorde non è interessante perché è estremo. È interessante perché è precoce. Perché ha messo sul tavolo, vent'anni fa, una tensione che oggi attraversa moltissime scelte biomediche: il disallineamento tra ciò che possiamo fare e ciò su cui siamo davvero disposti a metterci d'accordo.

La tecnologia corre; l'etica, come sempre, insegue. E nel mezzo ci siamo noi, che continuiamo a usare categorie morali pensate per un mondo più lento, più semplice, meno plastico. Non perché siamo stupidi o cattivi, ma perché non abbiamo ancora fatto davvero i conti con il ritmo del cambiamento.

Ed è forse questo l'aspetto più inquietante della storia: non che non sappiamo cosa fare. Ma che, dopo vent'anni, non siamo ancora sicuri *di come dovremmo decidere*.

L'ULTIMO GIRO

Prima di chiudere, vale la pena mettere qualche anticorpo sul tavolo. Non per giustificarsi, ma per chiarire di che cosa **non** stiamo parlando.

Questa storia non è una difesa dell'eugenetica. Nessuno sta dicendo che alcune vite valgano meno di altre, o che esista un modello umano da ottimizzare. Non è una celebrazione dell'abilismo, né della sua versione speculare. Non stiamo trasformando la disabilità in un gadget identitario, né ignorando le difficoltà reali che comporta vivere in un mondo progettato per altri corpi e altre capacità. E non è una ricetta politica. Non c'è una legge da scrivere, un divieto da invocare o un diritto da scolpire nel marmo.

Qui stiamo facendo un'altra cosa: stiamo cercando di capire che tipo di domande stiamo facendo, e con quali criteri rispondiamo quando qualcosa ci mette profondamente a disagio.

Perché c'è una distinzione che vale sempre la pena ricordare: **capire una domanda non significa adottarne le conseguenze**. Significa solo avere il coraggio di guardarla in faccia, senza travestirla da slogan.

E allora torniamo alla domanda iniziale, ma leggermente deformata. Non più: *è giusto o sbagliato?* La domanda vera è un'altra: **chi decide, e con quale linguaggio?**

Chi ha l'autorità di dire che cosa conta come una vita buona? La medicina? La legge? La cultura dominante? Le famiglie? Le comunità coinvolte? E soprattutto: con che parole lo diciamo, senza trasformare le differenze che non capiamo in problemi da correggere, o in bandiere da sventolare?

Forse il problema non è stabilire se quella scelta sia giusta o sbagliata. Forse il problema è che non siamo più sicuri di **chi dovrebbe dirlo**, e su quali basi.

E se questa storia ti ha lasciato a disagio, perfetto. Vuol dire che la domanda non si è limitata a bussare: è entrata, ha spostato le sedie e non ha chiesto permesso. L'etica non serve a farci sentire dalla parte giusta. Serve a rovinarci la comodità delle risposte facili.

Brindiamo alle domande che, al contrario di questo whiskey, non vanno giù lisce.

Bibliografia

1. Spriggs M. Lesbian couple create a child who is deaf like them. *J Med Ethics*. 2002;28(5):283-283. doi:10.1136/jme.28.5.283
2. Anstey KW. Are attempts to have impaired children justifiable? *J Med Ethics*. 2002;28(5):286-288. doi:10.1136/jme.28.5.286
3. Bauman HDL. Designing Deaf Babies and the Question of Disability. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2005;10(3):311-315. doi:10.1093/deafed/eni031
4. Savulescu J. Deaf lesbians, "designer disability," and the future of medicine. *BMJ*. 2002;325(7367):771-773. doi:10.1136/bmj.325.7367.771
5. Caraccio M, Cheung K, Porsdam Mann S, et al. Psychedelics beyond medicine: Treatment, enhancement, hype, consent, and the limits of medicalization. *Philosophical Psychology*. 2025;38(7):3340-3383. doi:10.1080/09515089.2025.2532761

17

Il cuore «bruciato» a Napoli

Uscito il 18 febbraio 2026

PRIMA DI COMINCIARE

Questa è la storia com'era il 18 febbraio 2026, il giorno in cui è uscito l'episodio: il bambino era ancora vivo, in terapia intensiva, in attesa di un altro cuore. I fatti poi sono andati avanti così. Il bambino è morto il 21 febbraio, tre giorni dopo.[1] L'inchiesta, per omicidio colposo, è ancora aperta mentre sto editando queste pagine, il 16 ottobre 2026: sette medici indagati, nessun processo per ora.[2,3]

AL BANCONE

Quando un trapianto va male, la prima cosa che vediamo è una tragedia individuale: un corpo fragile, una sala operatoria, una famiglia che aspetta una chiamata e poi precipita nell'incubo. Ma nel campo dei trapianti, un singolo evento può diventare anche qualcos'altro: una crepa nella fiducia collettiva. E senza fiducia non esiste rete trapiantologica che regga, perché la disponibilità a donare dipende da un patto sociale invisibile quanto decisivo: consegnare al sistema sanitario un gesto irreversibile, e farlo «al buio», senza poter controllare nulla di ciò che accade dopo.[4]

Questa è una storia delicata. I fatti non sono ancora del tutto chiari. Le indagini sono in corso. Non sappiamo ancora tutto. E quando non sappiamo tutto, la prima responsabilità è non riempire i buchi con la fantasia.

Normalmente, vi dico la verità, non avrei raccontato questa storia. Perché quando c'è di mezzo un bambino, una famiglia devastata (anzi, probabilmente due), un errore medico grave, il rischio è sempre quello di trasformare il dolore in opinione, o peggio, spettacolo. In ogni caso, disdicevole.

Racconto questa storia per un motivo preciso: mi è stato chiesto di parlarne a Radio 3, a «*Tutta la città ne parla*».[5] Lo spazio era poco. Le cose da dire, tante. E alcune meritano più di tre minuti compressi tra uno stacco musicale e la pubblicità.

Quello che è successo a questo piccolo paziente non è solo un incidente clinico. È un evento che tocca un nervo scoperto: la fiducia.

In medicina dei trapianti, la fiducia è un'infrastruttura. Conta quanto gli ospedali. Quanto i database. Quanto le liste d'attesa. Senza fiducia, il sistema si spegne.

E allora oggi facciamo una cosa difficile: proviamo a tenere insieme due cose che di solito si separano. La rabbia per un errore che non doveva accadere, e la lucidità necessaria per non distruggere un sistema che salva migliaia di vite ogni anno.

Il caso che ha portato questa frattura al centro della scena pubblica riguarda un bambino di circa due anni ricoverato presso l'Ospedale Monaldi di Napoli, in attesa di trapianto cardiaco. Le ricostruzioni giornalistiche parlano di un organo danneggiato durante la fase di trasporto e conservazione, con la sospetta presenza di ghiaccio secco al posto del ghiaccio «tradizionale» previsto nelle procedure di refrigerazione dell'organo.[6,7] È una storia che, per definizione, non riguarda solo un trapianto: tocca l'idea stessa che un sistema complesso, iper-regolato e costruito per salvare vite sappia proteggere fino in fondo la catena del dono.

In «*Mi fa male la scienza*», il mio ultimo libro, scritto a 4 mani con Federico Germani, descriviamo un meccanismo che somiglia a una favola morale: quando chi dovrebbe proteggere la salute pubblica comunica male o in modo incoerente, la gente «impara» a non credere più – e quando l'allarme è reale, il costo può essere altissimo.[8] È un'osservazione nata nel contesto della comunicazione scientifica durante la pandemia di COVID-19, ma che nei trapianti diventa letterale: se si spezza la fiducia, diminuiscono le donazioni, e senza donazioni aumentano i morti in lista.

Questo episodio, quindi, va trattato in due direzioni insieme: **tolleranza zero verso l'errore grave** (a tutela del bambino che ha ricevuto il trapianto, del donatore, e delle famiglie) e **difesa dell'affidabilità complessiva del**

sistema (perché un crollo di fiducia può produrre nuove vittime, invisibili e future).

COM'È ANDATA

La cronaca, al momento, è un mosaico di elementi: alcuni consolidati (date, atti ispettivi, indagini), altri ancora controversi (chi sapeva cosa, quando, e con quale livello di consapevolezza clinica). Proprio per questo, distinguere «ciò che sappiamo» da «ciò che è ipotizzato» è già parte della ricostruzione responsabile.

Dai resoconti di stampa e dai servizi radiotelevisivi emerge che il 23 dicembre 2025 un bambino di circa due anni è stato sottoposto a un intervento di trapianto di cuore all'Ospedale Monaldi; l'organo proveniva dall'area di Bolzano, con donatore originario della Val Venosta.[6,9] Diversi articoli riportano che il cuore sarebbe arrivato «deteriorato» o comunque seriamente compromesso, in ipotesi per una conservazione anomala con ghiaccio secco; il bambino sarebbe oggi ancora in terapia intensiva, sostenuto da supporti avanzati (tra cui viene citata l'ECMO), in attesa di un nuovo organo.[7,10]

Le conseguenze cliniche e umane sono descritte come drammatiche: il tema non è un «insuccesso» statisticamente inevitabile in una pratica delicata come il trapianto di cuore pediatrico, ma un danno grave a un paziente pediatrico e una ferita profonda per la famiglia. La madre del bambino, Patrizia Mercolino, ha rilasciato dichiarazioni pubbliche richiamando l'urgenza di un nuovo cuore e raccontando la comunicazione ricevuta dopo l'intervento (ossia che «il cuoricino nuovo non partiva»), mentre il legale Francesco Petruzzi ha prospettato profili di responsabilità e lamentato lacune informative su ciò che sarebbe accaduto in sala.[6]

Parallelamente, è indispensabile ricordare l'altra famiglia colpita: quella del donatore. Le ricostruzioni indicano che l'organo proveniva dalla famiglia di un bambino di quattro anni, morto in quelle stesse ore.[9] E qui bisogna fermarsi un attimo.

Perché ogni trapianto – anche quando funziona perfettamente – nasce da una tragedia. Non esiste trapianto senza perdita. Non esiste cuore trapiantato e vita restituita senza che un'altra vita sia terminata. La medicina dei trapianti è una delle poche pratiche cliniche in cui la vita di uno è strutturalmente legata alla morte di un altro. Non in modo violento, non in modo intenzionale – ma in modo inevitabile. Qualcuno muore, e qualcun altro può vivere.

Questo elemento tragico è sempre lì, anche quando tutto fila liscio. È la parte che non si vede nelle statistiche. È il lato B, inevitabile, delle percentuali di successo. E proprio per questo la donazione non è mai solo una procedura tecnica. È un gesto simbolico potentissimo. È un atto che prova a cambiare il segno del dolore.

Chi dona – o chi autorizza la donazione – compie un salto morale enorme: prende un evento insensato, tipo la morte di un figlio, e decide che da lì possa nascere qualcosa di diverso. Non una consolazione. Non una compensazione. Ma una trasformazione. Il dolore resta. La perdita non si negozia. Ma a volte il dono permette di dire: «non è stata solo distruzione».

Come scrivevo un po' di anni fa ne *Il dono nelle donazioni*, il trapianto è una forma radicale di relazionalità: il corpo non è più solo mio, ma diventa parte di una trama sociale. È un gesto che attraversa la morte e lega sconosciuti in una forma inconcepibile fino a meno di un secolo fa di solidarietà biologica.[11]

Ecco perché, in questa cornice, un possibile errore nella catena di responsabilità dal petto del donatore al petto del ricevente non è solo un errore clinico. Rischia di essere percepito come una frattura simbolica. Non solo la perdita del figlio. Ma la sensazione che quel gesto estremo – quel «sì» pronunciato nel momento peggiore – non abbia generato salvezza. Una tragedia nella tragedia. Attenzione: questo non significa che il dono sia «giustificato» solo se salva qualcuno. Il valore del gesto non dipende dall'esito. Altrimenti riduciamo il dono a una transazione.

La forza del dono sta nel fatto che cambia la posizione morale di chi lo compie, anche quando il mondo non coopera. Ogni trapianto porta con sé questo elemento tragico. Ma proprio per questo è una delle espressioni più alte della medicina: perché non cancella la morte – la assume, e prova a trasformarla in possibilità.

E questa trasformazione è possibile solo se la filiera è affidabile. Solo se il sistema è degno della fiducia che riceve. Perché quando si spezza la fiducia, non si rompe solo un protocollo. Si incrina la possibilità stessa di trasformare il dolore in qualcosa di condivisibile.

Perdonatemi la digressione, prometto che torniamo presto ai fatti, ma credo di dovervi spiegare perché può essere che ogni tanto mi parta la vena elevata (e magari anche quella rabbiosa). Ho lavorato a lungo sull'etica del dono – e non per vezzo teorico. Ci sono finito a piè pari nel 2009, quando una malattia ematologica mi ha costretto a guardare la medicina dall'altra parte del letto.

Quando smetti di essere il ricercatore e diventi quello che aspetta un sacco di sangue, piastrine, e un trapianto di midollo osseo, la parola «dono» smette di essere una categoria filosofica e diventa qualcosa di molto concreto. Molto corporeo. Molto fragile. È lì che ho capito che il dono in medicina non è mai un semplice scambio. Non è «io ti do, tu ricevi». È una relazione asimmetrica, spesso anonima, che si regge su fiducia pura. Fiducia nel sistema, nei protocolli, nelle persone che non vedrai mai.

Chiudiamo la parentesi personale. Torniamo ai fatti.

Sul piano istituzionale e giudiziario, le notizie riportano:

1 Un'indagine della Procura della Repubblica di Napoli con iscrizione di sei persone (medici e paramedici) nel registro degli indagati per ipotesi di lesioni colpose;[6,10]

2 Attività di accertamento con coinvolgimento dei Carabinieri NAS e sequestro del contenitore/box di trasporto, su cui è prevista una perizia tecnica;[6,12]

3 L'invio di ispettori da parte del Ministero della Salute sia a Bolzano sia a Napoli, secondo quanto riportato da testate nazionali e locali.[12]

Un dettaglio che ha assunto rilevanza pubblica è il possibile utilizzo, durante il trasporto, di un contenitore non dotato dei sistemi di monitoraggio della temperatura (o non «hi-tech»), aspetto su cui i media hanno insistito perché rende intuitivo ciò che, nel linguaggio tecnico, è una richiesta fondamentale: **tracciabilità** e **controllo ambientale** della catena di conservazione.[13]

Un ulteriore elemento emerso dalle ricostruzioni giornalistiche riguarda una differenza di valutazione clinica tra centri. Secondo quanto riportato dalla stampa, una consulenza dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù avrebbe espresso una posizione molto prudente rispetto a un eventuale ritrapianto in tempi ravvicinati, arrivando a parlare – «allo stato attuale» – di controindicazioni cliniche contingenti importanti.[14]

L'ospedale napoletano, invece, avrebbe ribadito che il bambino risulta tuttora in lista d'attesa e dunque formalmente candidabile a un nuovo trapianto.[13,14] Detta così può sembrare una contraddizione. In realtà, in medicina dei trapianti – soprattutto pediatrica – le valutazioni sono dinamiche e dipendono da condizioni cliniche in continua evoluzione. «Non trapiantabile ora» non significa necessariamente «mai trapiantabile»; così come essere in lista non equivale automaticamente a poter intervenire in qualsiasi momento.

Parliamo di equilibri fragilissimi: infezioni in corso, stabilità emodinamica, rischio immunologico, tempistiche, probabilità di successo. In

questi casi, la prudenza non è esitazione: è parte integrante della responsabilità clinica.

In assenza del documento clinico integrale pubblicato in forma ufficiale, ciò che possiamo dire con certezza è che **esistono nella narrazione pubblica pareri discordanti**, e che proprio questo aumenta l'ansia sociale e il bisogno di trasparenza comunicativa.

La cosa del ghiaccio secco, se confermata, non è un dettaglio irrilevante, ed è veramente incomprensibile. Nella conservazione degli organi, la temperatura non è un parametro accessorio ma una variabile critica: un cuore destinato a trapianto viene tipicamente sottoposto a cardioplegia e a conservazione ipotermica controllata, collocandosi – nei sistemi di trasporto dedicati – attorno ai 4–8 °C; con il ghiaccio tradizionale, poco sopra lo zero.[15] Questo intervallo serve a ridurre il metabolismo cellulare senza indurre danno da congelamento. Il ghiaccio secco, invece, è anidride carbonica solida e **sublima a circa −78,5 °C**: una temperatura enormemente più bassa di quella fisiologicamente tollerabile per tessuti non destinati a crioconservazione profonda.[16]

La plausibilità biologica del danno da freddo estremo è ben documentata: l'esposizione a temperature molto basse può generare formazione di cristalli di ghiaccio e alterazioni strutturali cellulari (meccanismo studiato in ambito di criobiologia e preservazione), e la medicina dei trapianti lavora proprio per evitare questi scenari attraverso il controllo fine dell'ipotermia.[17]

È importante aggiungere un'ulteriore dimensione clinica: la conservazione «classica» del cuore in ghiaccio ha storicamente imposto vincoli stringenti al tempo di ischemia fredda, spesso descritto come relativamente «sicuro» intorno alle 4 ore, oltre le quali aumenta il rischio di disfunzione dell'organo trapiantato.[15] Questa è una delle ragioni per cui la logistica (tempi, mezzi, procedure, monitoraggi) è parte integrante dell'atto terapeutico, non un «supporto» secondario.

In sanità, e soprattutto in ambiti ad alta complessità, l'evento avverso grave raramente è riconducibile a un singolo gesto isolato. La letteratura sulla sicurezza in sistemi complessi usa spesso il «modello del formaggio svizzero»: strati di barriere e procedure che di norma funzionano, ma che possono fallire quando più vulnerabilità si allineano.[18,19]

Applicato a un trapianto, questo significa: **donazione e identificazione del donatore**, **prelievo**, **confezionamento**, **trasporto**, **ricezione e verifica**, **impianto**, **monitoraggio immediato**. Un guasto serio in uno di questi passaggi dovrebbe idealmente essere intercettato da controlli successivi;

se non lo è, le domande etiche e organizzative diventano: *quali barriere si sono indebolite? Quali controlli hanno fallito?*

Queste domande, qui, non sono un esercizio astratto: sono la condizione minima per proteggere la fiducia pubblica. Perché non basta «punire» (qualora emergano responsabilità individuali); serve capire **dove** il sistema non ha funzionato come avrebbe dovuto, e con quali correttivi strutturali.

Se le ricostruzioni fossero confermate (organo bruciato dal freddo, trapianto effettuato comunque, nonostante il danno), saremmo di fronte a un errore gravissimo lungo la filiera. Ma nei sistemi complessi gli errori non sono quasi mai il frutto di un singolo gesto idiota: sono il risultato di più livelli che non hanno intercettato un problema.

IL NODO

La bioetica dei trapianti non è soltanto un dibattito su criteri di morte o su giustizia distributiva. È anche – e forse prima di tutto – una riflessione su un presupposto pratico: la fiducia.

Un recente lavoro di María Victoria Martínez-López e colleghi descrive il sistema di donazione e trapianto come una rete di relazioni fiduciarie intrecciate: cittadini verso istituzioni sanitarie, famiglie verso équipe cliniche, beneficiari verso il sistema allocativo, professionisti verso le regole comuni. Non è un sistema che funziona per forza. Funziona perché le persone credono che sia giusto e affidabile. E quando la fiducia si erode, la disponibilità a donare diminuisce. Non è solo un'ipotesi filosofica: è un'associazione osservata.[4]

Un caso tedesco del 2012 è spesso citato come esempio emblematico. In quell'occasione emersero manipolazioni dei dati clinici in alcuni centri trapianto per favorire determinati pazienti nelle liste d'attesa. Anche se il sistema nel suo complesso non era strutturalmente corrotto, l'effetto simbolico fu enorme. Nei mesi e negli anni successivi si registrò un calo significativo delle donazioni in Germania.[20,21] La percezione pubblica non distingue tra «errore locale» e «sistema nazionale»: interiorizza un messaggio semplice – «non è equo» – e reagisce.

Un altro caso spesso discusso in letteratura è quello dell'Alder Hey Hospital nel Regno Unito, alla fine degli anni Novanta. Lì non si trattava di trapianti, ma della conservazione non autorizzata di organi pediatrici a fini di studio. Anche in quel caso, la questione centrale non era solo legale o tecnica: era fiduciaria. Le famiglie scoprirono che parti del corpo dei

loro figli erano state trattenute senza consenso adeguato. L'impatto sulla credibilità delle istituzioni sanitarie fu profondo e duraturo.[22–24]

In entrambi i casi, il meccanismo è lo stesso: quando viene meno la percezione di correttezza, trasparenza o rispetto, la disponibilità a collaborare con il sistema sanitario si riduce. E nel campo dei trapianti questa riduzione non è solo simbolica. Si traduce in meno dichiarazioni di consenso. Meno donatori effettivi. Più morti. C'è evidenza empirica, e fa impressione: dopo lo scandalo tedesco, nell'ottobre 2012 gli organi disponibili in Germania calarono del 40%.[20,21]

In *Mi fa male la scienza* raccontiamo la fiducia come qualcosa che non si ricostruisce con «informazioni corrette» e basta: serve che la comunicazione integri incertezza, dialogo e riconoscimento delle persone come interlocutori. Questo è particolarmente vero quando l'oggetto della comunicazione sono la morte e il corpo, cioè territori emotivi e simbolici ad alta intensità.[8]

Il rovescio è brutale: quando chi dovrebbe proteggere la salute pubblica fornisce indicazioni percepite come incoerenti, contraddittorie o insufficientemente motivate, il pubblico può imparare la diffidenza. Nel libro l'abbiamo chiamata «la via del pastore». Pagine 150–152.[8] È la dinamica della favola di Esopo: il ragazzo che grida «al lupo» troppe volte. All'inizio la comunità risponde. Poi si accorge che l'allarme è esagerato. Alla fine, quando il lupo arriva davvero, nessuno corre più. Un esempio concreto? La trasmissibilità aerea di COVID-19. All'inizio della pandemia, le autorità sanitarie internazionali insistettero molto sulla trasmissione tramite droplets e superfici contaminate.[25] L'ipotesi della trasmissione per aerosol – particelle sospese nell'aria – venne considerata secondaria o non sufficientemente dimostrata. Solo mesi dopo, alla luce di evidenze accumulate e di pressioni della comunità scientifica, la trasmissione aerea venne riconosciuta come modalità rilevante.[26,27] Il punto non è stabilire chi «avesse ragione» prima. La scienza evolve, soprattutto in emergenza. Per molti cittadini, però, non è stato il cambiamento in sé a generare sfiducia – ma la percezione che le motivazioni non fossero spiegate fino in fondo. Che ci fosse una parte di prudenza comunicativa trasformata in certezza apparente. O, peggio, una gestione strategica dell'informazione. Quel passaggio ha insegnato a molti una cosa semplice: «non mi stanno dicendo tutto». E una volta che impari quella frase, la applichi ovunque.

La fiducia non si rompe solo con la menzogna deliberata. Si erode anche con messaggi confusi, con comunicazioni opache, con decisioni non

sufficientemente motivate. Ogni incoerenza percepita diventa un piccolo allenamento alla diffidenza.

Nel contesto dei trapianti questo è esplosivo. Perché la diffidenza non produce solo commenti indignati o polarizzazione social. Può produrre meno dichiarazioni di consenso e più dichiarazioni di opposizione alla donazione. In altre parole: il lupo della sfiducia può costare vite.

Qui entra in gioco un pezzo di teoria che ho sviluppato e descritto nel 2015 nel libro *Il dono nelle donazioni*. Il punto chiave è che le donazioni anatomiche non sono riducibili a un trasferimento «tecnico» di parti corporee: sono un gesto carico di senso, che assume la forma del dono e che, proprio per questo, esige una cornice di rispetto, regole chiare e affidabilità del processo.

Nel libro, discutendo le obiezioni complottistiche o radicalmente diffidenti verso le istituzioni, sottolineavo che tali obiezioni testimoniano proprio una totale mancanza di fiducia, e che la risposta più realistica consiste in due mosse congiunte: **comunicazione paziente, semplice ma rigorosa** e **inflessibile applicazione di leggi e protocolli** per evitare zone grigie che alimentino sospetti. Pagina 146.[11]

Quella tesi oggi suona quasi profetica. Perché un evento come quello di Napoli – proprio in quanto percepito come «assurdo» – ha un potenziale destabilizzante enorme. Quando circolano parole come «ghiaccio secco», «contenitore non adeguato», «valutazioni discordanti», il dibattito pubblico non entra nei dettagli tecnici. Entra nel simbolo. E il simbolo che si sedimenta è semplice: «Se sbagliano qui, possono sbagliare ovunque.»

Non importa se l'errore – ammesso che venga confermato – riguarda un segmento specifico della filiera. Non importa se migliaia di trapianti funzionano ogni anno. Un singolo evento percepito come incomprensibile o mal gestito può diventare la prova emotiva che «il sistema non è affidabile». Ed è così che un caso clinico si trasforma in carburante per la sfiducia generalizzata. Capolavoro.

Sul piano antropologico e filosofico, il dono non è mai un semplice trasferimento di oggetti. Marcel Mauss lo aveva mostrato già un secolo fa: il dono crea legami, genera obbligazioni, costruisce relazioni. Non è uno scambio economico; è un gesto che modifica chi dà e chi riceve.[28]

Jacques Derrida, molto più tardi, ha spinto il paradosso ancora oltre: il dono «puro» – quello senza ritorno, senza debito, senza riconoscimento – forse non esiste davvero. Ogni dono porta con sé una tensione tra gratuità e relazione, tra libertà e legame.[29]

Ma qui non stiamo facendo teoria per il gusto di farla. Qui stiamo parlando di qualcosa di molto concreto. Quando una famiglia dona un organo, non consegna soltanto tessuto biologico. Consegna fiducia. Consegna aspettativa. Consegna l'idea che quel gesto abbia un senso dentro una comunità più ampia. È un atto che riconosce un bene comune. E se il processo tradisce quella aspettativa, la ferita non è solo clinica. È simbolica.

Molte paure sociali ruotano attorno a un'idea: *«e se non fosse davvero morto?»*. Per questo l'accertamento della morte, in Italia, è rigidamente normato e separato – sul piano delle garanzie – dall'interesse al trapianto.

L'Istituto Superiore di Sanità spiega chiaramente che, per la legislazione italiana, **la morte è una sola** ed è identificata con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo; può essere accertata con criteri neurologici o cardiocircolatori, secondo procedure differenti.[30]

Per la morte accertata con criterio cardiocircolatorio, la normativa prevede la registrazione continua dell'elettrocardiogramma, rilevando assenza di battito per non meno di 20 minuti. Questo è il cosiddetto «no-touch period», particolarmente garantista rispetto ad altri Paesi.[30,31] In pratica: se per 20 minuti il cuore non batte, il cervello viene sicuramente danneggiato in modo irreparabile e incompatibile con la vita.

Nel caso di accertamento della morte con criterio neurologico – quella che al bar viene chiamata impropriamente «morte cerebrale» (la morte è una sola) – la legge italiana prevede una procedura rigorosa. Innanzitutto interviene un collegio composto da tre specialisti indipendenti dall'équipe trapiantologica: un medico legale, un anestesista-rianimatore e un neurofisiopatologo (o un neurologo).[31] Per legge, nessuno di loro può essere fra chi preleva o chi trapianta.[32 (§ 18)] Non basta un singolo esame. Non basta un'impressione clinica. Devono essere documentati, in modo ripetuto e concordante:

1 uno stato di coma profondo e irreversibile; 2 l'assenza dei riflessi del tronco encefalico (quelli che regolano funzioni vitali come respirazione e risposta pupillare); 3 l'assenza di respirazione spontanea, verificata con il cosiddetto test di apnea; 4 un tracciato EEG piatto, e in alcuni casi anche la prova dell'assenza di flusso sanguigno cerebrale.[33]

Questi accertamenti non sono istantanei. Devono essere mantenuti e riconfermati per un periodo di osservazione obbligatorio di almeno sei ore, a ogni età; sotto l'anno di vita va sempre documentata anche l'assenza di flusso cerebrale.[30,33] Solo al termine di questo percorso – se tutte le condizioni restano confermate – viene redatto il certificato di morte.

In pratica: la morte non viene dichiarata «perché serve un organo». Viene dichiarata quando la cessazione delle funzioni vitali è stata dimostrata come definitiva secondo criteri multipli, indipendenti e ripetuti nel tempo.

Questi dettagli contano perché la fiducia nel sistema non può e non deve nascere solo dalla «buona fede»: deve nascere dalla percezione che **esistono regole, ruoli separati e controlli.** Il problema, però, è che la fiducia può essere erosa anche da errori che avvengono dopo l'accertamento della morte: il caso del trasporto e della conservazione mostra come l'opinione pubblica percepisca l'intera filiera come un unico blocco etico.

C'è poi un punto concreto che riguarda tutti noi. Da qualche anno, in Italia, quando rinnovi o richiedi la carta d'identità puoi esprimere la tua volontà sulla donazione di organi direttamente allo sportello dell'anagrafe. La scelta viene registrata nel Sistema Informativo Trapianti, è consultabile dai centri autorizzati in caso di necessità, e può essere modificata nel tempo.[34,35]

Ma il punto non è solo che «si può fare». Il punto è come viene vissuta quella decisione. Se viene percepita come un passaggio burocratico – una casella da spuntare tra la residenza e lo stato civile – rischia di essere affrontata con superficialità o, più spesso, con prudenza difensiva. Quando non conosci qualcosa che riguarda il tuo corpo e la tua morte, la risposta psicologicamente più naturale non è il sì. È il rinvio. O il no. La donazione post mortem non è un atto tecnico. È un gesto culturale. Ha a che fare con il modo in cui ciascuno di noi pensa il proprio corpo, la propria fine, il proprio legame con gli altri. Per questo non basta dire «la procedura è sicura». Serve collocare quella scelta dentro un orizzonte di senso.

Altrimenti la firma resta un atto amministrativo, e un atto amministrativo non regge una crisi di fiducia.

Il dato empirico che rende tutto questo urgente – specie alla luce di questa brutta, bruttissima storia – è che la propensione al «sì» non è uniforme e, soprattutto, non è scontata.

Nel 2025 i donatori utilizzati sono stati 1.760, contro i 1.730 del 2024.[36] A fine anno erano in lista d'attesa 8.401 persone.[37] Oltre il 70% attende un rene; 792 aspettavano un cuore al 31 ottobre 2025.[38]

E qui viene la parte importante: il tasso di opposizione alla donazione si mantiene intorno al 29% (29,2% nel 2025).[37] In pratica: quasi una famiglia su tre dice no.

Ora la domanda scomoda è questa: che impatto potrebbe avere una crisi di fiducia nel sistema trapianti, se un caso come quello di Napoli dovesse

sedimentarsi nell'immaginario collettivo come «prova» di inaffidabilità? Facciamo un ragionamento freddo. Con circa 1.760 donatori utilizzati in un anno, anche una variazione di pochi punti percentuali nel tasso di opposizione può tradursi in decine di donatori in meno. Non serve un crollo del 20%. Basta passare dal 29% al 32–33% per produrre un effetto tangibile.

E ogni donatore non è un numero. È più organi. È più trapianti. È più vite potenzialmente salvate. Non stiamo parlando di un indice astratto. Stiamo parlando di persone in attesa. Di famiglie sospese. Di tempo biologico che scorre.

Una crisi di fiducia non si limita a fare rumore sui giornali. Riduce la disponibilità di organi. E quando gli organi diminuiscono, aumentano le probabilità che qualcuno non arrivi in tempo.

E questo è il punto delicato: non possiamo rischiare che un errore, per quanto tragico e probabilmente imbecille – e dovrà essere la giustizia, non i media e non i talk show a confermarlo – ecco, che un errore possa demolire un sistema che salva migliaia di vite ogni anno. Ma non possiamo nemmeno minimizzarlo, questo errore tragico e imbecille. Perché la fiducia non si protegge negando i problemi. Si protegge affrontandoli con trasparenza radicale. La vera domanda non è solo «c'è stato un errore?». La vera domanda è: il sistema saprà reagire in modo tale da non trasformare quell'errore in sfiducia sistemica? Perché in questo campo la fiducia non è un'opinione. È un determinante clinico.

Se guardiamo i numeri del Centro Nazionale Trapianti nel loro insieme, l'Italia ha volumi elevati e risultati spesso citati come eccellenti nel panorama europeo.[37] Proprio per questo l'equilibrio è delicato: in un sistema che vive di fiducia, un singolo evento grave può pesare più di mille procedure riuscite.

Non sempre una tragedia riduce le donazioni. A volte accade il contrario, e l'esempio più citato è quello di Nicholas Green, bambino statunitense ucciso nel 1994 durante una rapina con sparatoria mentre era in viaggio in Calabria con la famiglia. I genitori decisero di donare gli organi, con ricadute salvavita per più riceventi; la vicenda ebbe risonanza enorme e viene spesso associata a un cambiamento culturale nella percezione della donazione in Italia.[39–41]

La letteratura scientifica e divulgativa sul tema parla di una crescita significativa delle donazioni negli anni successivi (fino a descrivere un «effetto Nicholas» con incremento marcato e prolungato del tasso di donazione). Fonti accademiche e medico-scientifiche richiamano esplici-

tamente l'aumento nel tempo del tasso di donazione in Italia nel ventennio successivo, e l'interpretazione culturale di quel gesto come catalizzatore.[40,41]

Proprio qui sta il punto bioetico: così come non si può demolire un sistema per via di un errore, **non si può nemmeno costruire un sistema sanitario sull'eccezione eroica**. Un Paese non può dipendere dalla capacità di una famiglia, in un momento di devastazione, di trasformare il dolore in un gesto che «rifonda» simbolicamente la fiducia collettiva. Il sistema deve funzionare *anche senza* miracoli morali.

Lo dico perché, nel mio piccolo, qualcosa di simile l'ho visto accadere sulla mia pelle.

Quando mi è stata diagnosticata l'aplasia midollare idiopatica, quando ho iniziato a scrivere il mio diario di bordo mezzo pubblico e mezzo delirante dall'ospedale, quando ho raccontato senza troppi giri di parole che mi serviva un trapianto di midollo osseo per non morire, e che così come serviva a me, serviva ad altre migliaia di persone ammalate e incazzate e terrorizzate e disperatamente vive tanto quanto me... la segreteria nazionale di ADMO mi scrisse che erano aumentate le richieste di iscrizione al registro donatori.[42] Nei mesi seguenti, in Italia si iscrissero centinaia, forse migliaia di nuovi donatori. Una goccia dopo l'altra riempie la brocca. È una sensazione quasi mistica, quando succede. Ti sembra che la tua malattia stia producendo qualcosa di buono. Che il tuo sangue marcio – come lo chiamavo – stia almeno muovendo coscienze.

Ma c'è un rovescio. Quando diventi simbolo, smetti un po' di essere persona. Quando la gente ti scrive «grazie, mi sono tipizzato per te», quella frase, per quanto figa, pesa come una responsabilità che non hai chiesto ma che in ogni caso ti tocca assumerti. Pesa mentre guardi le gocce scendere nella flebo, pesa anche quando torni a camminare fuori dall'ospedale con la mascherina e ti accorgi che sei sopravvissuto. E non tutti sono sopravvissuti.

C'è una forma di sindrome del sopravvissuto che non riguarda solo chi muore accanto a te. Riguarda anche chi si è mobilitato per te. Ti chiedi se sei all'altezza di quella fiducia. Se sei diventato, tuo malgrado, un debito vivente. Per anni ho avuto la sensazione di camminare con qualcosa sulle spalle. Non era solo la malattia. Non era solo la paura. Era l'eco delle persone che si erano iscritte al registro, che avevano fatto un prelievo, che avevano detto «magari sono io». Era come se ogni gesto di solidarietà mi avesse cucito addosso un dovere silenzioso.

Il me di oggi guarda il me di allora con una certa tenerezza, ma anche con lucidità. Vedo un ragazzetto che scriveva per non impazzire, che trasformava il sangue in metafora, che cercava di dare un senso a qualcosa che senso non aveva. Vedo anche quanto fosse fragile quella postura eroica. Quanto fosse pericolosa. Perché la mia storia non ha avuto una chiusura pulita.

Non sono morto. Non ho mai trovato un donatore compatibile. Il mio corpo, semplicemente, a un certo punto ha ripreso a funzionare. Contro i pronostici. Contro le statistiche. Contro la logica. Non so perché. Non c'è stato un trapianto salvifico. Non c'è stato un momento narrativamente perfetto in cui dire: «ecco, è andata così». C'è stato un lento, incomprensibile, per quanto gradito, ritorno alla vita. Una remissione che nessuno aveva previsto davvero. E questo rende tutto più complicato. Perché quando sopravvivi senza un evento risolutivo, senza un gesto che chiude il cerchio, resti sospeso. Non sei un miracolo, ma nemmeno un caso clinico lineare. Sei un'anomalia statistica che cammina.

Dieci anni fa me ne sono andato a fare ricerca all'estero (per la cronaca: per lavorare sulle esperienze di cura di giovani pazienti ematologici) anche per prendere distanza da quell'eredità simbolica. Per «scappare senza tradire», per tornare a essere me, e non solo «il ragazzo dell'ematologia». Per respirare un posto dove nessuno mi guardasse come una parabola ambulante.

Avevo bisogno di sottrarmi alla narrativa. Di smettere di essere il corpo che giustifica una mobilitazione. Di non sentirmi più un credito aperto. Oggi posso dirlo con più calma: la solidarietà non è un debito. Ma quando sei dentro la malattia, lo sembra. E forse è anche per questo che sono così ossessivo quando parlo di sistemi, di procedure, di fiducia strutturale. Perché ho visto quanto può essere potente l'onda emotiva. Ho visto quanto è fragile, e quanto sono grandi le fragilità che può aprire. Un sistema non può appoggiarsi su una storia. Un sistema deve funzionare quando nessuno guarda. Quando nessuno applaude. Quando non c'è una storia che commuove. Perché la donazione non è un atto eroico. È un'infrastruttura morale. E le infrastrutture non possono dipendere dall'eroismo.

È per questo che la gestione degli errori diventa parte dell'etica pubblica: non basta essere competenti, bisogna essere trasparenti, responsabili e credibili – perché ciò che è in gioco non è soltanto la qualità clinica di oggi, ma la disponibilità a donare di domani.

INTANTO, DA NOI

La bioetica ci riguarda perché ci permette di scegliere a ragion veduta. Non è un lusso accademico, non dovrebbe esserlo. È lo spazio in cui decidiamo cosa fare quando la scienza tocca la vita ed il suo significato. È per questo che credo nella necessità di democratizzare la scienza. E, nel mio piccolo, cerco di fare lo stesso con la bioetica: renderla uno strumento condiviso, non un linguaggio per iniziati.

Questa storia – quella di Napoli, di questo cuore bruciato, dei trapianti, della fiducia – ci riguarda per almeno quattro ragioni, tutte molto concrete.

La prima: potremmo essere noi, o qualcuno che amiamo, in lista d'attesa. Oggi in Italia migliaia di persone aspettano un organo. Il rene è quello più necessario, ma il cuore è uno dei più drammatici: le alternative terapeutiche sono limitate, il tempo spesso è stretto, soprattutto in ambito pediatrico. Chi è in lista per un cuore non sta «migliorando in attesa». Sta aspettando qualcosa che può arrivare o non arrivare. E il cuore è solo la punta dell'iceberg.

Sotto c'è un sistema molto più ampio: sangue ed emoderivati che tengono in vita ogni giorno migliaia di persone; midollo osseo per chi ha leucemie e aplasie; tessuti, cornee, valvole cardiache; sangue cordonale. Il dono biologico non è un gesto raro. È un'infrastruttura silenziosa della medicina moderna.

La seconda: potremmo essere noi la famiglia chiamata a decidere. Il sistema italiano prevede che la volontà espressa in vita sia determinante; in assenza di dichiarazione, la decisione ricade sui familiari aventi diritto.[32] (§ 23) Questo significa che cultura, informazione e pratica clinica si incontrano in un momento ad altissima intensità emotiva. Non è un atto tecnico. È una decisione etica fatta dentro il lutto.

La terza: gli scandali hanno effetti misurabili. La letteratura internazionale mostra che controversie e scandali in ambito trapiantologico possono ridurre le donazioni.[21] La scelta di donare è profondamente dipendente dalla fiducia.

La quarta: fiducia e comunicazione non sono accessori. Non sono «soft skills». Sono fattori di sistema. In *Mi fa male la scienza* io e Federico insistiamo su un punto semplice: la fiducia nasce quando le persone si sentono coinvolte e rispettate, e non trattate da stupide o ignoranti.[8] Quando l'incertezza viene integrata onestamente nel messaggio. Quando non si ha la sensazione che qualcuno stia decidendo «per il tuo bene» senza spiegarti davvero cosa sta succedendo. Nel caso di Napoli, la dimensione comunicativa è diventata parte stessa della vicenda pubblica. Non solo

cosa è accaduto tecnicamente, ma cosa è stato detto alla famiglia, quando, con quali parole. In medicina la comunicazione non è un contorno. È sostanza. Certe cose uno non dovrebbe scoprirle leggendo il giornale.

La bioetica non serve a giudicare a posteriori. Serve a preparare le condizioni perché, quando tocca a noi scegliere, sappiamo cosa stiamo facendo.

L'ULTIMO GIRO

Avviamoci a concludere. Ci sono due opposte trappole a cui dobbiamo fare molta attenzione.

La prima è la trappola del «tutto va bene»: minimizzare perché «tanto i trapianti funzionano». È vero che l'attività trapiantologica italiana è ampia e spesso in crescita, e che esistono strutture di coordinamento e qualità (in primis il CNT e i vari centri regionali) che non sono improvvisazioni.[36] Ma proprio perché il sistema trapianti funziona, l'errore grave è più intollerabile, non meno.

La seconda è la trappola del «tutto è marcio»: generalizzare dal caso singolo all'intero sistema e trasformare il dolore in disaffezione. La letteratura sui rapporti fiducia-donazione invita a distinguere tra responsabilità individuali e affidabilità complessiva, e a lavorare su trasparenza e accountability per evitare che l'eccezione diventi la regola narrativa.[4]

Se c'è una lezione praticabile, allora, non è uno slogan. È disciplina.

La prima cosa è semplice da dire e difficilissima da fare: tolleranza zero per l'errore grave. Non come invocazione punitiva, ma come impegno sistemico. Audit veri, tracciabilità rigorosa della catena del freddo, standardizzazione dei contenitori e dei sistemi di monitoraggio, controlli ridondanti, cultura del «fermati se qualcosa non torna». Nei sistemi complessi non si elimina il rischio, si moltiplicano gli strati di difesa. Si riduce la probabilità che i buchi si allineino.[19]

La seconda è investire senza ambiguità in qualità, trasparenza e comunicazione. Evitare zone grigie significa applicare i protocolli in modo inflessibile e parlare in modo semplice ma rigoroso. Significa includere le persone nel dialogo, non trattarle come destinatari passivi. Nei trapianti questo vuol dire anche comunicare gli eventi avversi con chiarezza – nei limiti della privacy e della giustizia – e rendere visibili i correttivi. Perché la fiducia non si ripara con rassicurazioni generiche. Si rammenda con atti osservabili.

La terza è riconoscere il portato simbolico delle storie. Il cosiddetto «effetto Nicholas» mostra che una storia può cambiare un immaginario

nazionale.[41] Ma vale anche il contrario: una storia negativa può incrinarlo. La bioetica non deve temere le storie. Deve governarle. Non con propaganda. Con verità, tempi corretti, rispetto delle famiglie, responsabilità.

In definitiva, qualunque sarà l'esito giudiziario e tecnico di questa vicenda, una cosa resta: nella medicina dei trapianti la fiducia non è un accessorio morale. È un'infrastruttura operativa. Quando si incrina, non si rompe solo un rapporto tra cittadino e ospedale. Si sposta l'ago della bilancia tra vite salvate e vite perse in attesa. E qui la bioetica smette di essere teoria e diventa pratica civile.

Se qualcuno ascoltando queste parole sentisse che su questi temi servirebbe più ricerca seria – bioetica empirica, analisi dei dati, studio degli effetti comunicativi, lavoro sulle politiche pubbliche – i miei contatti sono facili da trovare. In Svizzera ho lavorato su progetti in cui evidenza empirica e comunicazione pubblica sono finite dentro processi politici reali – anche referendari. Se serve una mano, ci sono. Non prometto risposte semplici, ma prometto lavoro serio. E ne abbiamo bisogno.

E se invece la domanda che ti resta in gola fosse più personale, tipo «che cosa posso fare io?», la risposta è altrettanto concreta. Informarti. Parlare con chi ami. Esprimi la tua volontà. Pensa alla donazione in senso largo: organi, sangue, emoderivati, midollo osseo, tessuti, sangue cordonale. Il dono biologico è un gesto individuale che tiene in piedi un'infrastruttura collettiva.

Erri De Luca, che ho avuto la fortuna di conoscere durante la scrittura e la produzione de «*Il turno di notte lo fanno le stelle*», un racconto che parla di umanità e di cuori, mi ha fatto un dono – una prefazione per *Il dono nelle donazioni*.[43] Ve ne leggo un pezzo, mi sembra un modo elegante per salutarci:

Un giorno mi è capitato di sbattere contro un verso prodigioso della Scrittura Sacra. Rigo 1, capitolo 11, Kohelet/Ecclesiaste:

«Manda il tuo pane sopra i volti delle acque, che in molti giorni lo ritroverai». Riconosco in questo verso la perfetta forma del dono: manda il tuo pane, offri quello che ti nutre, il sostegno, quello che è tutt'uno col tuo corpo; proprio quello mandalo, senza sapere a chi, affidandolo ai volti delle acque, alla corrente. Sia l'offerta doppiamente segreta: anonima e senza sapere a chi.

«In molti giorni lo ritroverai»: questo singolo dono ritornerà accresciuto immensamente, molte volte, in molti giorni. Non è rimborso, non è investimento, non è cometa con ciclo programmato di ritorno. È spargimento, è manna, non riguarda più un destinatario, è sciame che irradia,

impollina, feconda. Suo fatturato non censibile è la gratitudine che suscita e resuscita le fibre più profonde della specie umana.[11]

Bibliografia

1. D'Amato A. Il bambino dal cuore bruciato è morto. La madre: «Una fondazione in sua memoria». Meloni: «L'Italia intera si stringe nel dolore». *Open*. 21 febbraio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.open.online/2026/02/21/bambino-cuore-bruciato-morto-napoli/
2. L'ospedale Monaldi di Napoli risarcirà con quasi un milione di euro la famiglia del bambino morto dopo un trapianto di cuore sbagliato. *Il Post*. 15 ottobre 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilpost.it/2026/10/15/ospedale-napoli-trapianto-risarcimento
3. Trapianto cuore bruciato Monaldi: martedì incarico ai periti. *Il Fatto Quotidiano*. 27 febbraio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilfattoquotidiano.it/2026/02/27/cuore-bruciato-accertamenti-dei-pm-di-napoli-su-altri-due-trapianti-eseguiti-al-monaldi/8307760/
4. Martínez-López MV, McLaughlin L, Molina-Pérez A, et al. Mapping trust relationships in organ donation and transplantation: a conceptual model. *BMC Med Ethics*. 2023;24(1):93. doi:10.1186/s12910-023-00965-2
5. Il grande mondo della donazione degli organi. *Tutta la città ne parla*. Pubblicato online 16 febbraio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.raiplaysound.it/audio/2026/02/Tutta-la-citta-ne-parla-del-16022026-76ab7821-bd60-43a9-9c42-b72aa1b49e5d.html
6. Trapianto cuore «bruciato» a bimbo, 6 sanitari indagati. Il cardiochirurgo: «Forse scelta obbligata». *RaiNews*. 12 febbraio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.rainews.it/articoli/2026/02/trapianto-del-cuore-danneggiato-su-bimbo-di-2-anni-6-sanitari-indagati-tra-bolzano-e-napoli-medici-e-paramedici-indagati-procura-partenopea-ghiaccio-8a5685d8-9383-463b-887e-45e12a3c88ca.html
7. C'è da preoccuparsi per il trapianto di cuore sbagliato a Napoli. *Il Post*. 13 febbraio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilpost.it/2026/02/13/errori-trapianto-bambino-napoli/
8. Germani F, Spitale G. *Mi fa male la scienza. Speranze, conflitti e il futuro della conoscenza*. Tlon; 2025.
9. Morto il bimbo di 4 anni rimasto sott'acqua in piscina. *AGI*. 23 dicembre 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.agi.it/cronaca/news/2025-12-23/alto-adige-morto-bimbo-piscina-34768690/
10. Cuore danneggiato, 6 indagati. I nodi dell'inchiesta. *RaiNews*. 14 febbraio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.rainews.it/tgr/trento/articoli/2026/02/cuore-danneggiato-6-indagati-i-nodi-inchiesta-ospedale-monaldi-napoli-procura-equipe-sanitaria-ghiaccio-secco-prelevato-organo-a-bolzano-bimbo-due-anni-9867bfe5-ad8f-41fe-92ec-51e82b0ac17d.html
11. Spitale G. *Il dono nelle donazioni: una prospettiva bioetica*. Il poligrafo; 2015.
12. Il ministero della Salute invia gli ispettori a Napoli e Bolzano. *RaiNews*. 13 febbraio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.rainews.it/tgr/bolzano/articoli/2026/02/il-ministero-della-salute-manda-gli-ispettori-a-napoli-e-bolzano-carabinieri-nas-sequestrano-contenitore-utilizzato-per-trasportare-cuore-ospedale-monaldi-0d991bc9-09a7-4ea9-b00e-8c7de691af25.html
13. Corsa contro il tempo per il cuore di Tommaso. Meloni chiama la mamma: «Avrete giustizia». *RaiNews*. 15 febbraio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.rainews.it/articoli/2026/02/napoli-bambino-trapiantato-il-cuore-danneggiato-era-stato-trasportato-in-un-box-di-plastica-bc4de7b4-f92c-402e-a6c9-ccb10065f472.html
14. Bimbo con il cuore «bruciato», i medici di Roma: «Nuovo trapianto impossibile per emorragia e infezione in corso». *Il Fatto Quotidiano*. 16 febbraio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilfattoquotidiano.it/2026/02/16/cuore-bruciato-trapianto-impossibile-notizie/8292882/

15. D'Alessandro DA, Zuckermann A. Moderate controlled hypothermia vs. standard ice-cold storage of cardiac allografts to expand the donor pool: insights from the GUARDIAN registry. *Ann Cardiothorac Surg*. 2025;14(1):28-36. doi:10.21037/acs-2024-dcd-21
16. Carbon Dioxide (CID 280). PubChem. Consultato 14 ottobre 2026. https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/280
17. Chen J, Liu X, Hu Y, Chen X, Tan S. Cryopreservation of tissues and organs: present, bottlenecks, and future. *Front Vet Sci*. 2023;10:1201794. doi:10.3389/fvets.2023.1201794
18. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768-770. doi:10.1136/bmj.320.7237.768
19. Wiegmann DA, Wood LJ, Cohen TN, Shappell SA. Understanding the "Swiss Cheese Model" and Its Application to Patient Safety. *J Patient Saf*. 2022;18(2):119-123. doi:10.1097/PTS.0000000000000810
20. Dufner A, Harris J. Trust and Altruism--Organ Distribution Scandals: Do They Provide Good Reasons to Refuse Posthumous Donation? *Journal of Medicine and Philosophy*. 2015;40(3):328-341. doi:10.1093/jmp/jhv002
21. Röck D, Petersen P, Yoeruek E, Thaler S, Bartz-Schmidt KU, Röck T. Effect of Organ Scandal on Corneal Donation Rate and Organ Donors at a German University Hospital. *Ann Transplant*. 2017;22:425-430. doi:10.12659/AOT.901385
22. Dewar S, Boddington P. Returning to the Alder Hey report and its reporting: addressing confusions and improving inquiries. *J Med Ethics*. 2004;30(5):463-469. doi:10.1136/jme.2002.002774
23. Royal Liverpool Children's Inquiry. *The Royal Liverpool Children's Inquiry Report*. 2001. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.gov.uk/government/publications/the-royal-liverpool-childrens-inquiry-report
24. Burton JL, Wells M. The Alder Hey affair: implications for pathology practice. *Journal of Clinical Pathology*. 2001;54(11):820-823. doi:10.1136/jcp.54.11.820
25. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Transmission of SARS-CoV-2: Implications for Infection Prevention Precautions*. 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions
26. Organizzazione Mondiale della Sanità. Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted? 23 dicembre 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted
27. Greenhalgh T, Jimenez JL, Prather KA, Tufekci Z, Fisman D, Schooley R. Ten scientific reasons in support of airborne transmission of SARS-CoV-2. *The Lancet*. 2021;397(10285):1603-1605. doi:10.1016/S0140-6736(21)00869-2
28. Mauss M. *Saggio sul dono. Forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche*. Einaudi; 2002.
29. Derrida J. *Donare il tempo. La moneta falsa*. Raffaello Cortina; 1996.
30. Istituto Superiore di Sanità. Accertamento di morte. ISSalute. 28 febbraio 2018. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.issalute.it/index.php/saluteaz-saz/a/505-accertamento-di-morte
31. Ministero della Sanità. *Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte*. 1994. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:ministero.:decreto:1994;582
32. *Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti*. 1999. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.parlamento.it/parlam/leggi/99091l.htm
33. Ministero della Salute. *Decreto 11 aprile 2008. Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al «Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte»*. Vol 136. 2008. Consultato 16 ottobre 2026. https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/import/201801/62059_attach_6517.pdf
34. Ministero dell'Interno. Donazione di organi e tessuti. Carta di Identità Elettronica (CIE). 30 agosto 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.cartaidentita.interno.gov.it/info-utili/donazione-di-organi-e-tessuti/

35. Sistema Informativo Trapianti. *Dichiarazioni di volontà registrate nel SIT. Dati al 31/12/2025*. 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://trapianti.sanita.it/statistiche/attivita/2025_D_ATTIVITA_ORGANI_DX-TX_DICHIARAZIONI.pdf
36. Sistema Informativo Trapianti. Donatori di organi utilizzati per anno. Consultato 14 ottobre 2026. https://trapianti.sanita.it/statistiche/donatori_utilizzati_per_anno.aspx
37. Donazioni e trapianti. Italia seconda tra i grandi paesi europei per tasso di donazione. I dati definitivi Cnt 2025. *Quotidiano Sanità*. 4 agosto 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.quotidianosanita.it/?p=152934
38. Bedeschi G, Lombardi I. *Donazioni, trapianti, liste di attesa in Italia*. Centro Nazionale Trapianti; 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://trapianti.sanita.it/statistiche/attivita/2025_F_ATTIVITA_ORGANI_DX-TX.pdf
39. Green R, De Rosa G, Scarabelli A, De Santo LS, Citterio F, De Santo NG. The Murder of Nicholas Green: Organ Donation 20 Years Later. *American Journal of Kidney Diseases*. 2014;64(4):A17-A19. doi:10.1053/j.ajkd.2014.08.007
40. De Santo NG, Scarabelli A, Citterio F, De Santo LS, De Rosa G. I luoghi italiani di Nicholas Green venti anni dopo il suo assassinio. *G Ital Nefrol*. 2014;31(3):gin/31.3.10.
41. Green R. A Small Boy Makes Medical History. *Transpl Int*. 2026;38:15998. doi:10.3389/ti.2025.15998
42. Spitale G. *Hestia. Come sopravvivere alla fine del mondo (o quantomeno del proprio)*. Il Poligrafo; 2017.
43. De Luca E, Ponti E. *Il turno di notte lo fanno le stelle*. Feltrinelli; 2012. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.feltrinellieditore.it/opera/il-turno-di-notte-lo-fanno-le-stelle/

18

La maggioranza ha sempre ragione?

Uscito il 4 marzo 2026

AL BANCONE

C'è un modo infallibile per capire come funziona la democrazia online: apri un sondaggio pubblico e chiedi a Internet di scegliere il nome di una nave. Poi siediti, e preparati a leggere qualcosa di assurdo. Perché Internet, quando gli dai una scheda elettorale, non ti scrive «Nansen», o magari «Enterprise»: ti scrive... **Boaty McBoatface**.[1] Che è veramente difficile da tradurre, ma suona tipo «Barca Mc Faccia di Barca». Capite il livello, tipo bambino che ha trovato il barattolo delle caramelle ed è strafatto di zucchero.

Nel 2016 nel Regno Unito – un paese serio, con la monarchia, i tè alle cinque e la BBC – il Natural Environment Research Council lancia un sondaggio pubblico. Devono battezzare una nuova nave da ricerca polare da circa 200 milioni di sterline.[2,3] Una roba seria. Scienza climatica. Ghiacci artici. Missioni in Antartide.

«Proponete un nome», dicono. E Internet risponde: «Sì. Ma alle nostre condizioni.» Risultato: Boaty McBoatface prende più di **124.000 voti**. Primo posto netto. Con distacco.[2,3]

La cosa diventa virale. Twitter impazzisce. I giornali ne parlano ovunque. È il trionfo dell'umorismo collettivo, del meme democratico, della folla che si diverte con il giocattolo istituzionale.

E qui arriva la parte saporita: lo Stato guarda quel risultato e fa una cosa che, a livello emotivo, molti potrebbero trovare **ragionevole.** Dice: «Grazie, carini, però... no. La nave si chiamerà **Sir David Attenborough**». E Boaty McBoatface lo mettiamo su un sommergibilino robot.[3,4]

E noi ridiamo. Meme. Battute. Fine.

Ma ora facciamo un giochino brutto e anche un po' cattivo. Lo stesso identico schema – *voto pubblico → risultato → istituzione che lo ignora o lo rimodella* – lo sposti da un nome buffo a un referendum sanitario; poi a un referendum sui diritti; poi a un referendum geopolitico. E improvvisamente non ridi più.

La domanda non è «Boaty era un bel nome?». La domanda è: **quando si vota, la maggioranza deve vincere per definizione?** E se non deve... **chi ha il diritto di dire «no», e su quali basi?**

COM'È ANDATA

Come vi accennavo poc'anzi, nel marzo 2016 il Natural Environment Research Council lancia una consultazione pubblica (#NameOurShip) per raccogliere idee e voti sul nome di una nuova nave da ricerca polare finanziata dal governo britannico; arrivano **oltre 7.000 suggerimenti.**[3,5] Il 6 maggio 2016 il governo annuncia che la nave si chiamerà RRS Sir David Attenborough, scelta motivata come omaggio a Sir David Attenborough, grande documentarista la cui voce inconfondibile è certamente stampata nella memoria di molti di noi.[3]

Tra l'altro, piccola parentesi personale: Sir David Attenborough per me è una specie di santo laico. Uno che ha fatto più per l'educazione scientifica lui con una voce calma e un pinguino sullo sfondo che intere riforme scolastiche. Se esiste un'idea di «autorità epistemica gentile», è lui. Nato nel 1926, entra in BBC nel 1952 come tirocinante. Aveva visto un solo programma televisivo in vita sua. Uno. E finisce per diventare l'uomo che ha ridefinito la documentaristica nella televisione moderna. Con *Zoo Quest* negli anni '50 porta per la prima volta animali esotici filmati sul campo nelle case britanniche: niente più solo studio e tavolo rotondo, ma giungla, rettili, uccelli del paradiso. Wildlife per le masse.[6]

E qui viene la chicca nerd che pochi ricordano: nel 1969 Attenborough era direttore dei programmi della BBC. Fu lui – sì, lui – a dare spazio a un gruppetto di comici universitari un po' fuori asse che stavano mettendo insieme un programma assurdo, senza punchline, senza risate registrate, senza senso lineare. Quel programma era *Monty Python's Flying Circus*.[6]

Non l'ha «inventato» nel senso creativo, ma è stato il dirigente che ha detto: «Sì, facciamolo.» Che in televisione è il vero atto rivoluzionario.

Poi torna sul campo. *Life on Earth* nel 1979 – vista da circa 500 milioni di persone nel mondo – praticamente inventa l'epica naturalistica televisiva.[6] Seguono *The Private Life of Plants*, *The Blue Planet*, *Planet Earth*.[3,7] Animali mai filmati prima. Tecnologie nuove. Riprese pionieristiche. Ha sempre usato la tecnologia non per stupire, ma per far vedere meglio.

Oltre 40 specie animali e vegetali portano il suo nome. C'è persino una costellazione (non ufficiale) dedicata a lui.[6,8] Ha fatto immersioni record sulla Grande Barriera Corallina a quasi 90 anni.[6] È diventato, quasi suo malgrado, una delle voci più autorevoli sulla crisi climatica.

E capite il paradosso? Un uomo che ha portato la natura nelle case, che ha inventato il documentario moderno, e soprattutto che ha contribuito a sdoganare i Monty Python – cioè l'assurdo britannico come patrimonio nazionale – viene «battuto» da Boaty McBoatface.

In un certo senso è perfetto: l'uomo che ha aperto la porta al nonsense televisivo viene sconfitto dal nonsense democratico. E lì comincia la crepa.

Quindi, alla fine, il nuovo battello da ricerca si chiama RRS Sir David Attenborough.[3] Reazione pubblica: risate, indignazioni leggere, e soprattutto una lezione implicita – *la consultazione è un gesto democratico, ma la decisione resta istituzionale*.

Finché si tratta di una nave, chi se ne importa, no? Ma ora facciamo un piccolo spostamento di prospettiva. Cambiamo paese. Cambiamo tono. Teniamo il voto.

Referendum svizzero sulle medicine complementari – Svizzera, 2009 (costituzione e politica sanitaria) Il 17 maggio 2009, in Svizzera – paese che di votazioni popolari va a votare più o meno quattro domeniche all'anno, come se fossero brunch (incluso il mio preferito, sulle corna delle mucche, ma è un'altra storia) – ecco, dicevo, in Svizzera si vota su un controprogetto intitolato «Un futuro con la medicina complementare».[9,10]

Ora, parentesi tecnica, ma veloce: in Svizzera funziona così. Se un gruppo di cittadini raccoglie abbastanza firme per un'iniziativa popolare – cioè una proposta di modifica della Costituzione – il Parlamento può fare due cose: o la lascia andare al voto così com'è, oppure propone un **controprogetto**.

Il controprogetto è una versione alternativa, più moderata o più digeribile, che prova a intercettare lo spirito dell'iniziativa senza sposarla integralmente. Una specie di «ok, avete sollevato un punto, ma lo scriviamo noi in modo diverso».

Nel caso specifico, l'iniziativa originale chiedeva l'integrazione ampia della medicina complementare nel sistema sanitario.[11] Il Parlamento risponde con un controprogetto costituzionale più sintetico, più di compromesso, proponendo per la costituzione l'articolo 118a: Confederazione e Cantoni devono «provvedere alla considerazione» della medicina complementare.[12,13] E il popolo vota. Risultato ufficiale: **Due svizzeri su tre dicono sì. La modifica passa senza drammi, senza rivoluzioni, con una partecipazione nemmeno altissima**.[14]

Risultato pratico? Sulla base della volontà popolare, pratiche come l'omeopatia – che secondo la maggior parte delle revisioni sistematiche non mostrano efficacia oltre il placebo (ne parlo nel capitolo 14, *Frattaglie d'anatra*) – dicevo, ecco, pratiche come l'omeopatia ottengono un riconoscimento costituzionale come ambito da considerare nella politica sanitaria.

Non è una medaglietta simbolica. Significa rimborsi assicurativi, spazio clinico, legittimazione pubblica (per le fonti su questo aspetto vi rimando allo stesso capitolo). E qui la barzelletta finisce, perché se Boaty McBoatface lo puoi retrocedere a sommergibilino, una modifica costituzionale no.

A seguito del referendum la «considerazione» costituzionale si traduce anche in regole assicurative: dopo che nel 2005 cinque prestazioni di medicina complementare erano state escluse dalla copertura della cassa malati obbligatoria (la «cassa malati» è come gli svizzeri chiamano l'assicurazione sanitaria), dal 2012 alcune prestazioni mediche complementari rientrano **in via provvisoria** (con periodo sperimentale fino al 2017, nei documenti federali).[15,16] Nel 2017 il Consiglio federale svizzero approva nuove disposizioni: la cassa malati obbligatoria continuerà a rimborsare prestazioni mediche complementari «**a tempo indeterminato**», con entrata in vigore dal 1° agosto 2017.[17]

Tradotto dal burocratese: presenza stabile nel sistema sanitario e riconoscimento istituzionale.

E i soldi, anche nel sistema sanitario svizzero (che si regge su un'assicurazione obbligatoria gestita da una sessantina di casse malati, che sulla copertura di base non possono fare utili), non cadono dal cielo.[18] La «cassa malati» obbligatoria è finanziata dai premi che pagano i cittadini. Se una prestazione entra nella copertura di base, i costi vengono assorbiti dal sistema assicurativo. E il sistema assicurativo vive di premi.

Ora, non stiamo parlando di una terapia salvavita rarissima che pesa lo 0,0001% del budget. Stiamo parlando di un principio: se rimborsi preparati che, secondo la letteratura scientifica, non mostrano efficacia

oltre il placebo, stai allocando risorse collettive su interventi a efficacia quantomeno controversa. In un sistema a risorse finite, ogni franco speso qui è un franco non speso altrove. E se la spesa complessiva cresce, i premi tendono a crescere con essa. Non è magia. È aritmetica sanitaria.

Ora, puoi pensarla come vuoi sull'omeopatia. Puoi ritenerla una scelta pluralista, rispettosa delle preferenze dei cittadini. Oppure puoi considerarla una resa politica a pratiche che la maggior parte della letteratura scientifica non considera efficaci oltre il placebo.

Ma una cosa è certa: il voto ha prodotto effetti materiali. Effetti redistributivi. Effetti economici.

Non è stato un sondaggio. Non è stato un meme, tipo Boaty McBoatface. È diventato politica sanitaria.

E qui entra il contrasto che fa scricchiolare il bancone. Nel caso di Boaty McBoatface, le persone hanno votato «male» – almeno secondo l'istituzione – e la loro scelta è stata corretta dall'alto.

Override, voto democratico aggirato e rimesso nel cassetto.

Nel caso svizzero, le persone hanno votato «male» – almeno secondo una parte della comunità scientifica – e la decisione è rimasta tale.

Nessun override, nessuna correzione istituzionale del voto.

Stessa dinamica formale: voto popolare. Esito maggioritario. Effetti reali. Ma trattamento diverso.

Allora la domanda diventa inevitabile: «Male» su che base? Male perché è ridicolo? Male perché è scientificamente debole? Male perché non ci piace l'esito? Male perché danneggia qualcuno?

Chi decide quando la maggioranza sta scherzando… e quando invece sta esercitando un diritto sovrano?

Perché finché parliamo di Boaty McBoatface, l'override ci sembra buon senso. Quando parliamo di sanità pubblica, diventa già più delicato.

E ora cambiamo ancora asse. Perché c'è un caso in cui la maggioranza ha votato, e il risultato è stato prima applicato… e poi cancellato. California. 2008. Proposition 8.

California Proposition 8 – California, 2008 (diritti civili e contropoteri)

4 novembre 2008. California. Nel giorno in cui Barack Obama viene eletto presidente degli Stati Uniti, sulla stessa scheda c'è un'altra domanda. Molto più breve. Molto più tagliente.

Proposition 8. Il titolo è quasi brutale nella sua chiarezza: «Eliminates Right of Same-Sex Couples to Marry».[19] Non «regolamenta». Non «disciplina». Elimina.

Si vota per modificare la Costituzione dello Stato e cancellare il diritto al matrimonio per le coppie dello stesso sesso.[19] Il risultato non è un plebiscito. È una lama sottile.

52,3% dice sì. 47,7% dice no.

Sette milioni di persone contro sei milioni e quattro. E non è una partecipazione bassa, come nel caso svizzero. Partecipa quasi l'80% degli elettori registrati. Cioè: la gente va alle urne. Ci pensa. E decide. La maggioranza vota per togliere un diritto civile. E la modifica costituzionale entra in vigore.[20]

Poi succede qualcosa che divide il paese quasi quanto il voto stesso.

Un tribunale federale dichiara Proposition 8 incostituzionale. Dice, in sostanza: non puoi togliere un diritto fondamentale a una minoranza solo perché la maggioranza lo decide.[21] La sentenza, però, viene sospesa in attesa dell'appello.[22]

Nel 2013 la Corte Suprema degli Stati Uniti non entra nel merito in modo pieno e filosofico – non dice «questa norma è moralmente sbagliata» – ma stabilisce che i promotori dell'iniziativa non hanno titolo per difenderla in giudizio quando lo Stato non lo fa. Tradotto dal legalese: la sentenza che l'aveva annullata resta valida. Proposition 8 cade.[23]

E qui il paese si spacca di nuovo. Per alcuni è la democrazia costituzionale che funziona: i diritti fondamentali non si votano. La maggioranza ha limiti.

Per altri è un colpo di mano delle élite giudiziarie: milioni di persone hanno votato, e un pugno di giudici ha annullato quella volontà.

Ora fermiamoci un attimo. Facciamo il recap.

Caso uno: Boaty McBoatface. La maggioranza vota qualcosa di ridicolo. L'istituzione corregge dall'alto. Ridiamo. Fine.

Caso due: Svizzera, medicina complementare. La maggioranza vota qualcosa che la comunità scientifica considera problematico. Nessuna correzione. La decisione entra in Costituzione. Produce effetti economici e sanitari.

Caso tre: California, Proposition 8. La maggioranza vota per eliminare un diritto civile. Qui la correzione arriva, ma arriva dai tribunali.

Stesso verbo: votare. Esiti diversi: correggere, non correggere, correggere dopo.

Allora la domanda non è più «la maggioranza ha ragione?». La domanda diventa: quando la maggioranza può essere fermata? E da chi?

Piccolo excursus personale.

Durante il COVID ho lavorato a misurare inclinazioni morali, credenze, preferenze politiche.[24] Cosa le persone ritenevano giusto fare. Quanto erano disposte a sacrificare libertà per sicurezza. Quanto tolleravano sorveglianza, obblighi, restrizioni.

Ora facciamo un esperimento mentale. Immagina che i dati avessero mostrato questo: una maggioranza ampia e stabile è favorevole a negare l'accesso alle cure a chi rifiuta il vaccino. Oppure: una maggioranza consistente ritiene legittimo rendere pubblici i nomi dei non vaccinati. Oppure: una maggioranza vuole che determinate categorie (vecchi, migranti, giovani, fate voi – ricordando che potreste appartenere a quella categoria) ecco, una maggioranza vuole che certe categorie siano escluse da alcuni servizi pubblici «per il bene collettivo».

Non sono esempi inventati da uno scrittore distopico, sono tensioni che hanno attraversato il dibattito reale.

Domanda scomoda: se in democrazia il demos, il popolo, la gente, esprime una preferenza moralmente discutibile – o apertamente discriminatoria – che cosa ne facciamo? La ignoriamo perché «immorale»? La rispettiamo perché «democratica»? La filtriamo attraverso tribunali, costituzioni, esperti?

Perché finché la maggioranza vuole chiamare una nave Boaty McBoatface, siamo tutti d'accordo che serve un argine. Quando la maggioranza vuole spendere soldi pubblici per terapie controverse, iniziamo a dividerci. Quando la maggioranza vuole limitare diritti civili, invochiamo i giudici. Ma se la maggioranza volesse qualcosa che colpisce direttamente la dignità di una minoranza nel nome della sicurezza collettiva? Chi decide che quella preferenza non deve diventare legge? E soprattutto: con quale legittimità, e su quali basi?

Se dici che Boaty va corretto, stai accettando un limite alla volontà popolare. Se dici sì all'omeopatia, stai accettando che la volontà popolare possa decidere su allocazione di risorse verso pratiche scientificamente controverse. Se dici che la Proposition 8 andava annullata, stai accettando che i giudici possano annullare milioni di voti. Non è più una barzelletta. È architettura costituzionale.

E ora facciamo un ultimo salto. Un salto in cui non c'è nessun giudice federale a fare da argine.

Abbiamo iniziato in Inghilterra; torniamo nel Regno Unito. Brexit.

Brexit – Regno Unito, 2016 (grande scelta irreversibile e ambiguità del vincolo) Il 23 giugno 2016 il Regno Unito vota per restare o uscire dall'Unione Europea. Non è una consultazione simbolica e non è una

nota tecnica: è una scelta di direzione storica. Il risultato, ancora una volta, è stretto ma chiaro: 51,9% per il Leave, 48,1% per il Remain, con un'affluenza superiore al 70%.[25] La maggioranza decide: si esce.

Negli anni successivi emergono anche interrogativi sulle modalità della campagna: uso aggressivo dei social media, micro-targeting politico, violazioni delle regole sui finanziamenti, e persino sospetti di interferenze straniere, oggetto di indagini parlamentari e giornalistiche.[26,27] Un rapporto parlamentare ha riconosciuto che la questione delle possibili ingerenze – in particolare russe – non è stata adeguatamente investigata prima del referendum.[28]

Ma non è questo il punto centrale oggi. Anche se la campagna fosse stata perfettamente pulita, anche se ogni elettore avesse votato in condizioni ideali di informazione e autonomia, il nodo resterebbe.

La maggioranza ha scelto. E il sistema ha seguito quella scelta fino in fondo.

C'è però un dettaglio istituzionale che diventa improvvisamente centrale. Nel sistema britannico il referendum non modifica automaticamente la legge. Non è «self-executing»: formalmente è consultivo. Politicamente, però, è difficilissimo ignorarlo.[29] Subito dopo il voto esplode la discussione: è solo un'indicazione o è un mandato vincolante?

Nel gennaio 2017 la Corte Suprema britannica, nel caso Miller, chiarisce un punto: il governo non può attivare l'Articolo 50 del Trattato sull'Unione Europea da solo, usando la prerogativa dell'esecutivo. Serve una legge del Parlamento.[30] Il Parlamento autorizza, Theresa May invia la notifica formale a Bruxelles e il processo parte.[31,32] Il 31 gennaio 2020 il Regno Unito lascia ufficialmente l'Unione Europea, aprendo una fase di transizione e negoziazione che durerà anni, con effetti economici, giuridici e politici ancora oggi oggetto di dibattito.[33]

E qui la differenza con Boaty McBoatface diventa concreta, quasi fisica. Un nome lo puoi cambiare. Un sondaggio lo puoi correggere. Una voce di bilancio la puoi rivedere. Un'uscita da un'unione economica e giuridica costruita in quarant'anni non la tiri via con un colpo di strofinaccio come una macchia dal bancone. Ha costi, inerzie, conseguenze che si trascinano nel tempo. In questo caso non c'è stato un tribunale che ha annullato il risultato nel merito. Non c'è stato un contentino simbolico. La maggioranza ha deciso e il sistema, dopo aver chiarito le procedure, ha eseguito.

Ed è qui che la domanda torna, ma con un peso diverso: se la maggioranza può sempre decidere, accettiamo qualsiasi cosa decida, anche quando le conseguenze sono enormi e difficilmente reversibili? Se invece

la maggioranza non può sempre decidere, chi stabilisce il limite – e con quale legittimità?

Mettiamola così.

Brexit è diversa. È una traiettoria. Non è un nome. Non è una voce di bilancio. Non è una norma che un giudice può sospendere nel merito.

È un intero assetto economico e giuridico che viene smontato e ricostruito. È commercio, confini, accordi internazionali, diritto europeo incorporato per decenni nell'ordinamento britannico. È una scelta che, una volta avviata, genera inerzie, costi, conseguenze sistemiche.

E soprattutto: è stata presa con uno scarto minimo. Qui non puoi dire «era solo un sondaggio». Qui non puoi dire «lo correggiamo tra un anno». La maggioranza decide e il sistema esegue.

Ed è qui che la vertigine diventa seria.

Perché se accetti che la maggioranza possa ridefinire una traiettoria storica con uno scarto del 3-4%, stai accettando un principio molto forte: la sovranità popolare è ultima, anche quando le conseguenze sono profonde e difficilmente reversibili.

Se invece dici che alcune decisioni dovrebbero avere soglie diverse, maggioranze qualificate, filtri ulteriori... stai già mettendo un limite alla maggioranza.

E quel limite non viene dalla maggioranza stessa. Ed è qui che smettiamo di raccontare casi e iniziamo a parlare di struttura.

IL NODO

Il primo inganno è pensare che «democrazia» significhi «vince chi ha un voto in più». Non è così. Le democrazie moderne non sono plebisciti permanenti: sono un equilibrio instabile tra maggioranza, regole, diritti fondamentali e contropoteri.

In Italia, per esempio, non tutto può essere oggetto di referendum abrogativo. L'articolo 75 della Costituzione esclude esplicitamente leggi tributarie e di bilancio, amnistia e indulto, ratifica dei trattati internazionali.[34] Non è un dettaglio tecnico: è un confine politico. È la decisione preventiva che alcune materie non sono affidate direttamente alla volontà popolare.

Non è un complotto. Non è «i poteri forti che si proteggono». È una scelta di stabilità.

Le leggi di bilancio e fiscali tengono in piedi l'intero impianto dello Stato. Se potessero essere abrogate con un sì/no secco, rischieremmo di compromettere la continuità finanziaria del paese con una singola ondata

emotiva. I trattati internazionali riguardano impegni presi con altri Stati. Se potessero essere revocati con un referendum abrogativo semplice, la credibilità internazionale diventerebbe fragile come un cracker infiappito. Amnistia e indulto toccano l'equilibrio tra poteri, sistema penale, diritti individuali. Anche lì la Costituzione chiede un percorso parlamentare qualificato.[34]

In altre parole: alcune materie sono considerate così strutturali, così sistemiche, che non possono essere ridotte a un voto binario senza mediazione. E questo non perché il popolo sia incapace [...]. Ma perché certe decisioni producono effetti a catena difficilmente reversibili.

E guarda caso, è esattamente il punto che abbiamo visto con Brexit.

Questo significa una cosa molto semplice: al di là degli slogan sulla «volontà del popolo», abbiamo già accettato che non tutto sia votabile, e anche chi invoca la sovranità assoluta del popolo lo fa finché il popolo «decide bene». Quando «decide male», improvvisamente scopre l'amore per le garanzie costituzionali.

Chi ha sostenuto Brexit in nome della volontà popolare spesso rifiuta l'idea di un secondo referendum («il popolo ha già deciso»). Chi era contrario ha invocato un nuovo voto, sostenendo che la prima scelta fosse stata manipolata o mal compresa. Stesso strumento – referendum. Valutazione opposta a seconda dell'esito.

La verità è che quasi nessuno è coerentemente maggioritario. Siamo maggioritari quando la maggioranza decide come noi. Quando decide contro di noi, la musica, a volte, cambia assai.

Ed eccoci ben incastrati: chi decide cosa non è votabile? Su quale base? Costituzione? Diritti fondamentali? Scienza? Stabilità economica? Paura delle conseguenze? Ogni volta che introduci un contropotere – un tribunale costituzionale, una soglia qualificata, una clausola di intangibilità – stai dicendo: la maggioranza conta, ma non basta. E appena dici «non basta», devi spiegare cosa basta. Qui vedo due tensioni principali: maggioranza contro verità, e maggioranza contro diritti umani.

Maggioranza vs verità (episteme) Partiamo da maggioranza e verità. Nel caso svizzero, il voto è psicologicamente destabilizzante perché ti costringe a scegliere quale fede vuoi tradire: la fede nella maggioranza democratica, o la fede nell'evidenza scientifica. Da un lato, un mandato costituzionale passa con due terzi dei voti. Dall'altro, valutazioni scientifiche che affermano di non trovare evidenza affidabile sull'efficacia dell'omeopatia.

Se dici: «Conta la verità», stai dicendo che la maggioranza può essere **messa in tutela quando si dimostra impreparata**.

Se dici: «Conta il voto», stai dicendo che una collettività può scegliere anche ciò che tu chiami «falso». E a quel punto la domanda diventa: la democrazia è un metodo per produrre decisioni legittime o per produrre decisioni vere?

Qui entra in scena un signore con gli occhiali spessi e l'aria da bibliotecario gentile: John Rawls.

Rawls parte da un dato semplice e disarmante: nelle società moderne esiste quello che lui chiama «pluralismo ragionevole». Le persone non sono d'accordo su cosa sia il bene ultimo, su cosa sia la vita giusta, su cosa sia vero in senso profondo – e non lo saranno mai.[35]

La democrazia, allora, non serve a scoprire la Verità con la V maiuscola. Serve a costruire regole di convivenza che possano essere accettate da cittadini liberi e uguali che non condividono la stessa visione del mondo. Il voto non è un termometro della verità. È uno strumento di legittimazione reciproca.

Ma – ed è qui che la tensione ritorna – Rawls non dice nemmeno che tutto ciò che la maggioranza decide è giusto. Anzi. Parla di «ragione pubblica» e di limiti costituzionali: alcune cose non possono essere imposte neppure con il 51%.[35]

Quindi abbiamo un doppio movimento: la democrazia non produce verità scientifiche; ma nemmeno può produrre qualsiasi cosa.

E allora torniamo alla domanda che brucia: se la maggioranza vota qualcosa che tu ritieni falso o ingiusto, stai difendendo la verità o stai difendendo la legittimità? E se dici che la verità deve prevalere sulla maggioranza, chi decide cos'è vero?

Tocqueville aveva già messo il dito nella piaga nell'Ottocento: la «tirannia della maggioranza» non è quando il 51% ti manda la polizia a casa.[36] È quando il 51% si convince che, essendo 51%, ha ragione e ha il diritto di definire la realtà – che, spoiler, tende a sciacquarsi le olive delle nostre opinioni e continuare a restare ostinatamente reale. Puoi votare contro la gravità, e magari anche vincere ai voti, ma se salti dal balcone prenderai comunque una sonora tuonata.

Maggioranza vs diritti (dignità e libertà di base) Finché parliamo di verità scientifiche, la tensione è già alta. Ma diventa incandescente quando non discutiamo più di ciò che è vero, bensì di ciò che è dovuto a una persona in quanto persona.

Qui il conflitto cambia forma. Non è più maggioranza contro verità. È maggioranza contro diritti.

Proposition 8 è l'esempio da manuale di questa collisione. Una maggioranza vota per restringere un diritto civile; un tribunale interviene e cancella quella decisione. Non perché i votanti fossero stupidi. Non perché il voto non contasse. Ma perché, nel modello costituzionale americano, esistono libertà di base che non possono essere compresse nemmeno dal 51%.

Qui torna Rawls, ma in una versione più affilata. Per lui ogni persona ha un «indefeasible claim» – una pretesa inviolabile a uno schema pienamente adeguato di libertà fondamentali, compatibile con quello degli altri.[37] (p. 42) Non è un'opinione morale tra le tante: è la struttura di una società giusta.

Dall'altra parte c'è il fatto brutale: in un sistema di iniziativa popolare, la maggioranza può scrivere cose nella costituzione di uno Stato. Anche cose che restringono diritti.

Quando la Corte interviene e «ferma» la maggioranza, non sta dicendo che la democrazia è falsa. Sta dicendo qualcosa di più sottile e più esplosivo: la democrazia che abbiamo scelto non è solo maggioritaria, è anche costituzionale.

Cioè: la maggioranza governa, ma dentro un recinto. E qui si apre la frattura emotiva.

Per chi concepisce il voto come espressione suprema della sovranità popolare, l'intervento del giudice suona come uno schiaffo alla santa maggioranza: hai votato? Bene. Non vale. Per chi concepisce i diritti fondamentali come non negoziabili, l'intervento del giudice è una garanzia: la maggioranza tirannica non può decidere chi conta come cittadino a pieno titolo.

E adesso la terra trema davvero. Perché se accetti il recinto costituzionale, devi accettare che qualcuno – giudici, costituenti, carte fondamentali, principi prepolitici – possa dire no alla maggioranza. Ma se rifiuti quel recinto, devi accettare che la maggioranza possa ridefinire la dignità di una minoranza – e la minoranza, un giorno, potresti essere tu.

Scegline una. E dormici sopra.

INTANTO, DA NOI

Ora prendiamo la tua testa – qualunque testa tu abbia – e la mettiamo nel tritacarne. Figurativamente, eh.

Se sei uno che pensa: «la maggioranza decide, punto», allora devi difendere anche la possibilità che una maggioranza scelga cose che tu reputi assurde o dannose. Devi dire: «Va bene. Se il 67% vuole inserire in Costituzione pratiche che la maggior parte della letteratura considera inefficaci oltre il placebo, è una scelta collettiva. Si esegue.»

Ma allora sii coerente fino in fondo. Se domani una maggioranza decide di restringere un diritto civile? Se decide di discriminare una minoranza «per il bene comune»?

Proposition 8 ti guarda negli occhi e ti chiede: se la maggioranza può tutto, chi protegge chi perde?

Se invece sei uno che pensa: «ci sono verità e diritti che stanno sopra al voto del volgo», allora sei più tranquillo quando un'istituzione interviene e corregge. Ti va bene che Boaty venga accantonato perché «serve serietà». Ti va bene che un tribunale smonti una norma votata se viola libertà fondamentali. Ti va bene che gli esperti abbiano l'ultima parola quando la questione è tecnica.

Ma qui inizia il rischio meno visibile. Perché stai dicendo che esiste un livello superiore alla volontà popolare. Un filtro. Un custode.

E quel custode, spoiler, non è un'idea pura, appesa come un prosciutto nell'iperuraneo di Platone. Non è una Forma eterna che emana Verità incontestabili (ti piacerebbe, eh?). È fatto di persone. Giudici. Comitati tecnici. Autorità indipendenti. Parlamenti che reinterpretano. Persone con competenze, certo. Ma anche con valori, limiti, pregiudizi, incentivi, paure. Persone inserite in un contesto politico, culturale, storico. E allora il problema si complica. Perché quando dici «ci pensa la Corte», non stai invocando una divinità neutrale. Stai delegando potere a un gruppo umano. Quando dici «seguiamo gli esperti», non stai consultando un oracolo infallibile. Stai affidando una decisione a un certo tipo di sapere, prodotto in un certo modo, in un certo momento. Non è necessariamente sbagliato. Ma non è innocente.

E qui le domande bruciano come grappa fatta in casa: chi sono queste persone? Con quale criterio decidono cosa è «troppo stupido», «troppo pericoloso» o «troppo immorale» per la democrazia? E chi controlla i controllori?

Qualunque mappa tu stia usando per districarti in questi casi – «realismo», «progressismo», «scientismo», «populismo», «libertarismo» – a un certo punto la carta ti si sbriciola tra le mani, perché ogni principio, se lo applichi fino in fondo, rischia di produrre il suo mostro.

L'ULTIMO GIRO

Allora torniamo alla domanda nuda. La democrazia deve accettare qualsiasi decisione della maggioranza?

Se dici sì, ti prendi in carico tutto il pacchetto. Anche l'idea che la maggioranza possa sbagliare, discriminare, farsi sedurre da slogan ben confezionati. Devi accettare che «legittimo» non significhi automaticamente «giusto» né «vero». E l'unico paracadute che hai è la speranza che, domani, la maggioranza cambi idea.

Se dici no, ti prendi in carico l'altra paura. Che qualcuno – con giustificazioni nobili come «la verità», «i diritti», «la competenza» – inizi a filtrare i risultati quando non piacciono. E allora non stai più discutendo di omeopatia o di matrimonio o di Europa. Stai discutendo di chi tiene in mano la spina della legittimità.

È un vicolo cieco? Sì. È un'aporia che ti costringe a vedere che la democrazia non è un pulsante ON/OFF. È un equilibrio instabile tra numero, diritti, competenza, fiducia.

E qui qualcuno potrebbe chiedere: ma che c'entra tutto questo con la bioetica? C'entra eccome.

Perché la bioetica non è solo decidere se staccare una spina o approvare un farmaco. È interrogarsi su chi decide cosa è cura, cosa è vita degna, cosa è rischio accettabile. È il punto in cui scienza, politica e valori si incrociano e nessuno dei tre può pretendere di governare da solo.

Se votiamo dentro un ecosistema informativo distorto, se formiamo opinioni dentro bolle che premiano l'indignazione e non la comprensione, allora il problema democratico non è solo istituzionale. È cognitivo.

Un piccolo spiraglio (non una soluzione): media literacy E qui entra uno spiraglio. Non una soluzione. Uno spiraglio. Alfabetizzazione mediatica e pensiero critico. Imparare – e insegnare – a leggere lateralmente, a uscire dalla pagina e chiedersi chi c'è dietro una fonte. A riconoscere incentivi economici e politici. A smontare tecniche retoriche prima che diventino identità. A fare prebunking: vaccinarsi contro le strategie tipiche della disinformazione prima che attecchiscano.

Non credo che basti ad immunizzare la democrazia, né ad eliminare il conflitto tra maggioranza e verità. Ma è uno dei pochi interventi che non richiedono di scegliere una volta per tutte tra «il numero ha sempre ragione» e «decidono i custodi». Prova, più modestamente, a rendere la maggioranza un po' meno vulnerabile alle versioni peggiori di se stessa.

In una democrazia formale, le persone votano, punto. In una democrazia sostanziale, le persone votano – e capiscono le cose su cui viene chiesto loro di esprimersi. Penso sia chiaro che ho una preferenza.

La democrazia non è garantita dalla purezza dei principi, né dalla saggezza dei custodi. È fragile. È rumorosa. È imperfetta.

Ma è nostra. E la domanda finale non è se la maggioranza abbia sempre ragione. È se siamo disposti a fare la fatica di renderla un po' meno manipolabile, un po' più consapevole, un po' meno cieca. Perché l'alternativa alla democrazia non è la Verità con la V maiuscola. È qualcuno che decide al posto tuo – convinto (o forse no) di farlo per il tuo bene.

Bibliografia

1. Se vuoi dare un nome a una barca non chiedere a Internet. *Il Post*. 19 aprile 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilpost.it/flashes/se-vuoi-dare-un-nome-a-una-barca-non-chiedere-a-internet/
2. 'Boaty McBoatface' tops public vote as name of polar ship. *BBC News*. 17 aprile 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.bbc.com/news/uk-england-36064659
3. Department for Business Innovation & Skills, NERC. *UK's £200 Million Polar Research Ship Named in Honour of Sir David Attenborough*. 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.gov.uk/government/news/uks-200-million-polar-research-ship-named-in-honour-of-sir-david-attenborough
4. National Oceanography Centre. NOC's Autosub Long Range is Boaty McBoatface. National Oceanography Centre. 19 ottobre 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://noc.ac.uk/news/nocs-autosub-long-range-boaty-mcboatface
5. NERC. Name our Ship. 3 giugno 2016. Consultato 16 ottobre 2026. http://web.archive.org/web/20160603231108/https://nameourship.nerc.ac.uk/
6. 9 facts about David Attenborough that have shaped your world. BBC Teach. 30 gennaio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.bbc.co.uk/teach/articles/z4k2kmn
7. *The Private Life of Plants*. BBC; TBS Productions; 1995. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.acmi.net.au/works/94927--the-private-life-of-plants-by-david-attenborough/
8. Knapton S. Usain Bolt, Mo Farah and Sir David Attenborough picked out in new star constellations. *The Telegraph*. 13 dicembre 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.yahoo.com/news/usain-bolt-mo-farah-sir-000100976.html
9. Confederazione Svizzera. Votazioni federali. admin.ch. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.admin.ch/it/votazioni-federali
10. Confederazione Svizzera. Iniziativa popolare «Per la dignità degli animali da reddito agricoli (Iniziativa per vacche con le corna)». admin.ch. 25 novembre 2018. Consultato 16 ottobre 2026. https://web.archive.org/web/20191102162604/https://www.admin.ch/gov/it/pagina-iniziale/documentazione/votazioni/20181125/iniziativa-per-vacche-con-le-corna.html
11. Cancelleria federale. *Iniziativa popolare federale «Sì alla medicina complementare». Riuscita formale*. 2005. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2005/966/it
12. Consiglio federale. *Votazione popolare del 17 maggio 2009. Spiegazioni del Consiglio federale*. 2009. Consultato 16 ottobre 2026. https://web.archive.org/web/2024id_/https://www.bk.admin.ch/dam/bk/it/dokumente/Abstimmungsbuechlein/erlaeuterungen_desbundesrates17052009.pdf.download.pdf/spiegazioni_del_consigliofederale17052009.pdf
13. *Costituzione federale della Confederazione Svizzera*. Vol 101. 1999. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/it
14. Cancelleria federale. Votazione popolare del 17.05.2009. 17 maggio 2009. Consultato 16 ottobre 2026. https://web.archive.org/web/20190915132120/https://www.bk.admin.ch/ch/f/pore/va/20090517/det541.html

15. Alternative Medizin gekippt. *Swissinfo*. 3 giugno 2005. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.swissinfo.ch/ger/wissenschaft/alternative-medizin-gekippt/4541482
16. Consiglio federale. *Cinque terapie di medicina complementare rimborsate a determinate condizioni per un periodo transitorio di sei anni*. 2011. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.admin.ch/it/nsb?id=37173
17. Consiglio federale. *Medicina complementare: nuovo disciplinamento del rimborso*. 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.admin.ch/it/nsb?id=67050
18. Ufficio federale della sanità pubblica. Assicurazione malattie: L'essenziale in breve. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.bag.admin.ch/it/assicurazione-malattie-lessenziale-in-breve
19. California Secretary of State. *Proposition 8. Eliminates Right of Same-Sex Couples to Marry. Initiative Constitutional Amendment*. 2008. Consultato 16 ottobre 2026. https://vigarchive.sos.ca.gov/2008/general/title-sum/prop8-title-sum.htm
20. California Secretary of State. *Statement of Vote. November 4, 2008, General Election*. 2008. Consultato 16 ottobre 2026. https://elections.cdn.sos.ca.gov/sov/2008-general/sov_complete.pdf
21. *Perry v. Schwarzenegger*. International Commission of Jurists (United States District Court for the Northern District of California 2010). Consultato 16 ottobre 2026. https://www.icj.org/sogicasebook/perry-v-schwarzenegger-proposition-8-united-states-district-court-for-the-northern-district-of-california-4-august-2010/
22. Ninth Circuit extends stay on California same-sex marriages. *JURIST*. 17 agosto 2010. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.jurist.org/news/2010/08/ninth-circuit-extends-stay-on-california-same-sex-marriage
23. *Hollingsworth v. Perry*. U.S. 570, 693 (Corte Suprema degli Stati Uniti 2013). Consultato 16 ottobre 2026. https://supreme.justia.com/cases/federal/us/570/693/
24. Spitale G. *Ethical Dilemmas in the Time of COVID-19: Mapping, Understanding, Building Systemic Resilience*. University of Zurich; 2022. doi:10.5167/UZH-221954
25. Electoral Commission. Results and turnout at the EU referendum. Electoral Commission. 16 luglio 2019. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.electoralcommission.org.uk/research-reports-and-data/our-reports-and-data-past-elections-and-referendums/results-and-turnout-eu-referendum
26. Vote Leave campaign referred to police for breaking electoral law. *Channel 4 News*. 17 luglio 2018. Consultato 16 ottobre 2026. https://channel4.com/news/vote-leave-campaign-referred-to-police-for-breaking-electoral-law
27. Brexit advocacy group fined £61,000 for breaking election laws. *JURIST*. 19 luglio 2018. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.jurist.org/news/2018/07/brexit-advocacy-group-fined-61000-for-breaking-election-laws/
28. Intelligence and Security Committee of Parliament. *Russia*. 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://isc.independent.gov.uk/wp-content/uploads/2021/01/20200721_HC632_CCS001_CCS1019402408-001_ISC_Russia_Report_Web_Accessible.pdf
29. McKinney CJ. Was the EU referendum "advisory"? Full Fact. 8 novembre 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://fullfact.org/europe/was-eu-referendum-advisory/
30. *R (Miller) v Secretary of State for Exiting the European Union*. UKSC 2017, 5 (UK Supreme Court 2017). Consultato 16 ottobre 2026. https://supremecourt.uk/cases/uksc-2016-0196
31. *European Union (Notification of Withdrawal) Act 2017*. 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2017/9/section/1/enacted
32. Prime Minister's Office. *Prime Minister's Letter to Donald Tusk Triggering Article 50*. 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.gov.uk/government/publications/prime-ministers-letter-to-donald-tusk-triggering-article-50
33. Wright G, Etherington H. Brexit transition period. Institute for Government. 2 gennaio 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.instituteforgovernment.org.uk/explainers/brexit-transition-period
34. *Costituzione della Repubblica italiana*. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.cortecostituzionale.it/documenti/download/pdf/Costituzione_della_Repubblica_italiana.pdf
35. Rawls J. *Political Liberalism*. Columbia University Press; 1993.
36. Tocqueville A de. *De la démocratie en Amérique*. 1835.

37. Rawls J. *Justice as Fairness: A Restatement*. (Kelly E, a c. di). Belknap Press of Harvard University Press; 2001.

19

Miniere e virus

Uscito il 18 marzo 2026

AL BANCONE

Ogni mattina, prima ancora che il cervello si accenda davvero, la tua mano sa già cosa fare: quel gesto automatico che facciamo tutte e tutti, più o meno. No, non parlo di onanismo. Ogni mattina la tua mano tocca lo schermo. Il telefono sul comodino è caldo di sonno e di notifiche; vibra, illumina una stanza, promette meraviglie, novità, connessioni. Sembra magia: un rettangolo liscio che contiene mappe, banche, amici, lavoro, memoria. Un'estensione della nostra mente, dice qualcuno. Eppure la magia moderna – se la guardi abbastanza a lungo – ha sempre un retrobottega.

Lì dietro, il mondo non è silenzioso. C'è rumore di roccia e di metallo, odore di polvere e di sudore. È fatto di terre scavate, di pietre frantumate, di tunnel bui in cui l'aria cambia sapore. È fatto anche di animali: tipo i pipistrelli, che per milioni di anni hanno abitato grotte e cavità senza che nessuno li chiamasse «serbatoi». Sono loro che, in certe regioni dell'Africa, portano – senza ammalarsi – un virus capace di spezzare la trama del corpo umano: Marburg, un filovirus parente stretto dell'Ebola.[1,2]

In questa storia, la tentazione è fare un salto narrativo troppo comodo: dalla miniera al virus, dal virus al nostro pollice, come se ci fosse un filo lineare, una colpa perfetta, un colpevole unico. Ma la realtà non funziona così. La realtà è fatta di concatenazioni, sì – ma non di colpi di teatro narrativamente perfetti nella loro semplicità. Vi chiedo quindi la pazienza di

seguire con cura i fili e le implicazioni che oggi voglio provare a dipanare. Proprio per questo, quando un focolaio appare, la domanda non è tanto il semplice «di chi è la colpa?», quanto piuttosto il più complesso «che tipo di mondo stiamo costruendo, se i suoi benefici richiedono contatti sempre più intimi tra corpi sfruttati, habitat feriti e agenti patogeni pronti a saltare specie? E che ruolo abbiamo noi tutte e tutti in questi processi?».

Il concetto di One Health, in fondo, nasce per non farci barare: per ricordarci che la salute non è una faccenda solo umana. La nostra salute dipende da quella degli animali con cui condividiamo il pianeta, e da quella degli ecosistemi in cui viviamo. Virus che saltano di specie, antibiotico-resistenze che crescono anche negli allevamenti, aria e acqua che trasportano malattie: la biologia non rispetta i confini disciplinari né quelli politici.[3] Per questo One Health è diventato negli ultimi anni un paradigma centrale nella sanità globale: un approccio che chiede a medicina, veterinaria, ecologia e salute pubblica di pensare insieme problemi che in realtà sono sempre stati intrecciati. In altre parole: salute umana, salute animale e salute degli ecosistemi non sono tre capitoli separati, ma un'unica pagina scritta con inchiostri di colore diverso.[4] E allora il telefono sul comodino diventa una domanda. Non tecnica, non nostalgica: morale.

Questa, quindi, è una storia su cosa succede quando scopriamo che la salute non è solo una faccenda umana.

COM'È ANDATA

Il 27 settembre 2024 il Ruanda dichiara l'inizio dell'epidemia di Marburg, e i miei amici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità lo registrano.[5] A fine ottobre, la conta è chiara: 66 casi confermati, 15 morti.[5] Un dettaglio cambia la percezione: non è un focolaio «lontano» nel senso classico con cui l'immaginario occidentale tratta le febbri emorragiche – non un villaggio isolato, non un confine di foresta, sperso in fondo al culo del mondo, qualcosa che non ci riguarda e non ci interessa (mona). È una città, Kigali, e soprattutto due ospedali urbani: quasi l'80% dei casi confermati è tra operatori sanitari.[5] Questo non rende la storia meno «zoonotica»; la rende più moderna. È la fotografia di un doppio movimento: l'evento iniziale, e poi la propagazione nel luogo deputato alla cura, dove il contatto con fluidi corporei e procedure invasive può trasformare una scintilla in catena di trasmissione se l'infezione non viene riconosciuta abbastanza presto e se le misure di controllo non sono immediatamente rigorose.[1]

La trasmissione di Marburg tra esseri umani avviene principalmente attraverso contatto diretto con sangue e altri fluidi corporei, o con superfici

contaminate; e i riti funebri con contatto con il corpo possono amplificare l'epidemia. L'incubazione varia tipicamente tra 2 e 21 giorni.[1] I sintomi iniziali sono spesso improvvisi e violenti: febbre alta, mal di testa intenso, dolori muscolari e una forte spossatezza. Nel giro di pochi giorni possono comparire vomito, diarrea, dolore addominale e, nei casi più gravi, manifestazioni emorragiche interne ed esterne, segno di un danno sistemico ai vasi sanguigni e agli organi. La malattia può precipitare in gravi perdite di sangue e shock, con tassi di mortalità che in alcune epidemie hanno superato l'80%.[6] Insomma, non una passeggiata.

Non esistono, ad oggi, vaccini o terapie «definitivamente» approvati a livello globale specificamente contro Marburg, anche se candidati e trattamenti sperimentali sono stati usati in contesti emergenziali e di studio clinico.[1,7] (Questo è uno dei punti in cui la medicina contemporanea mostra due facce: la vulnerabilità all'inizio, e poi una capacità crescente di risposta – se le risorse arrivano in tempo.)

A questo punto, nel ricostruire i fili della nostra storia, vi devo confessare una tentazione. Il *Guardian*, citando il Rwanda Biomedical Center, il centro sanitario nazionale ruandese, scrive che il focolaio sarebbe partito da una miniera di stagno alla periferia di Kigali, e nomina perfino la società che gestisce il sito.[2] Stagno. Lo stesso che sta nelle saldature del telefono che avete in mano.[8] È il colpo di teatro perfetto, quello da cui vi ho messo in guardia all'inizio: miniera, virus, pollice, tutto in fila. E ha pure una fonte seria. Proprio per questo va maneggiato con le pinze. Le fonti primarie dicono meno. Dicono che l'indagine epidemiologica è «altamente suggestiva» di un'origine zoonotica (cioè iniziata da un contagio animale), probabilmente dovuta all'esposizione a pipistrelli della frutta egiziani (Rousettus aegyptiacus) in un sito minerario.[7] Il Disease Outbreak News dell'OMS, nel bilancio di fine epidemia (20 dicembre 2024), parla di una fonte riportata come zoonotica, collegata a esposizione in una grotta abitata da pipistrelli della frutta; e aggiunge che sono state attivate attività di sorveglianza tra minatori che lavorano in quelle cavità.[1] Sono due formulazioni compatibili, e nessuna delle due nomina il minerale; l'articolo scientifico, anzi, chiama il sito «rurale». La miniera di stagno può darsi che sia vera. Ma fra un tunnel vicino a Kigali e il vostro telefono la filiera non l'ha ricostruita nessuno, in questa storia, e nemmeno io: il filo dritto lo vorremmo noi, non lo mostrano i fatti. La verità verificabile è: l'ipotesi più sostenuta è uno spillover associato a un habitat di pipistrelli in un contesto sotterraneo frequentato da umani, probabilmente a scopo di

estrazione mineraria, con successiva amplificazione soprattutto in ambito ospedaliero.[7]

Il 20 dicembre 2024 il Ministero della Salute ruandese dichiara la fine dell'epidemia dopo 42 giorni senza nuovi casi confermati (due periodi di incubazione, contati dal secondo test negativo dell'ultimo paziente, il 7 novembre), seguendo le raccomandazioni OMS; l'ultimo caso confermato risale al 30 ottobre.[1] Ma l'OMS insiste su un punto che spesso, nella nostra fame di «finali», viene rimosso: anche dopo la dichiarazione di fine focolaio, il rischio di ri-emergenza non va a zero – sia per la persistenza virale in alcuni fluidi corporei di persone guarite, sia per la presenza del serbatoio animale.[1] L'epidemia finisce; la vulnerabilità, no. Nota a margine – sulla questione del salto di specie e delle dinamiche delle zoonosi vi raccomando il video sull'influenza aviaria di Entropy for Life.[9]

Poi, pochi mesi dopo, gennaio 2025: la Tanzania. Il 13 gennaio l'OMS avvisa gli Stati membri di segnalazioni credibili di casi sospetti nella regione di Kagera: i primi report parlano di sei persone colpite e cinque decessi.[10] Il 20 gennaio 2025 le autorità della Tanzania dichiarano l'epidemia; a febbraio, nel Disease Outbreak News di aggiornamento, il bilancio ufficiale segnala 2 casi confermati e 8 probabili, tutti morti, e una ricerca ancora in corso della fonte d'infezione.[11] Il Centers for Disease Control and Prevention, in una pagina di bilancio successiva, riassume l'evento indicando 10 decessi tra casi confermati e probabili e la chiusura dell'epidemia dopo 42 giorni dall'ultimo caso, secondo lo standard.[12]

Marburg ha una storia contorta e strisciante che assomiglia alla mappa di una cavità ipogea. Il CDC, nella cronologia degli outbreak, ricorda il grande focolaio 1998–2000 a Durba, nella Repubblica Democratica del Congo: in quel caso l'epicentro era un'area mineraria aurifera con molti casi tra giovani minatori maschi (154 casi, 128 morti, letalità ~83%).[13] Poi arriva l'Uganda nel 2007, con un piccolo focolaio tra giovani che lavoravano in una miniera di piombo e oro.[13] E poi arrivano i casi «importati» del 2008, legati a una grotta nella foresta di Maramagambo, ai margini del Queen Elizabeth National Park: viaggiatori che visitano una cavità, tornano a casa, e il virus attraversa la frontiera. Non quella tra due stati africani, ma quella molto più ampia del traffico globale: una turista rientra nei Paesi Bassi, un altro viaggiatore negli Stati Uniti, e la storia di una grotta piena di pipistrelli arriva improvvisamente nei reparti di malattie infettive europei e americani.[13–15]

Su questo punto la letteratura scientifica è ancora più eloquente: nello studio su Python Cave (Uganda), pubblicato su *PLOS Pathogens*, i ricercatori

descrivono un'enorme colonia di Rousettus aegyptiacus e mostrano che una quota della colonia risulta «attivamente infetta» in ogni momento, con picchi stagionali e con una somiglianza genetica tra virus isolati dai pipistrelli e quelli trovati in turisti infettati dopo la visita.[15] Questa è ecologia applicata alla medicina, e suggerisce una realtà spiacevole: certi luoghi – grotte, miniere, cavità – non sono solo geologia; sono infrastrutture biologiche in cui l'umano entra, a volte per diletto, a volte per i minerali, e a volte paga un prezzo.

Fin qui, i fatti. Ora, la domanda: perché quei luoghi esistono, perché li frequentiamo sempre di più, e cosa c'entra con il telefono sul comodino?

Ogni volta che diciamo «tecnologia», spesso intendiamo un'esperienza: velocità, connessione, efficienza, possibilità di fare cose che ieri ci sembravano impensabili – sapete, sono nato nel 1987 e mi ricordo bene come fosse la vita pre-smartphone, e se è per questo, anche pre-telefono cellulare, adolescenze in bici con una scheda telefonica in tasca e i numeri degli amici a memoria. Ma la tecnologia è anche, banalmente, chimica e metallurgia. È stagno che diventa saldatura, tantalio che diventa condensatore, tungsteno che diventa filo ed elettrodo; è oro che diventa contatto.[8] Non serve trasformare la materia in mitologia: basta ricordare che lo smartphone è un oggetto chimico prima che un oggetto sociale. Il linguaggio industriale chiama tutto questo «catena del valore». Eppure, guardata da una prospettiva One Health, la stessa catena è anche una catena di contatti: tra umani e suolo, tra foreste e villaggi, tra fauna selvatica e lavoro.

Qui entra un fatto strutturale: molte aree del bacino dei Grandi Laghi africani ospitano miniere artigianali e semi-industriali dove, per centinaia di migliaia di persone, l'estrazione è sussistenza – da quel lavoro, da quei minerali che noi consumiamo nei nostri prodotti tecnologici, dipende la loro esistenza. Un report dell'OCSE basato su mappature sul terreno (IPIS) descrive l'estrazione artigianale nell'est della Repubblica Democratica del Congo come attività economica centrale per centinaia di migliaia di persone, e mostra come la questione non sia solo minerale, o epidemiologica: la presenza di attori armati, interferenze, tassazioni illegali e dinamiche criminali fanno parte del paesaggio in molte aree aurifere e in alcuni distretti dei «3T» (stagno, in inglese «tin», tungsteno, e tantalio).[16] La stessa fonte segnala percentuali elevate di siti auriferi con presenza di gruppi armati o forze di sicurezza, e ricorda che la «militarizzazione» non è un sinonimo perfetto di «interferenza», ma spesso le due cose si accompagnano.[16]

È importante dirlo con onestà: questa non è una storia semplice del tipo «coltan-smartphone-guerra». È più sporca, più contraddittoria. Le riforme

che richiedono la tracciabilità delle attività estrattive possono ridurre alcuni rischi in alcune filiere, ma spostare pressioni altrove; l'estrazione può migliorare redditi, creare lavoro, produrre ricchezza, e, allo stesso tempo, creare sfruttamento, ingiustizia, crudeltà, rischi infettivi e degrado ambientale. Il report OCSE, ad esempio, descrive un movimento di lavoratori dall'estrazione di minerali 3T verso l'oro – e nota come questo abbia implicazioni per il finanziamento di gruppi armati e reti criminali, dato che l'oro, per molte ragioni, è più difficile da tracciare e più facile da monetizzare.[16]

E poi c'è la terra. Uno dei concetti più difficili da accettare, nell'era della digitalizzazione globalizzata, è che l'infrastruttura non è solo un «cloud» pulito e largamente astratto: è foresta, è fango, è strada. Un articolo su *Nature Sustainability* (Ladewig et al., 2024) mostra – con metodi quantitativi e dati spaziali – che l'estrazione artigianale nell'est della Repubblica Democratica del Congo può innescare attività di deforestazione ben oltre il perimetro fisico delle miniere, soprattutto attraverso l'espansione di agricoltura e insediamenti attorno ai siti ed ai villaggi minerari (del resto chi scava mangia, no?). In altre parole: una miniera non scava solo la roccia, attira comunità, ridisegna il territorio, altera la geografia fisica, economica, politica, umana.[17] Questo è un concetto chiave per capire cosa significhi veramente One Health, perché parla di come cambiano i contatti tra noi sapiens e gli altri animali. Non «le miniere causano le epidemie». Più precisamente: le miniere possono cambiare le geometrie di coabitazione tra umani, animali e agenti patogeni, aumentando (in certe condizioni) le occasioni di spillover.

Qui la letteratura sulle malattie emergenti mette alcuni paletti fondamentali. Il lavoro di Kate Jones e colleghi (2008) mostra che la maggior parte degli eventi di malattie infettive emergenti nel loro database è zoonotica e che una quota consistente origina nella fauna selvatica, e che la loro emersione è legata a fattori socio-economici ed ecologici, a partire dalla densità della popolazione umana e dalla ricchezza di fauna.[18] Il lavoro di Tim Allen e colleghi (2017) discute gli hotspot delle zoonosi emergenti, in un quadro in cui uso del suolo, biodiversità e pressione antropica entrano nella stessa equazione.[19] E l'IPBES, nel suo Executive Summary sul nesso biodiversità-pandemie, formula un passaggio che è difficile ignorare: le pandemie nascono da microbi diversi presenti in serbatoi animali, ma la loro «emersione» è guidata da attività umane; le cause di fondo includono cambiamenti d'uso del suolo, espansione e intensificazione agricola e commercio/consumo di fauna.[20]

Ancora: questo non equivale a dire che ogni telefono «produce» un'epidemia. Sarebbe falso e moralisticamente pigro. Vuol dire che, quando acceleriamo l'estrazione e cambiamo paesaggi, ignorando l'impatto delle nostre attività, stiamo anche ricablando le probabilità: più contatto, più interfacce, più opportunità per un salto di specie.

I nani scavano troppo a fondo e svegliano il Balrog. Noi scaviamo troppo a fondo e svegliamo qualcos'altro. Non demoni di fuoco – ma virus che da milioni di anni vivono in equilibrio dentro altri animali. Quando cambiamo troppo in fretta le condizioni ecologiche, quando portiamo corpi umani dove prima c'erano solo pipistrelli, foreste o grotte... stiamo facendo qualcosa di molto simile: stiamo scavando troppo a fondo. E sappiamo tutti com'è finita a Moria (ok, perdonate il momento nerd).

Gandalf a parte, che smanacciare troppo in fretta e troppo in profondità con i nostri ecosistemi non sia una buona idea lo dice, in modo prudente ma esplicito, anche un documento congiunto OMS-CBD, cioè dell'**Organizzazione Mondiale della Sanità** e della **Convenzione delle Nazioni Unite sulla Diversità Biologica**, l'accordo internazionale che coordina le politiche globali sulla biodiversità: i cambiamenti d'uso del suolo – tra cui, nominata senza giri di parole, l'attività mineraria – sono indicati tra le concause principali delle malattie emergenti; e le malattie emergenti nascono tipicamente dalla combinazione di pressioni ecologiche, sociali ed economiche, non da un singolo fattore isolato.[21,22]

A questo punto torna il Ruanda. È un paese spesso descritto come snodo commerciale e logistico nella regione; e, nel discorso pubblico, è anche presentato come un attore importante nelle filiere dei minerali 3T.[23] Ma qui serve la stessa cautela che abbiamo usato per l'origine del focolaio: i flussi di minerali sono difficili da misurare e, nelle aree di confine tra Ruanda e Repubblica Democratica del Congo orientale, segnate da miniere artigianali, gruppi armati e reti commerciali informali, possono esserci discrepanze tra produzione dichiarata ed export, oltre a rischi di contrabbando e «ri-etichettatura» dei materiali. Alcuni rapporti delle Nazioni Unite e analisi economiche hanno più volte segnalato che parte dei minerali estratti nell'est della RDC può transitare attraverso paesi vicini – tra cui il Ruanda – prima di entrare nelle catene di approvvigionamento internazionali. Per questo, quando si parla di minerali «che arrivano dall'est della Repubblica Democratica del Congo», è più corretto parlare di probabilità documentate e di allerta istituzionali (rapporti ONU, inchieste investigative, analisi economiche), non di automatismi.[16,23,24]

Ed ecco il punto narrativo che non è retorica: quello che chiamiamo «filiera» è, letteralmente, anche un percorso fisico che attraversa corpi vivi. Il pipistrello. Il minatore. L'infermiere. Il paziente. Il consumatore. La catena del valore della tecnologia, vista da vicino, somiglia a una catena di conseguenze.

IL NODO

One Health non è uno slogan «carino»: è un tentativo di disciplina morale applicata. Ti costringe a non guardare solo l'esito finale («io ho un telefono, quindi sto meglio»), ma anche le connessioni laterali: chi sopporta il rischio, chi incassa il beneficio, chi resta invisibile.

C'è una ragione per cui, nel Disease Outbreak News di fine epidemia in Ruanda, l'OMS ribadisce che le persone si infettano «dopo prolungata esposizione a miniere o grotte» abitate da colonie di pipistrelli, e che poi il virus può essere amplificato da contatti umani e dal contesto sanitario.[1] Non è un dettaglio tecnico: è un promemoria ontologico. Le nostre attività economiche non stanno «accanto» alla natura; ci entrano dentro.

E proprio perché ci entrano dentro, serve un'etica che non sia soltanto – per usare un termine brutale – «pragmatica». Su questo, Zohar Lederman e Benjamin Capps intervengono in modo interessante nel dibattito su One Health: osservano che molta letteratura One Health è dominata dal pragmatismo e sostengono l'utilità di articolare una teoria normativa più chiara (e più onesta) per guidare scelte difficili (per esempio quando i conflitti tra interessi umani, animali ed ecosistemi diventano immediati).[25] È un passaggio cruciale per la nostra storia, perché la questione «miniere-spillover-tecnologia» è esattamente una di quelle aree dove il pragmatismo tende a ridursi a gestione del danno: rispondiamo quando il virus emerge; investiamo in vaccini; potenziamo i reparti. Tutto necessario. Ma IPBES (la piattaforma scientifica delle Nazioni Unite che valuta lo stato della biodiversità globale) sottolinea che l'approccio «business as usual» basato soprattutto su contenimento dopo l'emersione è insufficiente, e che ridurre i fattori di rischio richiede trasformazioni – anche nei modelli di consumo.[20]

Qui entra una parola che in italiano ha un sapore quasi letterario: eterogenesi dei fini. È il nome dato a una logica che produce conseguenze non intenzionali – spesso opposte allo scopo dichiarato.[26] Gli esempi non mancano. Costruiamo autostrade per ridurre il traffico, e qualche anno dopo scopriamo che il traffico è aumentato perché più persone hanno iniziato a usarle.[27] Introduciamo pesticidi per proteggere i raccolti, e nel

tempo selezioniamo insetti sempre più resistenti. Prescriviamo antibiotici per salvare vite, e dopo qualche decennio ci troviamo di fronte al problema globale dell'antibiotico-resistenza.[28] Mezzi razionali, intenzioni sensate, risultati che cambiano il quadro in modo imprevisto. Marco Revelli usa questo concetto nel suo ragionare sulle contraddizioni tra mezzi e fini nella modernità politica e produttiva: l'idea che strumenti ritenuti «razionali» finiscano per divorare il fine, consumandone credibilità e senso.[29,30] In forme estreme, questa logica è stata usata anche per interpretare fenomeni storici terribili – come i sistemi burocratici che hanno reso possibile lo sterminio industriale nel Novecento, analizzati in modo celebre da Zygmunt Bauman.[31]

Ora proviamo a guardare la nostra storia con questa lente: i dispositivi riducono attriti, rendono tutto più fluido, connesso, accessibile, luccicoso. Ma l'eterogenesi dei fini, qui, è inquietante: l'obiettivo dichiarato (connessione, efficienza, ottimizzazione) può generare una scia di effetti collaterali – deforestazione innescata dall'estrazione, spostamento di comunità, contatti più frequenti tra umani e fauna, rischi sanitari sul lavoro, e (in certe condizioni) probabilità maggiori di spillover.[17,19] La struttura materiale che sostiene la tecnologia può contribuire a un ambiente più favorevole all'emergere di eventi epidemici.[20]

E allora, in un approccio One Health, la domanda etica non è soltanto «come curiamo Marburg?» – che onestamente non è un granché come domanda etica. È: «come ci rapportiamo ai luoghi e alle persone che rendono possibile la nostra vita digitale? Come bilanciamo l'innegabile comodità affascinante della tecnologia che usiamo tutte e tutti, anche io ora per scrivere questo capitolo, con le conseguenze che si porta dietro?». Tradotto: l'etica non può essere un tribunale che cerca un colpevole unico. Deve essere una pratica di visibilità, di chiarificazione valoriale, e quindi di accountability: rendere visibili concatenazioni, distribuzioni di rischio, asimmetrie. Ragionare su quali sono le esistenze e le cose di cui dovremmo prenderci cura (idealmente non solo su basi pragmatiche, per togliere i nostri culi dalle pedate), e chiamare a rispondere chi ignora o tradisce questi valori.

Mi permetto qui una breve stoccata alla bioetica mainstream, che negli ultimi decenni si è progressivamente ristretta fino a coincidere quasi del tutto con l'etica biomedica. Intendiamoci: l'etica clinica è importantissima. Decidere su trapianti, fine vita, sperimentazione, consenso informato – sono questioni serie, concrete, difficili. Ma quando la bioetica diventa soltanto questo, succede una cosa curiosa: passiamo moltissimo tempo a

discutere come gestire moralmente le conseguenze, e pochissimo tempo a discutere le strutture che producono quei problemi.

È un po' come fare etica della chirurgia senza fare etica di chi continua a produrre le ferite. Discutiamo il consenso per un trapianto, ma molto meno le condizioni sociali ed ecologiche che fanno ammalare le persone. Discutiamo la sperimentazione clinica, ma molto meno le filiere economiche che determinano quali malattie vengono studiate e quali restano invisibili.

Se prendiamo sul serio un approccio One Health – e, più in generale, una bioetica che abbia il coraggio di guardare il mondo intero e non solo il letto d'ospedale – allora la domanda etica deve allargarsi. Non solo: «come trattiamo un paziente?». Ma anche: quali sistemi producono quei pazienti? quali economie producono quei rischi? quali infrastrutture producono quelle malattie?

INTANTO, DA NOI

Ci sono due modi sbagliati di ascoltare questa storia. Il primo è cinico: «succede sempre in Africa», come se fosse un rumore di fondo e non un campanello. Il secondo è moralista: «allora spegniamo tutto e torniamo alle candele». Entrambi sono fuga.

I fatti, invece, mostrano qualcosa di più utile e più scomodo. Primo: le epidemie non sono più confinabili nell'immaginario dell'«altrove». I casi importati legati a visite in grotte hanno già mostrato, negli anni, come una cavità possa diventare un corridoio.[13] Secondo: proprio perché l'outbreak ruandese si è sviluppato in un contesto urbano e sanitario, ha messo al centro un nervo scoperto universale: la protezione degli operatori sanitari e l'infrastruttura di controllo infezioni. Quando quasi l'80% dei casi colpisce health workers, non c'è retorica che tenga: è la cura che rischia di diventare contagio, ed è un punto di collasso sociale.[5] Terzo: dopo la «fine» ufficiale, restano code biologiche e sociali – persistenza virale, necessità di programmi per guariti, supporto psicosociale, sorveglianza.[1]

La responsabilità, quindi, è multilivello. A livello istituzionale e industriale, esistono strumenti: la Due Diligence dell'OCSE propone un framework in cinque step per gestire rischi nelle catene di fornitura di minerali da aree di conflitto o ad alto rischio – dalla costruzione di sistemi di gestione, all'identificazione e mitigazione dei rischi, fino ad audit indipendenti e reporting.[32] Questo non risolve il problema da solo, e non è «magia etica», ma serve a spostare la domanda da «abbiamo una filiera

pulita?» (spesso impossibile) a «abbiamo una filiera responsabile, tracciabile, migliorabile, e siamo disposti a pagarne i costi reali?».

A livello ecologico-sanitario, IPBES e OMS-CBD indicano una direzione coerente: ridurre i driver – uso del suolo, pressioni su habitat, interfacce ad alto rischio – non è solo conservazione, è prevenzione sanitaria.[20] Questo significa che «pandemic preparedness» non è soltanto stock di DPI e protocolli; è anche governance di territori, tutela di ecosistemi, protezione del lavoro, capacità di sorveglianza nelle comunità di frontiera. E qui One Health diventa giustizia: perché spesso chi vive più vicino alle interfacce di rischio è anche chi ha meno accesso a sistemi sanitari robusti e più vulnerabilità economiche – un punto che ricorre tanto nelle analisi globali quanto nei Q&A OMS-CBD.[21]

E noi, singoli? La responsabilità individuale, se resta isolata, diventa colpa sterile. Ma la consapevolezza individuale può diventare pressione collettiva: chiedere trasparenza, premiare imprese che investono seriamente in due diligence, sostenere regole pubbliche più stringenti, non romanticizzare la tecnologia come «immateriale». In questa storia, «accorgersene» è già una forma di prevenzione culturale: perché rende più difficile accettare come «naturale» che l'innovazione sia finanziata da estrazione senza tutele, e che la prevenzione sia delegata alla fortuna.

L'ULTIMO GIRO

Torniamo al comodino.

Il telefono è lì, come una piccola promessa domestica. È la prima luce che accendiamo, l'ultimo oggetto che tocchiamo. E dentro quella luce c'è un mondo che preferiamo non vedere: non perché sia «cattivo» in modo melodrammatico, ma perché è reale. Un mondo dove la connessione è un processo materiale, e la materialità ha costi.

Nel 2024, in Ruanda, il virus Marburg non è stato un mito: è stato un evento con numeri, nomi, ospedali, operatori sanitari colpiti.[5] Le indagini hanno suggerito – con la prudenza che la scienza impone – che l'inizio abbia avuto un contatto con pipistrelli in un luogo sotterraneo di estrazione o una grotta, e poi si sia amplificato nella rete della cura.[7] Nel 2025, in Tanzania, un altro allarme, un'altra corsa contro il tempo.[10]

È facile dire: «non è colpa nostra». Ed è vero – se per «colpa» intendiamo un gesto singolo, una scelta diretta, un dito puntato. Ma la domanda più onesta è un'altra: che cosa stiamo rendendo probabile, mentre inseguiamo ciò che desideriamo?

E qui sta il nodo: noi chiamiamo «smart» i dispositivi che ci connettono, ma ogni connessione nasce da una disconnessione – tra chi beneficia e chi si ammala, tra chi compra e chi scava, tra l'utente e il luogo da cui viene ciò che usa. Ci scandalizziamo per i virus «artificiali», ma fatichiamo a vedere quelli industriali: prodotti non da un laboratorio, ma dal modo in cui abitiamo la Terra, dal modo in cui spremiamo materia e tempo e corpi.

Allora la domanda non è solo: «può un virus nascere da una miniera?». La domanda è: può una tecnologia costruita su corpi esposti – umani e non umani – essere chiamata davvero intelligente?

Il telefono sul comodino resta lì. Non serve sentirsi in colpa. Serve accorgersene. E, una volta che te ne accorgi, diventa più difficile chiamare «incidente» la prossima epidemia. Diventa più facile riconoscerla per ciò che rischia di essere, se non cambiamo traiettoria: un aggiornamento di sistema.

Se questa storia ti ha fatto venire in mente quella sulla sperimentazione animale (nel capitolo 15, *La scienza non è vegan*), non è un caso. Qui, come sempre a **Bioetica da Bar**, il punto non è dirti cosa pensare. È rendere visibili le domande che normalmente restano fuori campo.

Se questo capitolo ti ha fatto vedere il telefono sul comodino in modo leggermente diverso, allora il lavoro è fatto.

E adesso sono curioso: la prossima volta che sblocchi lo smartphone al mattino... penserai anche alla miniera?

Bibliografia

1. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Marburg Virus Disease – Rwanda*. 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON548
2. Lay K, correspondent G health. 'Beware of the bat': how a mine in Kigali became the focus of Marburg virus research. *The Guardian*. 20 febbraio 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theguardian.com/global-development/2025/feb/20/beware-of-the-bat-how-a-mine-in-kigali-became-the-focus-of-marburg-virus-research
3. Van Boeckel TP, Brower C, Gilbert M, et al. Global trends in antimicrobial use in food animals. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2015;112(18):5649-5654. doi:10.1073/pnas.1503141112
4. Organizzazione Mondiale della Sanità. *One Health*. 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/one-health
5. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Marburg Virus Disease – Rwanda*. 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON543
6. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Marburg Virus Disease*. 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/marburg-virus-disease
7. Nsanzimana S, Remera E, Nkeshimana M, et al. Marburg Virus Disease in Rwanda, 2024 — Public Health and Clinical Responses. *N Engl J Med*. 2025;393(10):983-993. doi:10.1056/NEJMoa2415816
8. U.S. Geological Survey. *Mineral Commodity Summaries 2025*. 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://pubs.usgs.gov/periodicals/mcs2025/mcs2025-tin.pdf
9. *L'influenza Aviaria: tutto quello che devi sapere*. 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.youtube.com/watch?v=PZmTOf77Ri4

10. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Outbreak of Suspected Marburg Virus Disease – United Republic of Tanzania*. 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON552
11. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Marburg Virus Disease – United Republic of Tanzania*. 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON554
12. Centers for Disease Control and Prevention. Tanzania 2025. Marburg Virus Disease. 17 giugno 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.cdc.gov/marburg/outbreaks/tanzania-2025.html
13. Centers for Disease Control and Prevention. History of Marburg Outbreaks. Marburg Virus Disease. Consultato 14 ottobre 2026. https://www.cdc.gov/marburg/outbreaks/index.html
14. Timen A, Koopmans MPG, Vossen ACTM, et al. Response to Imported Case of Marburg Hemorrhagic Fever, the Netherlands. *Emerg Infect Dis*. 2009;15(8):1171-1175. doi:10.3201/eid1508.090015
15. Amman BR, Carroll SA, Reed ZD, et al. Seasonal Pulses of Marburg Virus Circulation in Juvenile Rousettus aegyptiacus Bats Coincide with Periods of Increased Risk of Human Infection. Kawaoka Y, a c. di. *PLoS Pathog*. 2012;8(10):e1002877. doi:10.1371/journal.ppat.1002877
16. OECD. *Mineral Supply Chain and Conflict Links in the Eastern Democratic Republic of Congo: Five Years of Implementing Supply Chain Due Diligence*. OECD; 2015. doi:10.1787/86e0c04b-en
17. Ladewig M, Angelsen A, Masolele RN, Chervier C. Deforestation triggered by artisanal mining in eastern Democratic Republic of the Congo. *Nat Sustain*. 2024;7(11):1452-1460. doi:10.1038/s41893-024-01421-8
18. Jones KE, Patel NG, Levy MA, et al. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*. 2008;451(7181):990-993. doi:10.1038/nature06536
19. Allen T, Murray KA, Zambrana-Torrelio C, et al. Global hotspots and correlates of emerging zoonotic diseases. *Nat Commun*. 2017;8(1):1124. doi:10.1038/s41467-017-00923-8
20. IPBES. *IPBES Workshop on Biodiversity and Pandemics: Executive Summary*. Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services; 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://files.ipbes.net/ipbes-web-prod-public-files/2020-10/IPBES%20Pandemics%20Workshop%20Report%20Executive%20Summary%20Final.pdf
21. Organizzazione Mondiale della Sanità, Segretariato della Convenzione sulla Diversità Biologica. *Biodiversity & Infectious Diseases: Questions & Answers*. 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/docs/default-source/climate-change/qa-infectiousdiseases-who.pdf?sfvrsn=3a624917_3
22. Organizzazione Mondiale della Sanità, Segretariato della Convenzione sulla Diversità Biologica. *Connecting Global Priorities: Biodiversity and Human Health. A State of Knowledge Review*. World Health Organization; 2015. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.cbd.int/health/SOK-biodiversity-en.pdf
23. Global Witness. *The ITSCI Laundromat: How a Due Diligence Scheme Appears to Launder Conflict Minerals*. 2022. Consultato 16 ottobre 2026. https://globalwitness.org/en/campaigns/transition-minerals/the-itsci-laundromat/
24. Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite. *Final Report of the Group of Experts on the Democratic Republic of the Congo*. 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/final-report-group-experts-democratic-republic-congo-s2024432-enarruzh
25. Lederman Z, Capps B. One health ethics: a response to pragmatism. *J Med Ethics*. 2020;46(9):632-633. doi:10.1136/medethics-2019-105859
26. eterogenesi. In: *Vocabolario*. Treccani. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.treccani.it/vocabolario/eterogenesi/
27. Duranton G, Turner MA. The Fundamental Law of Road Congestion: Evidence from US Cities. *American Economic Review*. 2011;101(6):2616-2652. doi:10.1257/aer.101.6.2616
28. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Antimicrobial Resistance*. 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance
29. Revelli M. *Oltre il Novecento. La politica, le ideologie e le insidie del lavoro*. Einaudi; 2001.

30. Vecchi B. Eterogenesi del militante senza volontà. *il manifesto*. 14 febbraio 2001. Consultato 16 ottobre 2026. https://ilmanifesto.it/archivio/2001002357
31. Bauman Z. *Modernity and the Holocaust*. Polity; 1989.
32. OECD. *OECD Due Diligence Guidance for Responsible Supply Chains of Minerals from Conflict-Affected and High-Risk Areas: Third Edition*. OECD Publishing; 2016. doi:10.1787/9789264252479-en

20

La fossa della disperazione

Uscito il 1 aprile 2026

AL BANCONE

Anni Cinquanta. Wisconsin. Un laboratorio universitario tranquillo come tanti, pieno di gabbie e di scimmie. Harry Harlow, professore di psicologia, ha un'idea che sembra quasi ovvia, quasi banale, eppure spaventosamente sfidante. Harlow vuole capire cos'è l'amore.

Non l'amore romantico, rassicuratevi. L'amore primario. Quello che passa tra una madre e il suo cucciolo. Quello che costruisce, o distrugge, tutto il resto.

Per studiarlo, separa i cuccioli di macaco rhesus dalle loro madri subito dopo la nascita. I macachi, per chi non lo sapesse, sono un genere di primati del Vecchio Mondo con cui la scienza è parecchio in debito.[1] Ecco, dicevo, Harlow prende questi cuccioli di macaco e li fa crescere in gabbie dotate di due oggetti: una «madre» di ferro, fredda e dura, ma dotata di un biberon. E una «madre» di morbida stoffa di spugna, calda al tatto, ma senza cibo.[2,3]

Questa l'ho rubata a mia nipote che a sua volta l'ha rubata alla nonna – continuo a pensare che probabilmente se la nonna avesse avuto accesso a primati in carne ed ossa io non sarei mai esistito. Volete regalarvi un brivido esistenziale? Studiate le interazioni tra vostra madre e i grandi primati antropomorfi. Ma questa è un'altra storia.

La domanda a cui Harlow vuole rispondere, con i suoi cuccioli di macaco e con le sue madri-surrogato, è abbastanza intrigante: a chi si attaccheranno i piccoli? All'una che nutre, o all'altra che conforta?

Sono certo che state già ipotizzando una risposta, altrimenti non sareste qui. Ve la svelo, perché il punto non è tanto il risultato, quanto quello che significa per noi.

Le scimmie si aggrappano alla madre di stoffa. Passano ore abbracciate alla morbidezza inutile, correndo da quella di ferro solo il tempo necessario a succhiare un po' di latte, per poi tornare. Il latte lo prendono tutte, e crescono come le altre. Ma l'affetto lo danno alla stoffa.[2,3]

Si attaccano a chi conforta, non a chi nutre. Tenete questa frase da parte, perché ci torniamo.

Ma Harlow non si ferma qui. Nel suo tentativo di studiare e descrivere le emozioni primarie combina parecchie altre cosucce, diverse delle quali piuttosto spiacevoli. Allacciate le cinture: la destinazione, spoiler, è un posto parecchio tetro.

COM'È ANDATA

L'eroe di oggi si chiama Harry Harlow. Nato nel 1905, era uno psicologo americano dell'Università del Wisconsin-Madison. Di professione, studiava i primati. Di vocazione – anche se lui non l'avrebbe mai detto così – studiava l'amore. È considerato uno dei cento psicologi più eminenti del Novecento, e il suo paper del 1958, *The Nature of Love*, è tra i più citati nella storia della psicologia.[2,4] Era anche, a seconda di chi lo racconta, un uomo difficile o uno dei professori più amati del campus: la sua assistente lo ricorda alla mano, senza pose, spiritoso.[5] Soffriva di depressione.[5] Questo, come vedremo, non è un dettaglio irrilevante.

Harlow era convinto che i modelli animali fossero lo strumento giusto per capire la psicopatologia umana. Negli anni Sessanta, la depressione era ancora una condizione controversa, sospesa tra la psicanalisi e la neurologia, difficile da misurare, difficile da replicare in laboratorio. Harlow voleva costruire un modello sperimentale affidabile. Un animale depresso, certificato, riproducibile. Perché un animale? Beh, dopo il processo di Norimberga, in particolare dopo il processo ai medici nazisti, farlo sulle persone pareva bruttarello. Non che si sia smesso, eh. Di Tuskegee parlo nel capitolo 27, *Sangue cattivo*, di Willowbrook nel capitolo 34, *Piccole cavie*: cosucce allegre decisamente post-belliche, e decisamente disumane.

Il problema di studiare la depressione su modelli animali era la lentezza. L'isolamento sociale parziale richiedeva mesi per produrre effetti stabili. Ci voleva qualcosa di più efficiente.

Così Harlow, insieme al suo allievo Stephen Suomi, progettò quello che chiamò – con la sua consueta allergia alla diplomazia – la *pit of despair*: la fossa della disperazione. Il nome tecnico era *vertical chamber*, ma solo – scrissero – «per chi trova psicologicamente inaccettabile il termine "fossa"». Avevano scelto quel nome perché i depressi dicono di sentirsi sprofondati in un pozzo di solitudine e disperazione.[5,6]

La struttura era semplice. Una vaschetta di acciaio inossidabile, con le pareti inclinate verso l'interno e il fondo a mezzo cilindro, per impedire che l'animale si arrampicasse. Un pavimento a griglia, per la gestione dei rifiuti. Una copertura di rete o di plexiglas. Cibo e acqua garantiti.[6]

Le scimmie messe nella fossa – animali fra i sei mesi e l'anno, cresciuti in gabbia – non potevano uscirne: le pareti erano fatte apposta. Finivano accucciate in fondo alla vaschetta. Non si muovevano più. Si abbracciavano da sole.[5–7]

Trenta giorni nella fossa erano sufficienti per indurre una sindrome depressiva stabile. Le scimmie estratte dall'apparato non recuperavano da sole. Non giocavano. Evitavano ogni interazione sociale. Mostravano quello che Harlow chiamava, senza troppe metafore, *anomalie comportamentali*: dondolii ripetitivi, autoabbracci, isolamento volontario.[5,7] Per farle tornare quasi normali ci vollero altre scimmie, più giovani, «terapeute». E Harlow, che per anni aveva detto impossibile il recupero, scrisse di esserne uscito «ridimensionato e istruito».[5]

Harlow scrisse: «Non abbiamo chiesto ai nostri soggetti se si sentissero impotenti e/o senza speranza, ma la loro postura e la mancanza di attività sembravano indicare un atteggiamento di "resa"».[5,7] *Sembravano. Eccerto.*

Il laboratorio del Wisconsin produsse anche altri strumentucci carini: il *tunnel of terror* – un passaggio in cui si scatenava un giocattolo meccanico spaventoso verso l'animale già depresso, per «intensificare» la sintomatologia – e vari modelli di madri abusive, macchine progettate per respingere, scuotere, colpire i cuccioli che cercavano conforto.[5] Harlow le chiamava *iron maidens*: un doppio riferimento, alla vergine di ferro medievale e alle madri surrogate che aveva già costruito in precedenza. Il nome non era scelto a caso.

I colleghi protestarono. Gli attivisti per i diritti animali iniziarono a farsi sentire. Il *Laboratory Animal Welfare Act* era appena passato nel 1966, ma il movimento non aveva ancora la voce e la capacità organizzativa per

fermare questo tipo di ricerche.[5] La critica si consolidò negli anni Settanta, quando la comunità scientifica stessa iniziò a chiedersi se quelle immagini – i macachi rannicchiati, i macachi che si mordevano – valessero davvero i risultati ottenuti. Era esattamente il clima che, una decina d'anni prima, aveva spinto Russell e Burch a formulare le 3R – rimpiazzare, ridurre, raffinare – il tentativo di rendere la sperimentazione animale almeno moralmente tollerabile, seppur non innocente.[8] Come è andata a finire quella storia lo racconto nel capitolo 15, *La scienza non è vegan*.

Harlow morì nel 1981. Aveva sofferto di depressione per tutta la vita. Nel 1968 era stato ricoverato alla Mayo Clinic per un trattamento con elettroshock.[5] C'è qualcosa di profondamente ambivalente in un uomo che ha dedicato decenni a costruire la depressione negli altri, mentre portava dentro di sé qualcosa che assomigliava esattamente a quello che studiava.

Non lo dico per psicanalizzare i morti. Lo dico perché questa storia è piena di specchi.

IL NODO

La domanda più interessante che ti salta in faccia quando guardi gli esperimenti di Harlow non è, come spesso si crede, semplicemente: «si poteva fare in modo diverso?» Sì, col senno di poi, del quale sono proverbialmente piene le fosse.

È una domanda più difficile: quanto dolore siamo disposti a infliggere per capire il dolore?

Harlow aveva ragione su una cosa: i suoi esperimenti hanno rivoluzionato la psicologia dello sviluppo. Prima di lui, la teoria dominante – il comportamentismo – sosteneva che l'attaccamento infantile fosse una risposta condizionata al cibo. La madre è importante perché nutre. Il calore è un effetto collaterale. Harlow dimostrò il contrario: il contatto, la morbidezza, il calore sono bisogni primari indipendenti dalla nutrizione.[2,3] Quella ricerca ha dato forza, dal laboratorio, a quello che Bowlby e Spitz vedevano nei bambini degli ospedali e degli orfanotrofi: le cure fisiche da sole non bastano.[5,9] Ci ha reso collettivamente migliori, più attenti ai bisogni dei bambini e più capaci di rispondervi correttamente, con gli strumenti giusti.

Il problema è che la fossa della disperazione era un salto ulteriore, con una logica propria. Gli esperimenti delle madri surrogate – crudeli, sì, ma con un obiettivo definito – avevano dimostrato che il contatto è un bisogno primario. La fossa non cercava di capire l'attaccamento: cercava

di costruire la depressione. Non studiare la privazione, ma *produrre* deliberatamente la psicopatologia nel modo più rapido possibile.

Qui entra in campo una distinzione bioetica che vale la pena nominare: la differenza tra ricerca che causa sofferenza come *effetto collaterale* – inevitabile o almeno difficilmente evitabile – e ricerca che progetta la sofferenza come *strumento*. Nel secondo caso, l'animale non è più un soggetto di studio: è un reagente. Un mezzo per produrre un risultato.

John Gluck, uno degli ex studenti di Harlow, ha scritto anni dopo che lavorare nel laboratorio del Wisconsin gli aveva insegnato a *non vedere* quello che stava guardando: una desensibilizzazione deliberata, imparata, che era l'unico modo per continuare.[10–12] Questo meccanismo – la cecità morale come strumento di sopravvivenza professionale – è uno dei più studiati in psicologia dell'etica, ed è anche uno dei più difficili da smontare.

Dall'altra parte della barricata c'è un argomento che non si può ignorare: la depressione è la causa principale di disabilità nel mondo.[13,14] Milioni di persone non rispondono ai trattamenti disponibili.[15,16] La ricerca sui meccanismi biologici della depressione ha salvato vite – a pacchi. Harlow stesso sosteneva che senza modelli animali affidabili non avremmo mai capito abbastanza da sviluppare terapie efficaci.

Ed è vero. Ed è anche vero che le scimmie nella fossa non potevano acconsentire. Che la sofferenza che abbiamo inflitta loro era reale, certificata. Che *da sole non si sarebbero riprese*.

Non c'è una risposta pulita. Ma la domanda va tenuta aperta, perché credo che tendere a chiuderla troppo in fretta – in un senso o nell'altro – è sempre un segnale di pericolo. Nota bene: «tenere la domanda aperta» non vuol dire «non prendere posizione» con cerchiobottismo democristiano. Vuol dire vedere quella tensione da entrambi i lati e scegliere di abitarla, per quanto scomoda, anziché liquidarla.

Chi la chiude dicendo «valeva comunque la pena» rischia di smettere di fare i conti con il costo reale di quella conoscenza. Di trasformare la sofferenza degli animali in un dato contabile, già ammortizzato, già giustificato. Di non chiedersi mai se poteva esistere un altro modo, o se potremmo trovarlo adesso.

Chi la chiude dicendo «non andava fatto, punto» rischia qualcosa di diverso ma ugualmente comodo: l'innocenza retrospettiva. La sensazione di sapere con certezza, da qui, con settant'anni di distanza e le nostre categorie etiche, cosa avrebbe dovuto fare un uomo fra gli anni Cinquanta e i Settanta nel mezzo di una rivoluzione scientifica. È un'innocenza che, ritengo, costa poco, e insegna ancora meno.

La domanda aperta, invece, fa una cosa più difficile e più utile: ci obbliga a portarla nel presente. A chiederci non solo «aveva ragione Harlow?», ma «cosa stiamo facendo noi, oggi, che tra settant'anni qualcuno guarderà con lo stesso disagio, con lo stesso sdegno?»

INTANTO, DA NOI

Ho detto all'inizio di tenere a mente quella frase: le scimmie si attaccavano a chi conforta, non a chi nutre.

Eccola di nuovo, ma con un'immagine diversa: voi, seduti sul divano, alle undici di sera, a scorrere il telefono.

Non ve lo dico per farvi sentire in colpa – lo faccio anch'io, solo, c'è una buona probabilità che io stia sperperando tempo negli angoli più oscuri di Reddit anziché su Instagram o Facebook. Ve lo dico perché la struttura è la stessa.

I nostri smartphone, i nostri social network, le nostre piattaforme di intrattenimento sono progettati – deliberatamente, con enorme competenza ingegneristica – per fornire qualcosa che assomiglia al contatto sociale senza essere contatto sociale. Notifiche che imitano l'attenzione. Like che imitano l'approvazione. Conversazioni asincrone che imitano la presenza. Calore di stoffa, senza latte. Con una differenza che non gioca a nostro favore: alle scimmie, il latte, qualcuno lo dava comunque.

E non è solo una metafora. Nel 2012, Facebook modificò in silenzio il feed di quasi 700.000 utenti – senza dirlo a nessuno, senza chiedere niente – per vedere se alterare il tono emotivo dei contenuti che leggevano cambiasse il tono emotivo di quello che scrivevano. Lo chiamarono contagio emotivo. Funzionò, di poco.[17] Pubblicarono lo studio nel 2014, e quando uscì la notizia ci fu uno scandalo che durò circa due settimane. Com'è andata a finire quella storia lo racconto nel capitolo 5, *Un bot al bar*.

La ricerca scientifica sul punto è complessa e spesso contraddittoria – le relazioni tra uso dei social e salute mentale non sono lineari, dipendono dall'età, dal tipo di uso, dal contesto sociale dell'individuo. Ma un dato emerge abbastanza solidamente: in uno studio di coorte, senza gruppo di controllo, ridurre l'uso dei social media per una settimana è associato a riduzioni significative dei sintomi di depressione e ansia nei giovani adulti.[18]

Questo non significa che i social siano cattivi. Significa che la domanda vale la pena di essere posta: *di cosa si nutre davvero la nostra connessione?*

Harlow ha dimostrato che il bisogno di contatto è una necessità biologica, non un orpello sentimentale. Non scompare se viene ignorato. Si

reindirizza. Si attacca al primo oggetto disponibile che ne imiti le caratteristiche superficiali – morbidezza, calore, risposta – anche se quell'oggetto non può davvero nutrire.

La *pit of despair* digitale non è il telefono in sé. È quel momento in cui siamo connessi a tutto e non ci sentiamo connessi a nessuno. Quel momento in cui scorrere il feed non fa passare la solitudine – la comprime, la rinvia, la rende più gestibile per qualche ora – ma non la scioglie.

Gli adulti che usano le tecnologie digitali in modo intensivo mostrano effetti ambivalenti sulla salute mentale: alcuni positivi, altri negativi, e un piccolo aumento della solitudine.[19]

Non è una colpa. È una risposta adattiva a un ambiente progettato per generarla. Ma riconoscerla è il primo passo per non restare aggrappati alla stoffa, scambiandola per una madre.

L'ULTIMO GIRO

Allora vi propongo un piccolo esperimento, da fare stasera o domani. Non un detox, non una dieta digitale da life coach o fuffa guru – per carità. Solo questo: la prossima volta che prendete il telefono senza un motivo preciso, fermatevi un secondo prima di aprire qualcosa. E chiedetevi: *cosa stavo cercando?* Non cosa stavate per guardare. Cosa cercavate, davvero. Noia? Distrazione? Compagnia? La risposta, qualunque sia, è già una buona informazione su di voi.

Harlow chiamava la sua ricerca «the nature of love».[2] La natura dell'amore.

C'è qualcosa di quasi commovente in questo – un uomo depresso, spietato nei metodi, che dedica la carriera alla domanda più umana che esista. Cos'è il legame? Di cosa abbiamo bisogno, davvero, per stare bene?

La risposta che ha trovato – al costo di una sofferenza che non avremmo voluto infliggere – è semplice e scomoda insieme: abbiamo bisogno di contatto vero. Non simulato. Non reindirizzato. Non compresso in una notifica. Presenza. Corpo. Voce. L'altro, con tutto il rischio e la fatica che questo comporta.

La fossa della disperazione era uno strumento di acciaio, freddo, senza uscita.

Alcune fosse le costruiamo da soli, più lentamente, con materiali più morbidi.

La differenza è che da queste possiamo uscire. Basta scegliere di smettere di arrampicarcisi dentro.

E magari stasera, invece del telefono, chiamate qualcuno. Uno vero.

Bibliografia

1. Integrated Taxonomic Information System. Macaca (TSN 180097). ITIS. Consultato 14 ottobre 2026. https://www.itis.gov/servlet/SingleRpt/SingleRpt?search_topic=TSN&search_value=180097
2. Harlow HF. The nature of love. *American Psychologist*. 1958;13(12):673-685. doi:10.1037/h0047884
3. Harlow HF, Zimmermann RR. Affectional Response in the Infant Monkey. *Science*. 1959;130(3373):421-432. doi:10.1126/science.130.3373.421
4. Haggbloom SJ, Warnick R, Warnick JE, et al. The 100 Most Eminent Psychologists of the 20th Century. *Review of General Psychology*. 2002;6(2):139-152. doi:10.1037/1089-2680.6.2.139
5. Van Rosmalen L, Luijk MPCM, Van Der Horst FCP. Harry Harlow's pit of despair: Depression in monkeys and men. *J History Behavioral Science*. 2022;58(2):204-222. doi:10.1002/jhbs.22180
6. Suomi SJ, Harlow HF. Apparatus conceptualization for psychopathological research in monkeys. *Behav Res Meth & Instru*. 1969;1(7):247-250. doi:10.3758/BF03209902
7. Harlow HF, Suomi SJ. Production of depressive behaviors in young monkeys. *J Autism Dev Disord*. 1971;1(3):246-255. doi:10.1007/BF01557346
8. Russell WMS, Burch RL. *The Principles of Humane Experimental Technique*. Methuen; 1959. Consultato 16 ottobre 2026. https://caat.publichealth.jhu.edu/the-principles-of-humane-experimental-technique-2/
9. Van Der Horst FCP, Van Der Veer R. Loneliness in Infancy: Harry Harlow, John Bowlby and Issues of Separation. *Integr psych behav*. 2008;42(4):325-335. doi:10.1007/s12124-008-9071-x
10. Gluck JP. Harry F. Harlow and Animal Research: Reflection on the Ethical Paradox. *Ethics & Behavior*. 1997;7(2):149-161. doi:10.1207/s15327019eb0702_6
11. Gluck JP. *Voracious science & vulnerable animals: a primate scientist's ethical journey*. The University of Chicago Press; 2016.
12. Andrews K. Voracious Science and Vulnerable Animals: A Primate Scientist's Ethical Journey, by John P. Gluck. *Times Higher Education*. Pubblicato online 3 novembre 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.timeshighereducation.com/node/598285
13. Liu J, Liu Y, Ma W, Tong Y, Zheng J. Temporal and spatial trend analysis of all-cause depression burden based on Global Burden of Disease (GBD) 2019 study. *Sci Rep*. 2024;14(1):12346. doi:10.1038/s41598-024-62381-9
14. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. World Health Organization; 2017.
15. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Acute and Longer-Term Outcomes in Depressed Outpatients Requiring One or Several Treatment Steps: A STAR*D Report. *AJP*. 2006;163(11):1905-1917. doi:10.1176/ajp.2006.163.11.1905
16. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Depressive Disorder (Depression)*. 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
17. Kramer ADI, Guillory JE, Hancock JT. Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2014;111(24):8788-8790. doi:10.1073/pnas.1320040111
18. Calvert E, Cipriani M, Dwyer B, et al. Social Media Detox and Youth Mental Health. *JAMA Netw Open*. 2025;8(11):e2545245. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.45245
19. Liţan DE. Psychological "effects" of digital technology: a meta-analysis. *Front Psychol*. 2025;16:1560516. doi:10.3389/fpsyg.2025.1560516

21

Museruole

Uscito il 15 aprile 2026

AL BANCONE

Facciamo un gioco. Prova a immaginare questa scena: una città americana, inverno, epidemia in corso. Il governo ha imposto l'obbligo di mascherina. La gente è stufa. Qualcuno buca la garza per fumarci attraverso, qualcun altro se la abbassa appena girato l'angolo, e un gruppo di cittadini – medici compresi – fonda una lega per abolire l'obbligo. Si organizza un raduno di protesta: migliaia di persone stipate in un palazzetto al chiuso, nel bel mezzo di una pandemia, per protestare contro le mascherine. L'ironia? Per arrivarci, devono passare per strade dove la polizia arresta chi non la porta.[1,2]

Anno 2020? No. Siamo nel gennaio 1919. La città è San Francisco. L'epidemia è l'influenza spagnola. E la lega si chiama Anti-Mask League.

Viene da sorridere, e un po' da rabbrividire. Perché la prima cosa che ti viene in mente è: ma quindi non abbiamo imparato niente in cent'anni? La seconda, più inquietante: e se la resistenza alle misure sanitarie non fosse un bug del sistema, ma una specie di feature storta? Una risposta umana, prevedibile, quasi fisiologica – che si ripresenta ogni volta che una pandemia dura troppo?

Oggi vi racconto una storia di garza, politica, stanchezza e libertà. Di un fischio che annuncia la fine di una pandemia che non è finita. E di una domanda che non ha risposta facile: le epidemie finiscono prima nei corpi, o nella pazienza dei cittadini?

COM'È ANDATA

Nell'estate 2023 lavoravo a San Francisco – ero a Swissnex, l'avamposto svizzero per la scienza e l'innovazione, che sta sul Pier 17, di fianco all'Exploratorium. Per chi non lo conoscesse, l'Exploratorium è un museo interattivo della scienza fondato nel 1969 da Frank Oppenheimer – sì, il fratello di *quell'*Oppenheimer, quello della bomba atomica. Frank aveva lavorato anche lui al Progetto Manhattan, ma dopo la guerra il maccartismo gli aveva distrutto la carriera: cacciato dall'università, bollato come comunista, costretto a fare l'allevatore di bestiame in Colorado. Quando finalmente riuscì a rimettersi in piedi, invece di tornare alla fisica pura, decise di costruire un posto dove la scienza fosse accessibile a tutti, dove nessuno potesse essere bocciato.[3] Un uomo che aveva visto il peggio della scienza – la bomba – e aveva deciso di dedicare il resto della vita al meglio – la meraviglia. Mi piace un sacco, questa storia. Se passate per San Francisco lasciate stare Alcatraz, e visitate l'Exploratorium.

Sta sull'Embarcadero, affacciato sulla baia, e la colonna sonora permanente del posto sono i leoni marini: centinaia di bestioni rumorosi, puzzolenti e adorabili (per qualcuno) che abbaiano ininterrottamente, giorno e notte. Quando il vento gira, l'ufficio si riempie di un coro di latrati che rende qualsiasi call su Zoom un'esperienza surreale.

È stato proprio durante quella permanenza che mi sono imbattuto in una storia che non conoscevo, e che mi ha colpito per quanto somigliasse a qualcosa che avevamo vissuto nel 2020. Una storia ambientata proprio lì, a San Francisco, più di un secolo prima.

San Francisco, ottobre 1918. La città conta circa 500.000 abitanti.[4] La Grande Guerra sta finendo, ma un nemico nuovo e invisibile è appena arrivato: il virus dell'influenza spagnola. I casi esplodono, e alla fine del mese le autorità registrano quasi 20.000 contagi.[1]

L'ufficiale sanitario della città, il dottor William C. Hassler, reagisce con decisione: il 18 e 19 ottobre ordina a chiunque lavori a contatto con il pubblico di indossare una mascherina di garza. Tre giorni dopo la raccomandazione si estende a tutti i residenti. Scuole, cinema, teatri chiusi; assembramenti vietati.[1,2] La Croce Rossa distribuisce mascherine e pubblica annunci dal tono inequivocabile: «chi non indossa la mascherina è un pericoloso imboscato» – usando la parola «slacker», insulto riservato a chi non sosteneva lo sforzo bellico.[2,5] Mascherina uguale patriottismo; niente mascherina uguale tradimento.

Funziona. La compliance è alta, intorno all'80%.[1] I casi calano. L'ottimismo cresce.

Il 21 novembre 1918 – dieci giorni dopo l'armistizio – un fischio risuona a mezzogiorno: l'ordinanza sulle mascherine è revocata.[6] La scena è da film: uomini e donne si strappano la garza dal viso, la lanciano per terra, la calpestano. Il *San Francisco Chronicle* descrive settimane di «museruolata miseria» finalmente terminate.[2,7] La città festeggia.

Ma il virus non ha sentito il fischio. A dicembre i casi ricominciano a salire. Il sindaco tenta la via morbida – chiede le mascherine senza imporle, mentre Hassler le vorrebbe di nuovo obbligatorie.[1,2] Il Board of Supervisors si riunisce il 16 dicembre per discutere se reintrodurre l'obbligo, e alla fine decide di non decidere.[2] Passano le settimane, la gente muore, e nessuno vuole rimettere la «museruola».

Il 10 gennaio 1919 la situazione è così grave – 600 nuovi casi in un giorno – che il Board vota per il ritorno dell'obbligo, che entra in vigore il 17.[1,2] Ma questa volta la musica è diversa. La guerra è finita. Il patriottismo non tira più. La gente è stanca, frustrata, scettica. E nasce l'Anti-Mask League.

A guidarla c'è una donna notevole: E.C. Harrington, avvocata, suffragetta, e prima donna registrata per votare nella Bay Area.[2] Come ha ricostruito lo storico Brian Dolan, la Harrington era in conflitto con il sindaco Rolph per ragioni che andavano ben oltre la garza: la mascherina era diventata un campo di battaglia politico. Il 25 gennaio la Lega organizza un raduno al Dreamland Rink: tra le 2.000 e le 4.500 persone stipate al chiuso, in piena epidemia, a votare risoluzioni contro l'ordinanza. Qualcuno vuole le dimissioni del sindaco. Qualcun altro vuole la testa di Hassler – che già a dicembre aveva trovato una bomba lasciata sui gradini del suo ufficio.[2]

Le motivazioni sono un mosaico. C'è chi considera le mascherine inutili («quello che i dottori non sanno su questa epidemia riempirebbe una biblioteca», scrive qualcuno al *Chronicle*).[2,7] Chi le trova antigieniche. Chi le vede come compressione delle libertà civili. E chi, semplicemente, non ne può più. In parte hanno anche ragione: le mascherine di garza dell'epoca, spesso mal costruite, venivano indossate all'aperto ma non negli ambienti chiusi dove il contagio avveniva davvero.[1] Uno studio del 1919 concluderà che l'obbligo non aveva fatto differenza significativa.[2,8]

La protesta funziona: il 1° febbraio il sindaco revoca l'ordinanza, più per pressione politica che per evidenze scientifiche.[2] Il bilancio finale di San Francisco è brutale: lo studio di Markel e colleghi su *JAMA*, che ha analizzato 43 città americane durante la pandemia del 1918, mostra che San Francisco ebbe uno dei tassi di mortalità in eccesso più alti del paese.[9] Circa 3.500 morti su 500.000 abitanti.[7,9] Da città modello a una delle più

colpite, perché le misure vennero tolte troppo presto e reimposte troppo tardi.[9]

IL NODO

La storia di San Francisco mette in scena un dilemma vecchissimo e nuovissimo: fino a che punto uno Stato democratico può limitare la libertà individuale per proteggere la salute collettiva? E cosa succede quando la popolazione si stanca di obbedire?

Da un lato c'è il principio del danno: il tuo diritto di non portare la mascherina finisce dove comincia il mio diritto di non essere contagiato. Su questo piano, l'obbligo ha una giustificazione etica solida.

Ma dall'altro ci sono obiezioni non banali. C'è la questione dell'efficacia: ha senso comprimere i diritti se la misura non funziona? Se le mascherine di garza sono un gesto simbolico senza benefici reali, l'obbligo diventa paternalismo vuoto. È lo stesso argomento che abbiamo sentito durante il COVID a proposito delle mascherine all'aperto.

C'è poi la questione della fiducia. Hassler e il Board of Health chiedevano ai cittadini di fidarsi. Ma la fiducia non è un rubinetto: è un bene fragile che si costruisce con la coerenza e si distrugge con l'incoerenza – con Federico Germani ne abbiamo parlato a lungo in *Mi fa male la scienza*, che se non avessi scritto con piacere e divertimento non vi raccomanderei di leggere, e chi ha pazienza può leggere anche il documento dell'OMS sul social listening per la gestione etica delle infodemie, a cui ho lavorato come rapporteur, sempre assieme a Federico.[10,11] Ecco, le incoerenze distruggono la fiducia, e San Francisco di incoerenze ne collezionò parecchie: il sindaco e Hassler stesso fotografati senza mascherina; l'obbligo tolto e rimesso in modo oscillante; decisioni guidate dalla pressione politica più che dalla scienza.[1] Uno studio di Bodas e Peleg ha mostrato esattamente questo meccanismo durante il COVID: la fiducia nelle istituzioni è un fattore cruciale per la compliance, e quando cala, il rispetto delle regole cala con essa e con la percezione del rischio.[12] È una dinamica che anche noi, nel nostro lavoro, abbiamo studiato e descritto abbondantemente.[13–15] La sfiducia non è capriccio: è risposta razionale a segnali contraddittori.

E poi c'è il cuore della faccenda: la pandemic fatigue. Uno studio di Anna Petherick e colleghi ha analizzato dati da 14 paesi durante il COVID-19 e ha mostrato un pattern che San Francisco conosceva già: le misure a basso costo (mascherine) vedono un aumento progressivo della compliance, ma le misure ad alto costo personale (tipo distanziamento) subiscono un calo

di adesione diffuso. Nei paesi con alta fiducia fra le persone, il calo è meno pronunciato.[16]

La pandemic fatigue non è pigrizia. È una reazione «naturale e prevista», dice l'OMS, che cresce piano: la paura che ci teneva attenti si consuma man mano che ci abituiamo alla minaccia.[17] L'Ufficio europeo dell'OMS l'ha definita «demotivazione a seguire i comportamenti protettivi raccomandati».[18] A San Francisco nel 1919 era già tutto lì, senza le parole per dirlo. Il sacrificio senza racconto diventa solo privazione.

Ed ecco il punto: le misure di sanità pubblica non funzionano nel vuoto. Funzionano dentro un ecosistema di fiducia, narrativa e tenuta psicologica. Quando quell'ecosistema si degrada, le misure migliori del mondo diventano garza straccia.

INTANTO, DA NOI

Perché questa storia del 1919 ti riguarda? Perché non è storia. È cronaca con un secolo di ritardo.

Pensa alla sequenza del COVID – ne ho parlato nel capitolo 11, *Echi da Eyam*, il villaggio che si mise in quarantena da solo nel 1665. Prima ondata: canti dai balconi, arcobaleni, #andràtuttobene. Compliance altissima. Seconda ondata, ottobre 2020: nuove chiusure, e la musica era già cambiata. Il patriottismo pandemico si era consumato. La solidarietà aveva lasciato il posto alla rabbia: il 28 ottobre i ristoratori scendevano in piazza in ventiquattro città.[19]

La sequenza è identica: sacrificio iniziale, pausa, resistenza alla seconda dose di restrizioni. Non è un caso. È un pattern. La stessa dinamica psicologica che si manifesta ogni volta che una crisi sanitaria si prolunga oltre la soglia di tolleranza.

E allora, che si fa? Se la pandemic fatigue è prevedibile – ed è prevedibile – come ci si prepara?

Servono almeno quattro cose, e sono tutte legate tra loro. La prima è la coerenza: chi impone le regole non può essere il primo a violarle. I politici sorpresi a fare cene private o a recarsi al mare mentre i cittadini stavano chiusi in casa hanno fatto più danni di mille teorie del complotto. Ciao, Sara Cunial, sì, sto pensando proprio a te, fermata dai vigili a Pasquetta 2020 sulla via del mare.[20] La seconda è la comunicazione dell'incertezza: «due settimane di sacrifici» diventati mesi hanno insegnato a milioni di persone a non fidarsi più delle promesse temporali – meglio l'onestà brutale, un «non lo sappiamo, ma ve lo diremo appena lo sapremo», che la bugia rassicurante. La terza è la narrativa: nella prima ondata di spagnola a

San Francisco la mascherina era patriottismo, nella seconda era seccatura. La differenza non era nella garza: era nel significato. Le misure hanno bisogno di un racconto onesto che le sostenga, non di propaganda, ma di senso. E la quarta è la reciprocità: se chiedi sacrifici, offri supporto. A San Francisco, nel 1919, la polizia arrestava a centinaia chi non portava la mascherina: 186 persone solo il primo giorno della seconda ordinanza.[1,2] Chiedere con le manette è facile; il difficile è dare qualcosa in cambio, e una regola che sa solo punire si consuma in fretta. Pensate ai ristoratori, alle partite IVA, ai lavoratori dello spettacolo durante il COVID.

Ma c'è un aspetto più scomodo, e più importante. La Anti-Mask League non era composta solo da complottisti e negazionisti. C'erano medici con dubbi più o meno fondati sull'efficacia di quelle mascherine specifiche.[1,2] C'era un'avvocata suffragetta che aveva passato la vita a lottare per i diritti civili e per il voto alle donne.[2] C'erano operai che non potevano permettersi di smettere di lavorare. Cittadini normali, esausti. La tentazione di dividere il mondo in «responsabili» e «irresponsabili», in chi segue la scienza e chi la nega, è forte ma fuorviante. La resistenza alle misure sanitarie nasce da un groviglio di motivazioni – alcune legittime, altre no – che non si possono liquidare con un'etichetta. E capirlo non significa giustificare chi mette in pericolo gli altri: significa riconoscere che la compliance non è solo questione di regole, ma di relazione tra chi governa e chi è governato. Rompere quella relazione è facilissimo. Ripararla è il lavoro di una generazione.

L'ULTIMO GIRO

San Francisco, 21 novembre 1918, mezzogiorno. Il fischio suona, le mascherine volano per aria, la folla esulta. San Francisco, 25 gennaio 1919, sera. Migliaia di persone si assembrano al chiuso per protestare contro le mascherine, nel bel mezzo della seconda ondata. In mezzo, due mesi. In mezzo, la distanza tra il coraggio e la stanchezza, tra la solidarietà e l'insofferenza.

È facile giudicare. Che irresponsabili, quelli del 1919. Ma poi ripensa a come ti sentivi tu, nell'autunno 2020, dopo mesi di restrizioni, quando qualcuno ti ha detto che bisognava stringere ancora, di nuovo. A quel momento in cui la mascherina non era più un gesto di cura ma un peso.

Le epidemie non si combattono solo con la medicina. Si combattono con la fiducia. E la fiducia, a differenza dei virus, non si replica da sola: va costruita, coltivata, e soprattutto meritata. Ogni giorno. Anche – soprattutto – quando la gente è stanca.

Pensateci bene: quante volte nella vita trattiamo un problema come se fosse finito solo perché non lo sopportiamo più? Una malattia, un lutto, una crisi, una relazione, una guerra, una pandemia. Il problema magari è ancora lì. Siamo noi che abbiamo esaurito la pazienza prima della realtà.

E allora vi lascio con un piccolo esperimento mentale. Immaginate una regola che limita la vostra libertà, che vi pesa, che vi irrita, che magari capite anche razionalmente... ma che dovete rispettare non per tre giorni: per mesi.

A che punto comincereste a raccontarvela? A che punto smettereste di dire 'è necessario' e iniziereste a dire 'è troppo'? Perché il confine tra responsabilità e rigetto, molto spesso, non passa tra persone intelligenti e persone stupide. Passa dentro ciascuno di noi.

Alla salute. Anche con la mascherina, se e quando serve.

Bibliografia

1. San Francisco, California and the 1918-1919 Influenza Epidemic. In: *The American Influenza Epidemic of 1918–1919: A Digital Encyclopedia*. University of Michigan Center for the History of Medicine. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.influenzaarchive.org/cities/city-sanfrancisco.html
2. Dolan B. Unmasking History: Who Was Behind the Anti-Mask League Protests During the 1918 Influenza Epidemic in San Francisco? *Perspectives in Medical Humanities*. 2020;5(19). doi:10.34947/M7QP4M
3. Ledbetter MLS. A Pioneer of Hands-On Education. *LSE*. 2013;12(3):336-338. doi:10.1187/cbe.13-05-0102
4. U.S. Census Bureau. *Population of the 100 Largest Urban Places: 1920*. 1998. Consultato 16 ottobre 2026. https://www2.census.gov/library/working-papers/1998/demographics/pop-twps0027/tab15.txt
5. CDC Museum. Pandemic Effects on Communities throughout the U.S. Influenza: Complex Virus/Complex History. Consultato 16 ottobre 2026. https://cdcmuseum.org/exhibits/show/influenza/1918-influenza-pandemic/pandemic-effects-us
6. National WWI Museum and Memorial. Armistice. theworldwar.org. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theworldwar.org/learn/about-wwi/armistice
7. Prabhu M. Masking Trouble. *VaccinesWork*. Pubblicato online 12 maggio 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.gavi.org/vaccineswork/masking-trouble
8. Kellogg WH. *Influenza: A Study of Measures Adopted for the Control of the Epidemic*. California State Board of Health; 1919. Consultato 16 ottobre 2026. https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=uc1.31378008030317
9. Markel H, Lipman HB, Navarro JA, et al. Nonpharmaceutical Interventions Implemented by US Cities During the 1918-1919 Influenza Pandemic. *JAMA*. 2007;298(6):644. doi:10.1001/jama.298.6.644
10. Germani F, Spitale G. *Mi fa male la scienza. Speranze, conflitti e il futuro della conoscenza*. Tlon; 2025.
11. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Social Listening in Infodemic Management for Public Health Emergencies: Guidance on Ethical Considerations*. World Health Organization; 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/publications/i/item/9789240108202
12. Bodas M, Peleg K. Pandemic Fatigue: The Effects Of The COVID-19 Crisis On Public Trust And Compliance With Regulations In Israel. *Health Affairs*. 2021;40(8):1225-1233. doi:10.1377/hlthaff.2021.00171

13. Spitale G, Germani F, Biller-Andorno N. The PHERCC Matrix. An Ethical Framework for Planning, Governing, and Evaluating Risk and Crisis Communication in the Context of Public Health Emergencies. *The American Journal of Bioethics*. 2024;24(4):67-82. doi:10.1080/15265161.2023.2201191
14. Germani F, Spitale G, Machiri SV, et al. Ethical Considerations in Infodemic Management: Systematic Scoping Review. *JMIR Infodemiology*. 2024;4:e56307. doi:10.2196/56307
15. Spitale G, Germani F, Biller-Andorno N, et al. Why ethics in social listening and infodemic management matters for public health. *bmjph*. 2026;4(1):e003652. doi:10.1136/bmjph-2025-003652
16. Petherick A, Goldszmidt R, Andrade EB, et al. A worldwide assessment of changes in adherence to COVID-19 protective behaviours and hypothesized pandemic fatigue. *Nat Hum Behav*. 2021;5(9):1145-1160. doi:10.1038/s41562-021-01181-x
17. Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. How to counter pandemic fatigue and refresh public commitment to COVID-19 prevention measures. 7 ottobre 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/europe/news/item/07-10-2020-how-to-counter-pandemic-fatigue-and-refresh-public-commitment-to-covid-19-prevention-measures
18. Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. *Pandemic Fatigue – Reinvigorating the Public to Prevent COVID-19: Policy Framework for Supporting Pandemic Prevention and Management*. WHO Regional Office for Europe; 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://iris.who.int/handle/10665/335820
19. FIPE-Confcommercio. *Ristoratori in piazza a manifestare in tutta Italia. Il grido d'allarme dei pubblici esercizi: «Siamo a terra»*. 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.fipe.it/wp-content/uploads/2021/12/2020-10-27Cs_Fipe_-_manifestazione_28_ottobre-1.pdf
20. Sesto M. Cunial, la no-vax ex M5S fermata a Pasquetta mentre andava verso il mare. *Il Sole 24 Ore*. 14 aprile 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilsole24ore.com/art/cunial-no-vax-ex-m5s-fermata-pasquetta-mentre-andava-il-mare-ADOPT7J

22

Ghiaccioli

Cosa succede quando decidi di aspettare il futuro in azoto liquido

Uscito il 29 aprile 2026

AL BANCONE

California, 1967.

Un uomo di nome James Bedford sta morendo di cancro ai reni. Ha 73 anni, è professore di psicologia, e ha deciso che non ha nessuna intenzione di accettare la cosa con serenità. Non scrive lettere d'addio. Non sistema le ultime faccende. Firma un contratto con una piccola organizzazione crionica appena nata, e lascia istruzioni precise: subito dopo la morte, prima che il corpo si raffreddi, vuole che gli venga iniettata una soluzione anticongelante e che il suo corpo sia immerso in azoto liquido, a -196 gradi.

Il 12 gennaio 1967, James Bedford muore. E nel giro di poche ore, viene congelato.[1,2] *È ancora lì.*

Da quasi sessant'anni, James Bedford è in un contenitore di azoto liquido in Arizona.[3] Non è sepolto, non è stato cremato, non è stato disperso in mare, o, chessò, mangiato dai leoni marini. È in attesa. Aspetta che la scienza del futuro trovi un modo per rianimarlo, per riparare il cancro che lo ha ucciso, e per restituirlo al mondo. Non sappiamo se il mondo del futuro potrà o vorrà riceverlo.

Quello che sappiamo è che Bedford non è solo. Nel corso dei decenni, più di cinquecento persone hanno fatto la sua stessa scelta.[3,4] Tra queste c'è Robert Ettinger – il fisico del Michigan che ha reso tutto questo possi-

bile, autore del libro che ha fondato la crionica moderna e che ha convinto migliaia di persone che la morte è soltanto un problema tecnico in attesa di soluzione. Ettinger muore nel 2011, a novantadue anni. Viene congelato. Con lui, nello stesso capannone, ci sono sua madre e le sue due mogli.[5]

Tutti e quattro capovolti. Tutti e quattro in azoto liquido. Tutti e quattro in attesa, a testa in giù.[6]

La domanda che voglio fare oggi non è «funzionerà?» – anche se ne parleremo. La domanda è un'altra, più scomoda: anche se funzionasse, cosa stiamo davvero chiedendo? E a chi?

Ma come mai a testa in giù? Ci arriviamo, promesso.

COM'È ANDATA

Robert Ettinger nasce nel 1918 ad Atlantic City. Studia fisica, insegna in un college del Michigan, e per tutta la vita coltiva un'idea fissa: che la morte, nella maggior parte dei casi, non sia inevitabile – sia solo prematura.[5] Che se riuscissimo a conservare il corpo nel momento del decesso, in attesa di tecnologie più avanzate, la maggior parte delle persone che oggi muoiono potrebbe un giorno essere riportata in vita.

Nel 1962 pubblica *The Prospect of Immortality* a sue spese, convinto che nessun editore lo avrebbe preso sul serio.[7] Si sbaglia: il libro viene ripubblicato da Doubleday nel 1964, tradotto in molte lingue, recensito dai giornali.[8] Ettinger non viene trattato come un matto: viene trattato come un visionario scomodo.

L'argomento centrale del libro è disarmante nella sua semplicità. Se sei morto e non fai nulla, hai perso tutto. Se ti congeli e la tecnologia non arriva mai, hai perso tutto lo stesso. Ma se ti congeli e la tecnologia arriva – hai guadagnato tutto. Dal punto di vista della teoria della decisione, la crionica è una mossa razionale. È la scommessa di Pascal su Dio – lo scrive Jean Rostand nella prefazione – ma con l'azoto liquido al posto della fede.[8]

Nel 1967 arriva la prima applicazione pratica: James Bedford, professore di psicologia in California, diventa il primo essere umano crioconservato della storia.[9]

L'operazione è rudimentale – siamo nel 1967, i protocolli non esistono ancora – ma Bedford viene congelato entro poche ore dalla morte, e da allora non è mai stato scongelato. È conservato oggi presso Alcor, la principale organizzazione crionica degli Stati Uniti, fondata in California nel 1972, e oggi in Arizona.[3]

Nel 1976 Ettinger fonda il Cryonics Institute nel Michigan, che è ancora in attività.[4,6,10] Oggi le organizzazioni più note sono Alcor (Arizona), il

Cryonics Institute (Michigan), KrioRus (Russia) e, in Europa, Tomorrow Biostasis. I prezzi variano dai 28.000 dollari del Cryonics Institute agli 80.000 di Alcor per il solo cervello, fino ai 220.000 dollari di Alcor per il corpo intero.[4,11] Trovate gli indirizzi nelle note, ma ci tengo a sottolineare che questo non è contenuto sponsorizzato.

Il problema tecnico centrale della crioconservazione è rimasto lo stesso dal 1967: il ghiaccio distrugge le cellule. Quando l'acqua nei tessuti si congela, forma cristalli che, come tanti aghi, perforano le membrane cellulari. Per questo i protocolli moderni usano la vitrificazione: un processo che sostituisce l'acqua nei tessuti con soluzioni crioprotettive che si solidificano senza formare cristalli, come il vetro. La vitrificazione riduce i danni, ma non li elimina.[12]

Ad oggi nessun mammifero di grandi dimensioni è mai stato rianimato dopo crioconservazione. Il risultato più avanzato in laboratorio è la vitrificazione completa del cervello di un coniglio e di un maiale, con strutture sinaptiche preservate, ma fissati chimicamente: senza alcuna possibilità di rianimazione.[13]

Questo è lo stato dell'arte. Non siamo vicini alla rianimazione. Non sappiamo se ci arriveremo mai.

Eppure le liste d'attesa crescono. Alcor conta oggi oltre 1.500 membri iscritti, con più di 260 pazienti già crioconservati.[3]

Il Cryonics Institute conserva circa 270 pazienti.[4] Sono per lo più uomini, per lo più americani, per lo più con un background tecnico o scientifico – ingegneri, programmatori, fisici.[2] Persone abituate a ragionare in termini di probabilità e a fidarsi dei sistemi.

Vale la pena accennare a un problema che la crionica non ha mai risolto, e che riguarda non il futuro ma il presente: il momento esatto in cui la procedura inizia. Per funzionare, la crioconservazione deve partire il prima possibile dopo la morte clinica – idealmente entro minuti.[14]

Questo crea un conflitto istituzionale difficile da sciogliere: il medico che certifica la morte e l'équipe che prepara il corpo non possono essere le stesse persone, per ovvie ragioni di conflitto di interessi.[14] Ma coordinarsi in modo rapido tra le due è legalmente e logisticamente complicato nella maggior parte dei paesi. In Italia sarebbe quasi certamente illegale ai sensi del DPR 285/1990 (Regolamento di polizia mortuaria), che impone di regola un periodo di osservazione di 24 ore dal decesso prima di poter disporre del cadavere.[15,16]

C'è però un rischio concreto che questo mercato porta con sé, e che i contratti non risolvono: le organizzazioni crioniche sono aziende priva-

te, soggette alle stesse pressioni di qualsiasi startup. Possono crescere, cambiare gestione, ridimensionarsi – o chiudere. È già successo. Nel 2002 CryoSpan, una delle organizzazioni crioniche americane dell'epoca, decise di chiudere lo stoccaggio. I dieci pazienti che custodiva vennero trasferiti al Cryonics Institute nel Michigan, nel 2004.[17]

Qualche anno prima, nel 1999, la CryoCare Foundation aveva smesso di operare, rimasta senza fornitori: i suoi due pazienti sono stati affidati ad altri.[18]

La permanenza eterna è affidata a un contratto. E se l'azienda un giorno non ci fosse più, qualcun altro si occupa del trasferimento – ammesso che qualcun altro esista.

IL NODO

C'è una frase di Ettinger che vale la pena tenere in testa, ed è la prima del suo libro: «*La maggior parte di noi, che oggi siamo vivi, ha una possibilità di immortalità personale, fisica.*»[8] La scriveva con la calma di un ingegnere che descrive un ponte che reggerà. Non era un mistico, non era un venditore di sogni: era un uomo che aveva fatto i conti e pensava di avere ragione.

Ed è proprio questo il punto più inquietante. Non la crionica in sé. Ma il tipo di ragionamento che la produce.

L'argomento di Ettinger – lo abbiamo visto – è strutturalmente solido nella sua forma minima. Ma questo ragionamento funziona in un vuoto teorico: presuppone un'implementazione perfetta in un mondo stabile, dove le organizzazioni sopravvivono per secoli, le tecnologie avanzano nella direzione giusta, i contratti vengono onorati, e nessuno cambia idea. Il mondo reale, come abbiamo visto, non funziona così. E c'è un secondo problema, ancora più fondamentale: il ragionamento funziona solo se accetti una premessa che non è affatto ovvia – che la morte sia un problema tecnico, e non una condizione umana.

Qui entra la bioetica, e lo fa in modo scomodo.

Ogni cultura umana di cui abbiamo traccia ha costruito rituali attorno alla morte. Non per ignoranza. Non per rassegnazione. Ma perché imparare ad accettare la morte è razionale, ed è funzionale: ai morenti, che possono congedarsi; ai vivi, che possono elaborare il lutto; alla comunità, che si riorganizza attorno all'assenza. Il lutto non è una disfunzione: è un modo di adattarsi alla perdita.[19]

La crionica non si limita a sospendere un corpo. Sospende tutto questo.

Chi si congela non fa i conti con la propria fine – la rimanda a tempo indeterminato, affidandola a una scienza futura ipotetica. Chi resta non

può chiudere nulla. Il morto non è morto: è in attesa. Non c'è sepoltura, non c'è momento in cui si dice «è finita». C'è un capannone nel Michigan, un contratto con una società privata, e una domanda senza risposta su quando – se mai – arriverà il momento di piangere davvero.

Qualcuno dirà: ma è una scelta individuale. Se voglio congelare il mio corpo, perché dovrebbe riguardare qualcun altro?

Ed è qui che la cosa si complica, perché il lutto non è individuale. È relazionale per definizione. Quando qualcuno muore, non è solo lui o lei a dover fare i conti con la fine: sono tutte le persone che restano. E la crionica scarica su di loro una condizione emotiva per cui non esiste ancora nemmeno un nome, e men che meno una strategia di supporto. Accettando la premessa che i «surgelati» non siano morti – che è esattamente la premessa di chi si fa criopreservare – ti trovi a non essere vedovo, oppure orfano. Sei il familiare di qualcuno che è tecnicamente morto ma formalmente in attesa di rianimazione. Devi andare avanti con la tua vita sapendo che tua moglie, tuo padre, tua figlia è in un contenitore di azoto liquido, capovolta, gestita da una società privata che potrebbe – e in alcuni casi l'abbiamo visto – chiudere.

Ma c'è ancora un livello più fondo, e riguarda non i vivi che restano, ma il morto stesso.

Chi verrebbe rianimato – ammettendo pour parler che questa tecnologia potesse esistere in futuro – non si risveglierebbe come un passeggero che atterra dopo un lungo volo. Si risveglierebbe in un mondo in cui tutti quelli che amava sono morti da decenni, o magari secoli. Senza rete affettiva, senza contesto culturale, senza nessuno che lo conosca. Magari con dei distanti e burberi discendenti che alla meglio potrebbero forse darti un lavoro in una società di consegne. Tutto questo in un corpo che ha subito danni tissutali importanti, con un cervello la cui integrità è tutt'altro che garantita. E con il conto da saldare alla società che ti ha tenuto in freezer.

È davvero questa la vita che vale la pena prolungare?

O stiamo confondendo la sopravvivenza biologica con qualcosa di molto più complicato – che chiamiamo, con una certa approssimazione, essere vivi?

C'è un esperimento mentale che trovo utile qui. Immagina di poter parlare con James Bedford – il primo uomo congelato, il professore di psicologia californiano del 1967. Gli chiedi: vuoi essere rianimato? Ovviamente dice sì – è per questo che si è congelato. Ma poi gli chiedi: in quale mondo vorresti svegliarti? Con chi? Per fare cosa? E lì le risposte diventano più difficili. Perché Bedford nel 1967 pensava al futuro in un certo modo.

Non poteva immaginare i cambiamenti del ’68, la morte di Martin Luther King, Armstrong e Aldrin sulla Luna, le proteste di Stonewall, Roe vs Wade, la fine della guerra fredda, l’undici settembre, internet, i social. Non c’è verso che Bedford possa aver immaginato il mondo in cui si risveglierebbe.

E poi: il Bedford che si è congelato e il Bedford che potrebbe svegliarsi – sono davvero la stessa persona? L’identità personale e la continuità dell’io è un problema antico, ma la crionica lo rende urgente e pratico.[20]

Se il tuo cervello viene danneggiato nel processo, se i tuoi ricordi sono parzialmente persi, se la tua personalità è alterata dalla rianimazione – chi si è svegliato? Sei ancora tu? E se non lo sei del tutto, il «tu» che sopravvive è lo stesso che ha preso la decisione di farsi congelare?

Ettinger pensava di aver risolto il problema della morte. Forse ha solo inventato un nuovo modo di non affrontarla.

INTANTO, DA NOI

La crionica potrebbe sembrarti una cosa da ricchi americani eccentrici con troppo tempo libero e un rapporto problematico con la propria mortalità. E in parte lo è. Ma c’è un motivo per cui vale la pena pensarci anche se non hai nessuna intenzione di congelare nulla.

Perché il problema che la crionica porta alla luce – cosa siamo disposti a fare pur di non morire, e a quale costo per chi ci sta intorno – non è un problema futuristico. È già qui, in forme meno drammatiche ma ugualmente reali.

Le terapie intensive moderne possono tenere in vita un corpo per settimane o mesi dopo che qualsiasi possibilità di recupero neurologico significativo è svanita. I familiari vengono chiamati a decidere se staccare le macchine, in condizioni di dolore e disorientamento, spesso senza che il paziente abbia mai espresso una volontà chiara. La crionica è l’estremo di un continuum che inizia molto prima, nella difficoltà che abbiamo – come individui, come famiglie, come sistema sanitario – di guardare in faccia la fine.

In Italia le disposizioni anticipate di trattamento – il documento in cui puoi dire cosa vuoi che succeda se non sei più in grado di decidere – esistono dal 2017.[21]

Le compilano in pochi: a fine 2022 nella banca dati nazionale ce n’erano 217.326, e nessuna regione arrivava a sette ogni mille abitanti.[22] Non perché non ci interessino: perché pensare alla propria morte è scomodo, e rimandiamo finché possiamo.

La crionica è il rimando portato alle sue conseguenze logiche estreme: non solo non penso alla mia morte, ma pago qualcuno perché la gestisca per me, indefinitamente, in mia assenza.

C'è anche una questione di giustizia che non va ignorata. Congelare un corpo intero costa fino a 220.000 dollari. La sopravvivenza – anche solo come scommessa – è un lusso. Se un giorno la tecnologia della rianimazione esistesse davvero, chi avrebbe accesso? Chi potrebbe permettersi di aspettarla? La crionica, nella sua forma attuale, è immortalità a pagamento. Ed è difficile non chiedersi cosa significhi per una società in cui già l'accesso alle cure base è distribuito in modo profondamente diseguale.

E non si tratta solo della crionica. Dal 2000 a oggi, una costellazione di miliardari della Silicon Valley – Bezos, Thiel, Altman e altri – ha investito collettivamente oltre 5 miliardi di dollari in startup dedicate alla longevity research: riprogrammazione cellulare, eliminazione delle cellule senescenti, rallentamento dell'invecchiamento biologico.[23]

Il giornalista svizzero Harry Büsser, che ho conosciuto mentre girellava per la California per documentare questo mondo dall'interno, ha concluso che in gran parte è «hype costoso» – e che le uniche misure davvero efficaci per vivere più a lungo restano quelle accessibili a tutti, non quelle acquistabili a sei cifre.[24]

Il sogno di questa gente è lo stesso di Ettinger – non morire – con un vestito più presentabile, e un ufficio a Palo Alto. Il bioeticista Christopher Wareham ha avvertito che questi sviluppi rischiano di «consolidare e peggiorare ogni genere di divisione»: chi può permettersi di vivere più a lungo accumula più ricchezza, più potere, più influenza.[25,26]

Quello che manca in questo dibattito – che Ettinger non aveva considerato, e che i miliardari di oggi sembrano non voler considerare – è esattamente quello che abbiamo discusso fin qui: le implicazioni per chi resta, per chi non può permetterselo, e per il significato di una vita che sa di avere un limite.

L'ULTIMO GIRO

James Bedford è ancora lì. In Arizona, in un contenitore di azoto liquido, da quasi sessant'anni.[3] A testa in giù – perché l'azoto evapora dall'alto, e in caso di emergenza il cervello, che è in fondo, sarebbe l'ultimo a essere esposto.[27] Il cancro che lo ha ucciso nel 1967 oggi si curerebbe molto meglio. Il resto – il cervello, l'identità, i ricordi, le persone che amava – è un'altra storia.

Ettinger voleva sconfiggere la morte. Quello che ha fondato, invece, è qualcosa di più strano e più umano: un movimento di persone che non riescono ad accettare che finirà. E in questo, sia chiaro, non sono poi così diversi dal resto di noi. Ne abbiamo parlato da un'altra angolazione nel capitolo 10, *Fantasmi digitali* – sugli avatar che parlano al posto dei morti, sulle mille forme che inventiamo per tenere in vita chi non c'è più. La crionica è forse la versione più letterale di tutto questo: non una simulazione, non una voce sintetizzata, ma il corpo vero, in attesa.

La domanda che vi lascio non è se la crionica funzionerà. È questa: *c'è una differenza tra sperare di sopravvivere e rifiutarsi di morire?* E se sì – quella differenza conta?

Bibliografia

1. First person to be cryonically suspended. Guinness World Records. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.guinnessworldrecords.com/world-records/452742-first-person-to-be-cryonically-suspended.html
2. Smith CA. Into the Deep Freeze: What Kind of Person Chooses to Get Cryonically Preserved? *California*. Pubblicato online 15 giugno 2015. Consultato 16 ottobre 2026. https://alumni.berkeley.edu/california-magazine/summer-2015-confronting-the-future/deep-freeze-what-kind-person-chooses-get/
3. About. Alcor Life Extension Foundation. Consultato 14 ottobre 2026. https://www.alcor.org/about/
4. Membership. Cryonics Institute. Consultato 14 ottobre 2026. https://cryonics.org/membership/
5. Robert Ettinger Biography. Cryonics Institute. Consultato 14 ottobre 2026. https://cryonics.org/robert-ettinger-biography/
6. Metro Times. Cryonics Institute freezes dead for 'reanimation'. *Detroit Metro Times*. 29 luglio 2014. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.metrotimes.com/news/mi-cryonics-inst-freezes-dead-for-reanimation-2203268/
7. Best B. A History of Cryonics. *The Immortalist*. Pubblicato online settembre 2008. Consultato 16 ottobre 2026. https://web.archive.org/web/20101207122833/http://cryonics.org/immortalist/september08/History.pdf
8. Ettinger RCW. *The Prospect of Immortality*. Doubleday; 1964. Consultato 16 ottobre 2026. https://cryonics.org/wp-content/uploads/2020/05/Prospect_Book.pdf
9. Nelson RF. *We Froze the First Man*. Dell Publishing Company; 1968.
10. Associated Press. Robert Ettinger | Cryonics pioneer, 92. *The Philadelphia Inquirer*. 28 luglio 2011. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.inquirer.com/philly/obituaries/20110728_Robert_Ettinger___Cryonics_pioneer__92.html
11. Pricing & Dues. Alcor Life Extension Foundation. Consultato 14 ottobre 2026. https://www.alcor.org/membership/pricing-and-dues/
12. Fahy GM, Wowk B, Wu J, et al. Cryopreservation of organs by vitrification: perspectives and recent advances. *Cryobiology*. 2004;48(2):157-178. doi:10.1016/j.cryobiol.2004.02.002
13. McIntyre RL, Fahy GM. Aldehyde-stabilized cryopreservation. *Cryobiology*. 2015;71(3):448-458. doi:10.1016/j.cryobiol.2015.09.003
14. Mullock A, Romanis EC. Cryopreservation and current legal problems: seeking and selling immortality. *Journal of Law and the Biosciences*. 2023;10(2):lsad028. doi:10.1093/jlb/lsad028
15. *Approvazione del regolamento di polizia mortuaria*. 1990. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:presidente.repubblica:decreto:1990-09-10;285

16. Ministero della Sanità. *Circolare 24 giugno 1993, n. 24: circolare esplicativa del DPR 10 settembre 1990, n. 285*. 1993.
17. Patient Details. Cryonics Institute. Consultato 14 ottobre 2026. https://cryonics.org/patient-details/
18. CryoCare Foundation - Cryonics Services. CryoCare Foundation. Consultato 14 ottobre 2026. https://www.cryocare.org/index.cgi
19. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*. 1999;23(3):197-224. doi:10.1080/074811899201046
20. Parfit D. *Reasons and Persons*. 1ª ed. Clarendon Press; 1984. doi:10.1093/019824908X.001.0001
21. *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2017-12-22;219
22. Ministero della Salute. *Relazione concernente la raccolta delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) – dati al 31 dicembre 2022*. Camera dei Deputati; 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.camera.it/temiap/2024/01/16/OCD177-6911.pdf
23. Bhatt S. Living Forever: How Tech Billionaires Are Rewriting the Rules of Ageing. *Outlook Business*. Pubblicato online 18 novembre 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.outlookbusiness.com/deeptech/tech/living-forever-how-tech-billionaires-are-rewriting-the-rules-of-ageing
24. Büsser H. *Longevity. 50 Antworten rund ums längere Leben*. 1ª ed. Beobachter-Edition; 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://shop.beobachter.ch/buecher/gesundheit-und-leben/longevity
25. Wareham CS. Substantial Life Extension and the Fair Distribution of Healthspans. *JMPHIL*. 2016;41(5):521-539. doi:10.1093/jmp/jhw021
26. Will billionaires be immortal? “Their wealth and power will keep growing”. Utrecht University. 28 marzo 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.uu.nl/en/news/will-billionaires-be-immortal-their-wealth-and-power-will-keep-growing
27. Mira y Lopez T. The Book of Resting Places. *The American Scholar*. Pubblicato online 26 ottobre 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://theamericanscholar.org/the-book-of-resting-places/

23

Corpi estranei

Quando amputare è l'unica cura

Uscito il 13 maggio 2026

AL BANCONE

Ho questa antologia di bioetica, spessa come un mattone, il tipo di libro che compri quando ti sei innamorato di una disciplina e vuoi sapere tutto e subito.

A pagina 654 ho trovato una motosega. Non come metafora. Come strumento. C'erano persone che, in rete, discutevano i metodi per amputarsi un arto da sole – un incidente sul lavoro, un colpo di fucile, il ghiaccio secco, una motosega che "scivola".[1,2] Per liberarsi da qualcosa che non riconoscevano come loro.

La cosa che mi aveva colpito non era la motosega in sé. Era la logica dietro. Queste persone non erano in preda a una psicosi. Non si illudevano di avere un arto malato. Sapevano benissimo com'era fatta la loro gamba, e che era quella roba lì. Semplicemente non la sentivano loro. E dopo anni di tentativi – psicoterapia, farmaci, tutto quello che la medicina aveva da offrire – erano arrivati alla conclusione che l'unico modo per stare bene era toglierla.

Ah, per la cronaca: Stihl non sponsorizza questa storia, sono solo un utente affezionato. Per il giardino, giuro.

La nostra storia inizia a Falkirk, Scozia, 1997. Un uomo si siede di fronte a un chirurgo e gli chiede di tagliargli una gamba sopra il ginocchio.

La gamba è sana. Non c'è un tumore. Non c'è una orribile frattura. C'è solo una gamba che funziona perfettamente – e un uomo che da tutta la vita la sente come non sua.

Il chirurgo si chiama Robert Smith. Consulta uno psichiatra. Ci pensa. Poi la amputa.[3]

Due anni e mezzo dopo, il paziente, racconta Smith, è felicissimo. Gli ha cambiato la vita.

Nel 1999, Smith opera un secondo paziente con la stessa richiesta. Stesso risultato: sollievo, non rimpianto. Stava valutando un terzo paziente quando, nel 2000, la storia finisce sui giornali. L'azienda sanitaria pubblica da cui dipende l'ospedale sente il suo comitato etico, e poi dice «bello, ma anche no». Gli vietano di continuare. Il terzo paziente non verrà mai operato.[3]

La domanda che la bioetica si fa da allora – e alla quale non ha ancora risposto in modo definitivo, o soddisfacente – è questa: Smith ha fatto del male, o del bene?

COM'È ANDATA

Cominciamo dal nome. Quello che aveva il paziente di Smith si chiama oggi Body Integrity Identity Disorder, BIID. Il termine è relativamente recente – si è affermato nei primi anni Duemila, con il lavoro di Michael First – e il cambio di nome non è cosmetico.[4]

Prima si chiamava apotemnofilia, un termine coniato negli anni Settanta che lo inquadrava come parafilia – cioè come disturbo sessuale.[5] L'idea era che il desiderio di amputazione fosse fondamentalmente erotico. Questo inquadramento è sopravvissuto a lungo nella letteratura, e ha contribuito a rendere quasi impossibile parlare di BIID senza imbarazzo o moralismo.

Il problema è che non regge ai dati. La ricerca più sistematica sul BIID mostra che il nucleo del disturbo non è sessuale – è identitario. Le persone con BIID descrivono una sensazione persistente, non-delirante, di incongruenza tra il proprio schema corporeo e il proprio corpo fisico. Sanno benissimo che la gamba funziona. Non pensano di essere già amputati. Dicono: quella gamba funziona, ma non è mia. C'è una differenza.[6] *Tradotto da bar: non è un'allucinazione. È come sapere perfettamente come funziona un oggetto, ma non riconoscerlo come tuo. Ed è una dinamica simile a quella dell'arto fantasma, ma al contrario: dopo un'amputazione, il cervello continua a «sentire» un arto che non c'è più – lo registra come presente, reale, a volte*

dolorante. Nel BIID succede l'inverso esatto: l'arto c'è, funziona, ma il cervello non lo registra come proprio. Stesso meccanismo, direzione opposta.

La condizione ha un termine alternativo più recente – xenomelia, dal greco «arto straniero» – che descrive esattamente questa sensazione: l'arto come corpo estraneo, non come parte di sé.[7]

Sul fronte neurologico, negli ultimi vent'anni è emersa un'ipotesi che cambia la prospettiva sulla BIID (e su un paio di altre cosucce). Studi di neuroimaging suggeriscono che la BIID correli con una disfunzione nelle reti fronto-parietali destre – le stesse strutture neurologiche che costruiscono la rappresentazione corporea e il senso di «proprietà» degli arti. Non è ancora una certezza diagnostica: i campioni sono piccoli, gli studi hanno limiti metodologici rilevanti.[8] Ma l'evidenza emergente indica che la BIID non è un capriccio, non è un'esagerazione, e probabilmente non è nemmeno, nella sua essenza, un disturbo psichiatrico. È più simile a un disturbo neurologico della rappresentazione del corpo.[6,9]

Questo spiega anche perché nessun trattamento psicoterapeutico o farmacologico si è dimostrato efficace.[10] Non è che i pazienti non abbiano provato. Spesso hanno provato di tutto, ma continuano a svegliarsi ogni mattina con la stessa sensazione.

Chi vive con la BIID sviluppa spesso strategie di adattamento. La principale si chiama pretending: simulare di essere già amputati – bendare l'arto, usare una sedia a rotelle, infilare la gamba in una protesi – per qualche ora al giorno. Molti descrivono questo come l'unico momento in cui si sentono a proprio agio nel proprio corpo.[11] Esistono comunità online di wannabes, che si supportano a vicenda: già nel 2000 una sola lista di discussione contava 1.400 iscritti.[2] Alcuni arrivano all'automutilazione – ferendosi deliberatamente per forzare un'amputazione d'emergenza. La letteratura documenta casi di persone che si sono messe un arto nel ghiaccio per ore, o che hanno usato armi da fuoco.[2,3,12]

Questo è il contesto in cui Smith ha operato. Non un paziente che aveva avuto un'idea bizzarra. Un paziente che conviveva con un'incongruenza insopportabile da tutta la vita, che aveva esaurito le alternative, che poteva rischiare di farsi irrimediabilmente del male – da solo, col ghiaccio o con un'arma da fuoco, e che invece dopo l'operazione ha detto di star bene.

I dati sui risultati a lungo termine sono scarsi – i casi sono rari, e dopo lo scandalo del 2000 gli ospedali che hanno ripreso queste operazioni si contano sulle dita. Letteralmente, nel caso più recente: due dita, in Québec, nel 2024.[11,13] Ma quelli che abbiamo non indicano rimpianto. Indicano sollievo.

IL NODO

C'è una frase che i medici imparano il primo giorno di medicina. Primum non nocere. Prima di tutto, non fare del male.

Sembra un buon punto di partenza per dire no a Robert Smith – o sembra un buon punto di partenza, per Robert Smith, per dire di no ai suoi pazienti. Stai amputando una gamba sana. Stai togliendo qualcosa che funziona. Questo è, per definizione, un danno.[14]

Ma aspetta. Chi decide cosa conta come danno?[15]

Prendiamo il caso dal lato del paziente. Quella persona si sveglia ogni mattina con la sensazione che una parte del suo corpo non le appartenga. Non è una metafora. Non è insoddisfazione. È un'incongruenza profonda, radicata, che non risponde alla psicoterapia, non risponde ai farmaci, non risponde a nient'altro che sia stato provato. La gamba funziona benissimo. Ma «non è sua». Quella non-appartenenza è il danno – è quello che distrugge la qualità della vita, che porta al pretending ossessivo, che in alcuni casi spinge all'automutilazione pur di forzare un'amputazione d'emergenza.

Tradotto da bar: se il danno è già lì, e l'unico intervento che lo risolve è l'amputazione, su quali basi puoi dire che amputare è il male?

La medicina ha già risposto a questa domanda, in altri contesti. La chirurgia bariatrica rimuove una parte sana dello stomaco per trattare l'obesità. La mastectomia preventiva rimuove tessuto sano in donne ad alto rischio genetico. La riassegnazione chirurgica di genere modifica un corpo biologicamente funzionante perché l'incongruenza tra corpo e identità è insopportabile. In tutti questi casi, la medicina ha detto: il danno non si misura sul tessuto, si misura sulla persona.[16]

Perché con il BIID è diverso?

Una risposta onesta è: forse non è diverso. Bayne e Levy, nel 2005, hanno analizzato sistematicamente le obiezioni all'amputazione terapeutica e le hanno trovate, una per una, non convincenti. I pazienti con BIID soddisfano i criteri ragionevoli di razionalità e autonomia. Sanno cosa vogliono. Sanno cosa perdono.[12] E i pazienti operati da Smith, a sentire lui, erano felicissimi della loro nuova condizione.[3]

L'obiezione più seria viene dall'altra parte. Sabine Müller, nel 2009, ha pubblicato un argomento diverso: SE la BIID è un disturbo neurologico – un'alterazione della rappresentazione corporea – allora il paziente potrebbe non avere piena consapevolezza di cosa sta chiedendo. Non per delirio, non per psicosi, ma per un deficit specifico nel modo in cui il cervello rappresenta il corpo. E se manca l'insight sulla condizione, l'autonomia

è compromessa – e amputare diventa una violazione, non un rispetto, di quella persona.[10]

È un argomento che vale la pena prendere sul serio. Ma ha un problema strutturale, che vale la pena smontare con cura.

Il primo livello: confonde «avere una base neurologica» con «non avere autonomia». La depressione ha una base neurologica. Il dolore cronico ha una base neurologica. Non diciamo che le persone con depressione non possono decidere della propria cura solo perché il loro cervello funziona diversamente. Se quella logica non la applichiamo alla depressione, non c'è ragione di applicarla selettivamente alla BIID.

Il secondo livello è più sottile: confonde correlazione e causalità. Parentesi rapida per chi non frequenta la statistica: correlazione significa che due cose vanno insieme – quando c'è una, c'è spesso anche l'altra. Causalità significa che una produce l'altra. I paesi europei con più cicogne hanno tassi di natalità più alti – è una correlazione reale, verificata. Ma ovviamente non sono le cicogne a portare i bambini: le cicogne sono più comuni nelle zone rurali, dove c'è un tasso di natalità più alto. Dati veri ($p = 0{,}008$), ma niente causalità.[17] Parentesi nella parentesi: Robert Matthews, autore dello studio su cicogne e natalità, ha vinto il premio Ig Nobel – ma per i suoi studi sulla Legge di Murphy e specialmente per aver dimostrato che la fetta di pane cade più spesso dal lato imburrato.[18] Fine parentesi.

Ecco, dicevo, l'argomento di Sabine Müller sui correlati neurologici della BIID confonde correlazione e causalità. Gli studi di neuroimaging mostrano che le persone con BIID hanno pattern cerebrali diversi nelle reti che gestiscono la rappresentazione corporea. Questo è un dato. Ma non ci dice la direzione causale. Quella struttura neurale produce l'esperienza di incongruenza? O è l'esperienza prolungata di incongruenza che modella la struttura? O entrambe sono effetti di un terzo fattore ancora non identificato? La neuroscienza, per ora, non lo sa. E usare «ha una base neurologica» come argomento contro l'autonomia richiede di rispondere prima a questa domanda – altrimenti è un non sequitur.[6]

Applicare questa logica selettivamente alla BIID – e non alla disforia di genere, che ha correlati neurologici comparabili con gli stessi limiti interpretativi – non è una posizione scientifica.[19] È una posizione culturale che si veste da argomento neurologico.

Vale la pena fermarsi un momento sulla disforia di genere, perché il parallelo strutturale con la BIID è reale – stessa incongruenza tra immagine del corpo e corpo fisico, stessa resistenza ai trattamenti puramente psicologici, stesso dibattito su quando la medicina è autorizzata a inter-

venire chirurgicamente – ma la traiettoria sociale è stata completamente diversa. Per la disforia di genere c'è stata la possibilità di raccontare quell'esperienza dall'interno, in prima persona. Se volete capire cosa significa vivere con un'identità di genere che non corrisponde a quella assegnata alla nascita, il posto migliore dove cominciare non è un paper scientifico. È *Gender Queer*, di Maia Kobabe – una graphic novel che racconta quella esperienza con una precisione e una grazia che nessun neuroimaging potrà mai replicare.[20] L'ho prestato a qualcuno che non me lo ha ancora restituito, il che rinforza la mia opinione: è un libro che vale la pena tenere – ma se sei quella persona (e no, ovviamente non mi ricordo assolutamente chi sei), ecco, sappi che è il momento di restituirmelo.

E qui si apre un secondo livello del problema, che vale almeno un cenno. Immagina che domani arrivi una terapia neurologica sicura ed efficace che «corregge» la rappresentazione interna del corpo. Per un adulto che ha già costruito la propria identità attorno all'incongruenza – che ha smesso di soffrire proprio abbracciando quello che è – quella cura non sarebbe una liberazione. Sarebbe la cancellazione di sé. La domanda che rimane aperta: la medicina ha il dovere di offrire la cura «causale» anche quando il paziente dice che non ne ha bisogno? E «non ne ho bisogno» è autonomia, o è sintomo?

Non c'è una risposta pulita. Ma il punto di partenza – primum non nocere – richiede che il danno venga misurato sulla persona, nella sua complessità biologica, psicologica, e sociale, non solo sulla carne. E questo cambia tutto.

INTANTO, DA NOI

Robert Smith è stato fermato nel 2000. Che io sappia ad oggi nessun ospedale offre amputazioni terapeutiche per BIID come trattamento standard. I casi documentati in letteratura rimangono rarissimi – una manciata in tutto il mondo – e avvengono caso per caso, senza protocolli riconosciuti.[11,13] Il dibattito accademico esiste – la letteratura bioetica è sostanziosa – ma non ha prodotto nessun cambiamento nella pratica clinica.

Nel frattempo, le persone con BIID continuano a esistere. Continuano a fare pretending. Continuano, alcune, ad automutilarsi. Continuano a cercare chirurghi disposti ad ascoltarle – e a non trovarli.

C'è una domanda che non possiamo evitare, e la metto sul bancone come al solito senza risposta premasticata e predigerita: la differenza tra il modo in cui trattiamo la BIID e il modo in cui la medicina ha progressivamente riconosciuto e trattato la disforia di genere – due condizioni

che condividono la stessa struttura di incongruenza corpo/identità – è una differenza scientifica o culturale?

La risposta onesta, a mio avviso, è: in gran parte culturale. Non è la neuroscienza che ha aperto la strada alla transizione medica. È stato un lungo processo politico, di visibilità, di organizzazione, di riconoscimento sociale. La neuroscienza ha accompagnato quel processo, ma non lo ha guidato. E questo solleva una domanda scomoda: se il riconoscimento di una condizione dipende dalla sua visibilità culturale più che dalla sua evidenza scientifica, chi rimane indietro? Nel caso della BIID, e in altri casi, magari anche meno «allarmanti» sul piano delle nostre intuizioni riguardo a giusto e sbagliato? Chi non ha una comunità abbastanza grande, abbastanza organizzata, abbastanza presente nel discorso pubblico da guadagnarsi il diritto all'ascolto. Qualcuno ha detto forse persone intersex, per esempio? Martin, questa è una richiesta ufficiale di bibliografia.

Neurobiologia e cultura sono difficili da districare. Le reti neurali che costruiscono il senso del corpo sono modellate dall'esperienza, dall'identità, dalla storia personale. E attenzione: questa non è una ragione per non prendere la condizione sul serio – è esattamente il contrario.

Il terzo paziente di Smith non è mai stato operato. Non sappiamo dove sia, né come stia. O almeno, non lo so io e non ne ho trovato traccia in letteratura. Quella persona rappresenta una domanda aperta alla quale la medicina ha deciso di non rispondere, o almeno non per ora.

L'ULTIMO GIRO

Nel 1997, un uomo è entrato nello studio di Robert Smith e gli ha chiesto di liberarlo da una parte del suo corpo. Quando la storia è uscita sui giornali, la reazione è stata immediata e uniforme: disgusto, incredulità, certezza che Smith avesse sbagliato. Quella reazione è un dato. Le intuizioni morali sono dati – ci dicono che qualcosa richiede attenzione. Sono campanelli. Non necessariamente d'allarme, ma di attenzione.

Il problema è quello che succede quando si salta dal campanello alla norma, senza passare per il ragionamento. In questa storia, a dire il vero, il salto l'hanno fatto più i giornali che l'ospedale. L'azienda sanitaria ha fermato Smith dopo il rapporto del suo comitato etico, e il presidente ha detto che operazioni simili non erano escluse per il futuro, con una procedura rigorosa.[3] Ma della storia di Smith è rimasto il disgusto, non la porta socchiusa. Le intuizioni sono gratis. Il ragionamento etico invece no – richiede tempo, cura, dati, analisi, fatica, la disponibilità a scoprire che la risposta ovvia potrebbe non essere giusta, o la disponibilità a

rivedere quello che pensi di qualche altro argomento. Saltare direttamente dall'intuizione alla regola è quasi sempre un errore.

Smith quel lavoro lo ha fatto. Ha ascoltato, ha consultato, ha pesato, ha deciso. E i pazienti che ha operato sono andati bene. Lo stesso ha fatto, nel 2024, una psichiatra del Québec, Nadia Nadeau: un solo paziente, due dita invece di una gamba, operato da un ortopedico nell'ospedale pubblico della sua zona.[11] Un anno dopo stava ancora bene.[13] Non è una prova – sono casi, con tutti i limiti dei casi. Ma indicano qualcosa di importante: che prendere sul serio l'esperienza di un'altra persona, anche quando è tanto, TANTO lontana dalla nostra, anche quando ci mette a disagio, non è sentimentalismo. È la forma più elementare di ragionamento etico che esiste. Ed è esattamente quello che un campanello, da solo, non riesce a fare.

Bibliografia

1. Kuhse H, Schüklenk U, Singer P, a c. di. *Bioethics: An Anthology*. 3ª ed. Wiley Blackwell; 2016.
2. Elliott C. A New Way to Be Mad. *The Atlantic Monthly*. Pubblicato online dicembre 2000. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2000/12/a-new-way-to-be-mad/304671/
3. Dyer C. Surgeon amputated healthy legs. *BMJ*. 2000;320(7231):332-332. doi:10.1136/bmj.320.7231.332
4. First MB. Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder. *Psychol Med*. 2005;35(6):919-928. doi:10.1017/S0033291704003320
5. Money J, Jobaris R, Furth G. Apotemnophilia: Two cases of self-demand amputation as a paraphilia. *The Journal of Sex Research*. 1977;13(2):115-125. doi:10.1080/00224497709550967
6. Giummarra MJ, Bradshaw JL, Nicholls MER, Hilti LM, Brugger P. Body Integrity Identity Disorder: Deranged Body Processing, Right Fronto-Parietal Dysfunction, and Phenomenological Experience of Body Incongruity. *Neuropsychol Rev*. 2011;21(4):320-333. doi:10.1007/s11065-011-9184-8
7. McGeoch PD, Brang D, Song T, Lee RR, Huang M, Ramachandran VS. Xenomelia: a new right parietal lobe syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2011;82(12):1314-1319. doi:10.1136/jnnp-2011-300224
8. Bottini G, Brugger P, Sedda A. Is the desire for amputation related to disturbed emotion processing? A multiple case study analysis in BIID. *Neurocase*. 2015;21(3):394-402. doi:10.1080/13554794.2014.902969
9. Sedda A. Body Integrity Identity Disorder: From a Psychological to a Neurological Syndrome. *Neuropsychol Rev*. 2011;21(4):334-336. doi:10.1007/s11065-011-9186-6
10. Müller S. Body Integrity Identity Disorder (BIID)—Is the Amputation of Healthy Limbs Ethically Justified? *The American Journal of Bioethics*. 2009;9(1):36-43. doi:10.1080/15265160802588194
11. Nadeau N. Successful treatment of body integrity dysphoria with amputation: A case report. *Clinical Case Reports*. 2024;12(4):e8720. doi:10.1002/ccr3.8720
12. Bayne T, Levy N. Amputees By Choice: Body Integrity Identity Disorder and the Ethics of Amputation. *J Appl Philos*. 2005;22(1):75-86. doi:10.1111/j.1468-5930.2005.00293.x
13. Nadeau N. One-year follow-up of amputation as a curative treatment for body integrity dysphoria: A case report. *Clinical Case Reports*. 2024;12(7):e9156. doi:10.1002/ccr3.9156
14. Gibson RB. Elective Impairment Minus Elective Disability: The Social Model of Disability and Body Integrity Identity Disorder. *Bioethical Inquiry*. 2020;17(1):145-155. doi:10.1007/s11673-019-09959-5

15. Dua A. Apotemnophilia: ethical considerations of amputating a healthy limb. *J Med Ethics*. 2010;36(2):75-78. doi:10.1136/jme.2009.031070
16. Savulescu J, Kahane G. Disability: a welfarist approach. *Clinical Ethics*. 2011;6(1):45-51. doi:10.1258/ce.2011.011010
17. Matthews R. Storks Deliver Babies (p = 0.008). *Teaching Statistics*. 2000;22(2):36-38. doi:10.1111/1467-9639.00013
18. Past Ig Winners. Improbable Research. 1 agosto 2006. Consultato 14 ottobre 2026. https://improbable.com/ig/winners/
19. Manzouri A, Savic I. Possible Neurobiological Underpinnings of Homosexuality and Gender Dysphoria. *Cerebral Cortex*. 2019;29(5):2084-2101. doi:10.1093/cercor/bhy090
20. Kobabe M. *Gender Queer: A Memoir*. Lion Forge; 2019.

24

Il nome sulla cartella

Quando la diagnosi porta la firma di un criminale di guerra

Uscito il 27 maggio 2026

AL BANCONE

Immagina di essere seduto nello studio di un neurologo. Hai fatto gli esami, hai aspettato, e adesso il medico ti guarda e dice una frase che non dimenticherai. Dice: «Ha la malattia di Hallervorden-Spatz.» Lo dice con quella voce piatta, tecnica, che i medici usano per le diagnosi difficili – non per crudeltà, ma perché è il loro modo di tenerti insieme mentre ti dà una notizia brutta forte – perché è una malattia genetica che porta ad accumuli di ferro nel cervello che provoca deterioramento cognitivo, gravi disturbi motori, e alla fine si muore. Tu annuisci. Forse chiedi come si scrive. Forse no. Esci stordito, con un foglio in mano. Lo so bene, perché nel 2009 la mia diagnosi era diversa (aplasia midollare idiopatica), ma la sensazione era quella lì.

Quello che quasi certamente non sai – perché nessuno te lo dice, perché nessuno ci pensa davvero – è chi era Julius Hallervorden, da cui arriva il nome della tua diagnosi. Era un neuropatologo nazista che ricevette centinaia di cervelli di vittime del programma T4, il piano di sterminio dei disabili del Terzo Reich, anche di bambini. Li ricevette con entusiasmo. Li analizzò. Pubblicò. Il nome sulla tua diagnosi, però, se l'era guadagnato prima: nel 1922, quasi vent'anni prima, aveva descritto la degenerazione neurologica che per decenni portò il suo nome – e che oggi è stata

finalmente rinominata (il nome non è particolarmente amichevole) in «Neurodegenerazione associata alla pantotenato chinasi» – o PKAN – ma ancora qualche medico chiama con quel vecchio titolo, per abitudine o ignoranza.[1,2]

Quel nome, sul tuo foglio di carta intestata, non è solo un termine tecnico. È una piccola cerimonia funebre al contrario: un onore postumo a chi avrebbe considerato te – il paziente, il malato – una vita non degna di essere vissuta.

Oggi parliamo di nomi. Di cosa significa portarli, darli, cambiarli, e non toglierli quando sarebbe ora.

COM'È ANDATA

Per capire questa storia bisogna partire dal 1939. Quello è l'anno in cui la Germania nazista avvia il programma T4 – chiamato così dall'indirizzo del quartier generale, Tiergartenstraße 4 a Berlino.[3] L'obiettivo è eliminare sistematicamente le persone con disabilità fisiche e mentali: bambini con malformazioni, adulti con disturbi psichiatrici, anziani non autosufficienti. Viene chiamata «eutanasia», ma è sterminio organizzato dallo Stato. C'è uno spettacolo (e un libro) di Marco Paolini che vi consiglio, per approfondire, si chiama *Ausmerzen*.[4,5] Entro il 1941, quando il programma viene ufficialmente sospeso – anche se continua informalmente – sono morte oltre 70.000 persone; alla fine della guerra saranno circa 200.000.[1,3] I medici non sono vittime di questo sistema. Ne sono gli architetti.[6]

Julius Hallervorden è uno di loro. Neuropatologo di fama, già affermato nel campo della ricerca neurologica, ottiene dalle strutture T4 oltre 600 cervelli di vittime – bambini e adulti «eutanasizzati» – per la sua ricerca.[7] Lo sappiamo da lui. Nel giugno del 1945, a guerra appena finita, nel suo laboratorio lo va a trovare Leo Alexander, un neurologo dell'esercito americano che di lì a poco sarà il principale esperto medico al processo di Norimberga contro i medici nazisti.[8] Hallervorden è cordiale, collaborativo, gli mostra i vetrini al microscopio. E racconta, con una franchezza raccapricciante. Quando ha saputo che cosa stavano per fare, è andato da loro: *«Sentite, ragazzi, se li ammazzate comunque, almeno tirate fuori i cervelli, così il materiale si può usare.»* Gli hanno chiesto quanti ne potesse esaminare: *«Un numero illimitato, più sono meglio è.»* Ha dato loro i fissativi, i barattoli, le istruzioni, e i cervelli sono arrivati a lotti di centocinquanta, duecentocinquanta alla volta, come il furgone di un mobilificio. *«C'era del materiale meraviglioso fra quei cervelli. Da dove venissero e come arrivassero da me, non erano affari miei.»*[9] Il suo nome, sui manuali, c'era già da quasi

vent'anni: nel 1922, insieme al collega Hugo Spatz, aveva descritto una degenerazione con accumulo di ferro nel globo pallido, che per decenni porterà il nome di tutti e due.[2] La malattia di Hallervorden-Spatz era già nei manuali, e ci resta: nei repertori diagnostici, nella bocca dei medici di tutto il mondo.[10]

Il suo caso non è isolato. Hans Conrad Julius Reiter è un medico che contribuisce a progettare esperimenti a Buchenwald con un vaccino sperimentale contro il tifo: muoiono centinaia di detenuti.[11] La «sindrome di Reiter» – un'artrite reattiva – porta il suo nome.[12] La campagna per rinominarla inizia nel 1977.[13] Ci vogliono più di vent'anni: nel 2003 una rivista di reumatologia dedica un numero al caso, e molti medici smettono di usarla, sostituendola con «artrite reattiva».[13,14]

Friedrich Wegener si iscrive alle SA – le squadre d'assalto naziste – otto mesi prima che Hitler prendesse il potere. Entra nel partito nel 1933. Lavora in prossimità delle strutture di sterminio a Łódź. Viene ricercato come criminale nel dopoguerra, ma non viene mai processato.[15] La sua «granulomatosi di Wegener» – una malattia infiammatoria dei vasi sanguigni – è quella che avete sentito citare spesso dal dottor House, che la nomina come se Wegener fosse uno con cui gioca a golf. Viene rinominata GPA – granulomatosi con poliangioite – solo nel 2011.[16]

Max Clara è un anatomista, membro attivo e dichiarato del partito nazista. Descrive un tipo di cellule del rivestimento bronchiale usando tessuti di prigionieri giustiziati.[14,17] La «cellula di Clara» entra nei libri di anatomia. Viene ribattezzata «club cell» solo nel 2013.[14,18]

Il caso più complesso, e forse il più noto, è quello di Hans Asperger. Pediatra viennese, è stato a lungo celebrato come un eroe: si diceva che avesse protetto i bambini autistici dal regime, enfatizzando le loro capacità per renderli «utili» agli occhi dei nazisti e salvarli così dall'eliminazione. Era una narrativa comoda. Nel 2018, lo storico Herwig Czech pubblica una ricerca che la smonta: Asperger aveva trasferito bambini al centro di eutanasia Am Spiegelgrund di Vienna, dove vennero uccisi. Può essere collegato alla morte di decine di bambini.[19]

La «sindrome di Asperger» era già stata assorbita nello spettro autistico dal DSM-5 nel 2013, per ragioni cliniche e non politiche.[20] Una coincidenza che ha alleggerito un dibattito che altrimenti sarebbe stato assai più aspro: la diagnosi era già sparita prima che emergesse la storia del suo autore.

Vale la pena aggiungere una nota che spesso si perde: c'è un'altra vittima silenziosa nella storia di Asperger, Grunya Sukhareva: ci torno più avanti.[21]

IL NODO

C'è un primo livello di questa storia che sembra abbastanza lineare. La medicina si presenta come impresa morale, no? Non è solo una disciplina tecnica, ha codici etici, giuramenti, comitati. Eppure ha tollerato per decenni, e in alcuni casi tollera ancora, che i nomi dei suoi criminali restino incisi nella nomenclatura ufficiale. Non nei libri di storia, e di storia della medicina, dove sarebbe giusto e necessario che restassero – per non dimenticare, con il contesto necessario a comprenderne l'infamia. Rimangono nelle cartelle cliniche e nella bocca dei medici che imparano a curare senza sapere chi fossero davvero queste persone.

Rinominare non è cancel culture – cultura della cancellazione. Vale la pena dirlo con precisione, perché la confusione è facile. La cancel culture, nel senso deteriore del termine, cerca di far sparire qualcuno dalla storia – di fare come se non fosse mai esistito. Nessuno sta chiedendo di eliminare Hallervorden e compagnia dai libri, di non studiarne le azioni, di non raccontare cosa fecero lui e gli altri della sua risma. Si chiede solo di smettere di usare i loro nomi come se fosse un titolo onorifico. Le statue si abbattono, le strade si rinominano – non per dimenticare, ma perché un onore è cosa diversa da una memoria. Ricordare Hallervorden è necessario. Onorarlo è un'altra cosa.

L'inerzia del linguaggio medico è enorme – e non è neutrale. Trent'anni dopo l'inizio della campagna per rinominare la sindrome di Reiter, tredici grandi manuali di medicina su quattordici lo riportavano ancora, e in Israele (in Israele!) lo insegnavano due scuole di medicina su quattro.[22] Ogni volta che un medico usa uno di questi nomi senza sapere – o sapendo e non curandosi – sta facendo una scelta, e anche non scegliere è una scelta.

Ma c'è un secondo livello, più scomodo. Ammettiamo pure che la risposta alla prima domanda sia semplice: sì, si cambia il nome, subito, senza rimpianti. Rimane aperta una questione che nessuna ridenominazione risolve. Cosa facciamo con la conoscenza ottenuta attraverso l'orrore?

I dati neurologici di Hallervorden – raccolti su cervelli di vittime del programma T4 – sono ancora citati in letteratura. Le osservazioni sugli effetti dell'ipotermia estrema, ricavate dagli esperimenti sui deportati di Dachau – dove tra il 1942 e il 1943 il medico delle SS Sigmund Rascher immerse centinaia di prigionieri in vasche di ghiaccio, uccidendone tra gli 80 e i 90 – furono citate da almeno 45 pubblicazioni scientifiche fino al 1984, incluse ricerche finanziate da eserciti occidentali.[23,24] Nel 1989 Art Caplan (con cui ho recentemente avuto il piacere di scrivere un articolo scienti-

fico) organizzò una conferenza per aprire la discussione sui problemi etici posti dall'uso di risultati della scienza nazista.[24,25] In quel contesto il fisiologo americano Robert Pozos sostenne che quei dati potessero salvare vite umane.[26] Un'analisi del 1990 concluse invece che gli esperimenti di Dachau avevano «tutti gli ingredienti di una frode scientifica» e che i dati non potevano avanzare la scienza né salvare vite.[23] E quindi? Buttiamo via tutto? O teniamo la scienza e cambiamo solo il nome?

C'è chi dice: la conoscenza non ha colpa. I dati sono dati. Le vittime hanno già pagato il prezzo – ignorarla non le risarcisce, non le riporta in vita. L'unica cosa sensata è usarla, ricordando sempre da dove viene. Sprecare ciò che hanno «contribuito» – con la violenza, senza scelta – sarebbe quasi un insulto ulteriore.

C'è chi risponde: quella conoscenza è irrimediabilmente contaminata, non solo moralmente ma spesso anche scientificamente. Gli esperimenti nazisti erano condotti senza protocollo, senza controlli, con metodologie che nessun comitato etico approverebbe – il che significa che i dati potrebbero essere inaffidabili, oltre che immorali. Normalizzare l'uso di conoscenza ottenuta attraverso la tortura crea un precedente pericoloso. Se quella conoscenza vale, allora in qualche modo storto forse anche la tortura valeva, e questa è una strada scivolosa che non vogliamo percorrere.

Poi c'è una terza posizione, meno citata ma forse la più onesta: non lo sappiamo. Non esiste una risposta pulita. Ogni caso va valutato separatamente – la qualità dei dati, la loro unicità, la possibilità di replicarli oggi (forse, in qualche caso) con metodi meno disgustosi. Non è una risposta soddisfacente, ma è l'unica che non mente.

Quel che è certo è che i nomi negli eponimi (termine che indica le denominazioni mediche che portano il nome di una persona) e i dati nella letteratura sono due problemi distinti, anche se nascono dalla stessa radice. Il primo problema, quello degli eponimi, ha una soluzione relativamente semplice: si cambia il nome, si spiega perché, si preservano sia memoria che giustizia, e si va avanti. Il secondo problema, quello dei dati, non ha una soluzione semplice, e probabilmente non ne avrà mai una. Le vittime non possono essere consultate. Il danno non può essere riparato. Rimane solo la domanda – e la responsabilità di non fingere che non esista.

INTANTO, DA NOI

Il dibattito sugli eponimi medici nazisti ha iniziato a prendere forma negli anni Novanta, ma ha accelerato notevolmente nell'ultimo decennio.[1] Le

rinominazioni di GPA nel 2011, della club cell nel 2013, la nuova luce su Asperger nel 2018: non sono episodi isolati, sono segnali di una conversazione che la medicina sta finalmente facendo con sé stessa.

È la stessa conversazione che società, università e città stanno affrontando altrove: chi dovremmo onorare? Cosa significa mettere un nome su qualcosa – una strada, un edificio – o una diagnosi? La differenza, nel caso degli eponimi medici, è che il nome non è su una targa che si può ignorare: è nella bocca del medico che ti visita, è sulla carta che porti a casa, è quello che cerchi su Google la notte prima di dormire quando hai paura. Sono cresciuto a Bassano del Grappa, dove c'è ancora un Piazzale Cadorna. Luigi Cadorna, comandante supremo dell'esercito italiano nella Prima guerra mondiale, è tristemente noto per aver ordinato le decimazioni: la fucilazione di soldati estratti a sorte per punire interi reparti senza identificare i colpevoli.[27] Si stima che siano stati fucilati per mano amica oltre 1.000 soldati italiani, tra condanne formali ed esecuzioni sommarie – un numero sproporzionato rispetto agli eserciti alleati.[28–30] Da decenni quel nome è vergognosamente onorato su una piazza (che perlomeno è più che altro un brutto incrocio). La domanda è la stessa: onorare o ricordare?

C'è anche una questione di equità che questa storia porta con sé. La scienza è stata costruita – in parte – su corpi che non hanno dato il consenso. Non solo i corpi delle vittime naziste: anche i corpi delle schiave su cui, nell'Alabama degli anni Quaranta dell'Ottocento, J. Marion Sims mise a punto la chirurgia ginecologica[31], i corpi dei poveri che finivano sui tavoli settori nel Regno Unito (per chi volesse deliziarsi, Burke e Hare sono nel capitolo 4, *Resurrezione*), i corpi degli uomini afroamericani di Tuskegee lasciati senza cure per quarant'anni (tutta la storia è nel capitolo 27, *Sangue cattivo*). La questione degli eponimi è il pezzo più visibile di un problema più grande: chi viene ricordato, chi viene dimenticato, e a chi viene attribuito il merito – o il disonore – di ciò che la scienza ha fatto.

Grunya Sukhareva descrisse l'autismo nel 1925. Asperger pubblicò nel 1944, senza citarla. Per decenni il contributo di Grunya è rimasto sepolto, in parte perché era una donna, in parte perché era ebrea, in parte perché era sovietica, e pubblicava in russo e in tedesco in un campo che di lì a poco avrebbe parlato inglese.[21] Solo oggi il suo nome inizia a riaffiorare.

La buona notizia – se così si può chiamare – è che la comunità medica ha gli strumenti per fare questa correzione. Non è necessario aspettare decenni. Le riviste possono adottare politiche editoriali, le scuole di medicina possono insegnare la storia dietro i termini, i manuali possono aggiornarsi. Non è una questione di censura: è una questione di smettere

di usare la nomenclatura scientifica come sistema di ricompensa per chi decisamente non ne merita alcuna.

L'ULTIMO GIRO

Torniamo alla stanza del neurologo. Torniamo a te, il paziente con il foglio in mano.

La malattia che ti hanno diagnosticato è tristemente reale e oggettiva. Ma il nome con cui quella malattia viene chiamata è una scelta. Una scelta che qualcuno ha fatto decenni fa, e che qualcun altro ha continuato a ripetere, spesso senza sapere chi stava onorando. Una scelta che noi possiamo disfare, adesso, con meno sforzo di quanto pensiamo. Cambiare un nome non cancella la storia: la lascia dove deve stare, nei libri, nei processi, negli archivi. Smette solo di farla sfilare ogni giorno nei corridoi degli ospedali, stampata sui referti, pronunciata dai medici come se fosse neutra. Non lo è. Non è mai stata neutra.

Ci tengo a ripeterlo: questa storia riguarda tutte e tutti, non solo i malati e i medici. Riguarda chiunque abbia mai ripetuto un nome senza chiedersi da dove viene – e siamo tutti in questa categoria, perché il linguaggio funziona così: automatizza, normalizza, rende invisibile. La prossima volta che senti parlare di una sindrome, di un teorema, di una via intitolata a qualcuno, vale la pena fermarsi un secondo per chiedersi: chi era questa persona? Cosa ha fatto, davvero? E soprattutto: meriterebbe ancora il nostro riconoscimento, o ci basta tenerla nella nostra memoria?

E la prossima volta che un medico ti dà una diagnosi con un nome di persona, chiediti chi era quella persona. Magari chiedilo al medico. Non sempre la risposta sarà rassicurante. Ma la domanda, vale sempre la pena di farla.

Bibliografia

1. Voges L, Kupsch A. Renaming of Hallervorden–Spatz disease: the second man behind the name of the disease. *J Neural Transm*. 2021;128(11):1635-1640. doi:10.1007/s00702-021-02408-x
2. Hallervorden J, Spatz H. Eigenartige Erkrankung im extrapyramidalen System mit besonderer Beteiligung des Globus pallidus und der Substantia nigra. *Z f d g Neur u Psych*. 1922;79(1):254-302. doi:10.1007/BF02878455
3. United States Holocaust Memorial Museum. Euthanasia Program. In: *Holocaust Encyclopedia*. Consultato 14 ottobre 2026. https://encyclopedia.ushmm.org/content/en/article/euthanasia-program
4. Paolini M. *Ausmerzen*. Jolefilm; 2011. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.jolefilm.com/spettacolo-tv/ausmerzen/
5. Paolini M, Paolini M. *Ausmerzen. Vite indegne di essere vissute*. Einaudi; 2012.
6. Shevell MI, Peiffer J. Julius Hallervorden's wartime activities: Implications for science under dictatorship. *Pediatric Neurology*. 2001;25(2):162-165. doi:10.1016/S0887-8994(00)00243-5

7. Hughes JT. Neuropathology in Germany during World War II: Julius Hallervorden (1882–1965) and the Nazi programme of 'euthanasia'. *J Med Biogr*. 2007;15(2):116-122. doi:10.1258/j.jmb.2007.06-57
8. Schmidt U, Docking K, Peace D, Frewer A, a c. di. *Leo Alexander at the Nazi Doctors' Trial: The Nuremberg Diary and Correspondence*. 1ª ed. Franz Steiner Verlag; 2025. doi:10.25162/9783515138611
9. Alexander L. *Neuropathology and Neurophysiology, Including Electro-Encephalography, in Wartime Germany*. Combined Intelligence Objectives Sub-Committee (CIOS); 1945. Consultato 16 ottobre 2026. https://digirepo.nlm.nih.gov/pdf/nlm:nlmuid-101641401-bk
10. Kondziella D. Thirty Neurological Eponyms Associated with the Nazi Era. *Eur Neurol*. 2009;62(1):56-64. doi:10.1159/000215880
11. Wallace DJ, Weisman MH. The physician Hans Reiter as prisoner of war in Nuremberg: A contextual review of his interrogations (1945–1947). *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2003;32(4):208-230. doi:10.1053/sarh.2003.49995
12. Strous RD, Edelman MC. Eponyms and the Nazi Era: Time to Remember and Time for Change. *Israel Medical Association Journal*. 2007;9(3):207-214.
13. Zegers RH. [Eponym 'Reiter' should better no longer be used]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2014;158:A7367.
14. Woywodt A, Lefrak S, Matteson E. Tainted eponyms in medicine: the "Clara" cell joins the list. *Eur Respir J*. 2010;36(4):706-708. doi:10.1183/09031936.00046110
15. Woywodt A, Matteson EL. Wegener's granulomatosis – probing the untold past of the man behind the eponym. *Rheumatology*. 2006;45(10):1303-1306. doi:10.1093/rheumatology/kel258
16. Falk RJ, Gross WL, Guillevin L, et al. Granulomatosis with Polyangiitis (Wegener's): An alternative name for Wegener's Granulomatosis. *Arthritis & Rheumatism*. 2011;63(4):863-864. doi:10.1002/art.30286
17. Winkelmann A, Noack T. The Clara cell: a "Third Reich eponym"? *Eur Respir J*. 2010;36(4):722-727. doi:10.1183/09031936.00146609
18. Irwin RS, Augustyn N, French CT, Rice J, Tedeschi V, Welch SJ. Spread the word about the journal in 2013: from citation manipulation to invalidation of patient-reported outcomes measures to renaming the Clara cell to new journal features. *Chest*. 2013;143(1):1-4. doi:10.1378/chest.12-2762
19. Czech H. Hans Asperger, National Socialism, and "race hygiene" in Nazi-era Vienna. *Molecular Autism*. 2018;9(1):29. doi:10.1186/s13229-018-0208-6
20. American Psychiatric Association. *Autism Spectrum Disorder*. 2013. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Autism-Spectrum-Disorder.pdf
21. Manouilenko I, Bejerot S. Sukhareva – Prior to Asperger and Kanner. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2015;69(6):479-482. doi:10.3109/08039488.2015.1005022
22. Keynan Y, Rimar D. Reactive arthritis – the appropriate name. *Israel Medical Association Journal*. 2008;10(4):256-258.
23. Berger RL. Nazi Science — The Dachau Hypothermia Experiments. *N Engl J Med*. 1990;322(20):1435-1440. doi:10.1056/NEJM199005173222006
24. Caplan AL. How Should We Regard Information Gathered in Nazi Experiments? *AMA Journal of Ethics*. 2021;23(1):E55-58. doi:10.1001/amajethics.2021.55
25. Caplan AL. How Did Medicine Go So Wrong? In: Caplan AL, a c. di. *When Medicine Went Mad*. Humana Press; 1992:53-92. doi:10.1007/978-1-4612-0413-8_6
26. Pozos RS. Scientific Inquiry and Ethics: The Dachau Data. In: Caplan AL, a c. di. *When Medicine Went Mad*. Humana Press; 1992:95-108. doi:10.1007/978-1-4612-0413-8_7
27. Camera dei deputati. Servizio studi. *Disposizioni concernenti i militari italiani cui è stata irrogata la pena capitale durante la prima Guerra mondiale. A.C. 2741*. Camera dei deputati; 2015. Consultato 16 ottobre 2026. https://documenti.camera.it/leg17/dossier/pdf/cost125.pdf
28. Pluviano M, Guerrini I. *Le fucilazioni sommarie nella prima guerra mondiale*. Gaspari; 2004. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.gasparieditore.it/le-fucilazioni-sommarie-nella-prima-guerra-mondiale

29. Andreatta D. Fucilati, Mattarella: «Memoria da ritrovare». *Avvenire*. 3 maggio 2015. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.avvenire.it/agora/cultura/fucilati-mattarella-memoria-da-ritrovare_19597
30. Welch SR. Military Justice. In: Daniel U, Gatrell P, Janz O, et al., a c. di. *1914-1918-Online. International Encyclopedia of the First World War*. BSB - Bavarian State Library; 2014. doi:10.15463/IE1418.10393
31. Ojanuga D. The medical ethics of the 'father of gynaecology', Dr J Marion Sims. *J Med Ethics*. 1993;19(1):28-31. doi:10.1136/jme.19.1.28

25

I Want to Believe

Biopolitica religiosa e teorie del complotto

Uscito il 10 giugno 2026

AL BANCONE

7 aprile 2026. Al mattino, Trump pubblica su Truth Social: *«una civiltà intera morirà stanotte, per non ritornare mai più».* Lo scrive mentre l'Iran si avvicina a una scadenza militare che lui stesso ha fissato. Una civiltà intera morirà stanotte. Novanta minuti prima della scadenza, c'è il cessate il fuoco.[1,2]

Due anni prima, Khamenei teneva uno dei suoi discorsi consueti. La civiltà occidentale, dice, ha rivelato la sua vera natura: ingannevole, ipocrita, piena di menzogne. E il suo regime, da decenni, accusa il nemico di usare la medicina come strumento di dominazione: di voler corrompere le famiglie, ridurre le nascite, cancellare i valori islamici.[3] Come per Trump, cito letteralmente: «Si presentano con un sorriso, ma dentro sono come un cane rabbioso e un lupo assetato di sangue. Questa è la vera natura della civiltà occidentale. Questa è la democrazia liberale dell'Occidente.»[4]

(Ali Khamenei, quello del discorso, è stato ucciso nei raid del 28 febbraio 2026, cinque settimane prima del post di Trump; al suo posto oggi c'è il figlio, Mojtaba.[5] Il regime, e la sua retorica, sono rimasti.)

Due leader. Due civiltà che si fronteggiano. Scontro totale. Eppure qualcosa in comune ce l'hanno. Spoiler: guardateli pregare. Da una parte Trump, nello Studio Ovale, con un gruppo di pastori che pregano su di

lui.[6] Dall'altra Khamenei, che guida la preghiera.[7] Due immagini, la stessa scena: il capo politico che si mostra, in pubblico, anche come capo religioso. Questi sono i fatti, ora la mia opinione, che una volta tanto è piuttosto concisa: brrr.

Adesso facciamo un esperimento. Prendete le rispettive agende biopolitiche, quello che entrambi questi tonti pensano sui corpi, sulle nascite, sulla scienza, sulla famiglia, e mettetele una accanto all'altra, senza etichette. Promozione attiva della fertilità. Sfiducia nella scienza quando contraddice i testi sacri. Teoria della cospirazione con un nemico preciso che minaccia la sopravvivenza demografica della comunità. Medicina tradizionale come atto di resistenza culturale.

Riuscite a distinguerle? Sicuri? Perché io francamente a volte faccio fatica.

Fatto buffo, parzialmente correlato. In Veneto si dice: *sangue dai morti no se ghin cava (dai morti, dai sassi, dai muri... ci sono varianti locali)*. Non si ottiene sangue dai morti. Ma apparentemente lo sperma sì, per quanto bizzarro e raccapricciante possa sembrare. Giuro che c'entra.

Quando la religione entra non solo nella legge, ma anche nell'ecosistema dell'informazione, le cose diventano più complicate – e riguardano anche chi non ha mai messo piede in casa di dio. Anche me, anche voi. Anche Fox Mulder.

Quindi: sperma dai morti, pedofili satanisti, Avicenna dimenticato, peni piccoli per colpa dei polli, e tanta salsa postcoloniale. Signore e signori, vi prometto un circo niente male, e vi garantisco che ci faremo TANTI, tanti nuovi amici.

COM'È ANDATA

Nel 2026 abbiamo pubblicato un paper su «Teorie del complotto come componenti della biopolitica religiosa».[3] L'ho scritto insieme a Kiarash Aramesh – di cui vi parlerò tra poco – e a Federico Germani, con cui collaboro da anni, tra l'altro mica solo alle nostre cose tediose accademiche ed anglofone, ma anche a cose molto più divertenti, e totalmente italofone, tipo il nostro ultimo libro, *Mi fa male la scienza*.[8]

Partiamo con le definizioni, perché abbiamo diversi ingredienti sul bancone per questo bel cocktail. Una teoria del complotto, bene o male, sappiamo cos'è: rettiliani, terra piatta, vaccini e autismo... Tutte teorie del complotto. Facile. E la biopolitica? L'ha resa famosa Foucault: la biopolitica è l'esercizio del potere politico sui corpi, sulla salute, sulla riproduzione.

Per esempio, quando lo Stato ti dice quanti figli devi o non devi avere – quella è biopolitica.

Quando a esercitarla sono movimenti religiosi, diventa biopolitica religiosa. E la caratteristica che diversi casi apparentemente distanti condividono – nazionalismo cristiano negli USA, nazionalismo indù in India, Islam politico in Iran – ecco, quella caratteristica è questa: tutti e tre promuovono norme pro-fertilità, diffondono pseudoscienza sanitaria, e usano le teorie del complotto come strumento di mobilitazione e tenuta del potere.[3]

Tradotto da bancone: le teorie del complotto non sono l'effetto collaterale stravagante di certi movimenti religiosi identitari – ne sono un ingrediente strutturale, funzionale, intenzionale.

Detta così, par grossa. Vi accompagno a vedere questi tre casi da vicino, fidatevi. Più uno bonus per non scontentare nessuno, e farsi sempre tanti amici come è giusto che sia.

USA: il Prodigioso QAnon

Il nazionalismo cristiano americano parte da una premessa: la nazione è fondata sui valori cristiani, e quei valori sono sotto attacco. Il nemico è sia interno che esterno. Immigrati, media, élite laiche. La soluzione è ripristinare l'ordine morale cristiano: famiglie numerose, opposizione all'aborto e alla contraccezione, sfiducia nella scienza quando la scienza si scontra con la Bibbia, e Bibbia a scuola al posto di Darwin.

A inizio 2025 il Public Religion Research Institute ha pubblicato i risultati di un sondaggio nazionale condotto nel 2024: il 50% degli aderenti convinti (e un terzo dei simpatizzanti) al nazionalismo cristiano supporta QAnon, una stramba e pericolosa teoria del complotto nata nel 2017, durante il primo mandato di Trump, secondo cui il governo statunitense sarebbe controllato da pedofili satanisti che gestiscono una rete internazionale di traffico di minori.[9] Donald Trump, in questa narrazione, è l'eroe del bene che combatte le élite maligne.[10] Nota a margine: i nazionalisti cristiani negli USA non sono quattro gatti: le stime dicono che sono circa il 30% della popolazione americana.[11] Ecco, fra i più convinti, metà credono a QAnon. Fate i conti.

La Chapman University Survey of American Fears (uno studio sulle paure degli statunitensi) dice che nazionalismo cristiano e letteralismo biblico sono associati in modo robusto alla disposizione a credere nelle teorie del complotto; non solo quelle più note, tipo riguardo all'11 settembre ed all'allunaggio, ma anche ad altre, inventate di sana pianta per lo studio. Tipo il «North Dakota Crash»: un evento inesistente, accettato

come reale da una fetta significativa dei partecipanti più allineati al nazionalismo cristiano.[12] Al bar si direbbe: un pesce tonto abbocca a qualunque esca, purché abbia la forma giusta.

E non si tratta solo di stramberie sulla luna, i pedofili satanisti, o i dinosauri amici di Adamo ed Eva, ma anche di cose con un impatto MOLTO diretto sulla salute delle persone. Parentesi: questo non vuol dire che il negazionismo dell'evoluzione sia una buona idea, e non vuol dire nemmeno che non sia pericoloso. Ma direttamente, in sé e per sé, non nuoce alla salute delle persone, e idealmente, in un mondo libero, è bello che le persone possano credere quello che meglio credono – finché non fanno male a se stesse o ad altri. Altra precisazione: non sto condonando alcunché e una grossa parte del mio lavoro all'università riguarda proprio la lotta alla disinformazione, ma non sono nemmeno un fan delle narrazioni totalitarie prodotte dal ministero della verità. Comunque, tornando a noi, teorie del complotto che ammazzano direttamente la gente. Una forte è l'esitazione vaccinale, quando uno non vuole farsi vaccinare, o non vuole vaccinare la prole. Ecco, Katie Corcoran e colleghi nel 2021 hanno trovato che il nazionalismo cristiano è uno dei predittori più forti di esitanza vaccinale negli Stati Uniti, insieme all'età e all'orientamento politico.[13]

Qui dovrei aprire un'altra parentesi sui vaccini, e poi un'altra sulle teorie del complotto che poi invece erano vere, ma rischiamo di non uscirne più e ho promesso di provare a non essere prolisso. Quindi accontentiamoci, e cambiamo scenario.

India: la chirurgia plastica nel Mahabharata

25 ottobre 2014. Narendra Modi tiene un discorso davanti a medici e ricercatori. Dice: nel *Mahabharata* (un poema epico che ha un ruolo importante nell'induismo) si racconta di Karna, che non nacque dal grembo di sua madre; questo secondo Modi significa che la scienza genetica esisteva già. E, dice Modi: veneriamo il Signore Ganesha (un dio con corpo umano e testa di elefante): quindi, continua, ci deve essere stato un chirurgo plastico capace di applicare una testa di elefante sul corpo di un essere umano, dando origine alla chirurgia plastica. Sarebbe una barzelletta (moscia), se non fosse che Modi è il Primo Ministro, e che sta parlando in un ospedale.[14,15]

Il nazionalismo hindu si costruisce su due assi: l'induismo è parte indissolubile dell'identità indiana, e quell'identità è minacciata dall'interno e dall'esterno. Il nemico, nella narrativa dominante, sono gli uomini musulmani. La jihad dell'amore (cercate su Wikipedia «Love Jihad») è una teoria del complotto diffusa da anni: sostiene che gli uomini musulmani seduca-

no le donne hindu per convertirle all'Islam, erodendo la fertilità indiana e aumentando quella musulmana. La demografia come campo di battaglia.

C'è dell'altro. Il governo indiano investe sull'Ayurveda come medicina di stato, alternativa a loro avviso ragionevole alla scienza occidentale che sa di colonialismo (ed è un fatto inoppugnabile che la medicina occidentale si sia compromessa orribilmente con il colonialismo, oltre che con il nazismo e altre due o tre cosette fosche, su questo gli indiani, e mica solo loro, hanno ragione). E poi, sempre in tema salute: la narrazione nazionalista hindu attribuiva la diffusione del virus alle caste inferiori, e ovviamente agli uomini musulmani.[16]

Tanta fatica non poteva non essere riconosciuta. Infatti Modi e Trump, nel 2020, hanno vinto insieme l'Ig Nobel per l'educazione medica: «a chi ha insegnato al mondo che i politici possono avere un effetto più immediato sulla vita e sulla morte, rispetto a medici e scienziati», recita la motivazione. Premio condiviso con Bolsonaro, Johnson, López Obrador, Lukashenko, Erdogan, Berdimuhamedow, e, last but not least, sua eminenza lo Zar Vladimir Putin.[17]

La prossima destinazione è saporita; ci spostiamo in Iran.

Iran: la medicina colonialista (dal 1944)

Nel 1944, prima che la Repubblica Islamica esistesse, Khomeini scriveva: «tutto ciò che viene dall'Occidente è colonialismo. Medicina colonialista, cultura colonialista che esportano nei Paesi poveri per renderci dipendenti». E lamentava che nessuno sapesse più leggere il *Canone* di Avicenna.

Settantasette anni dopo, Khamenei – la seconda Guida Suprema – bandiva i vaccini americani e britannici contro il COVID: venivano da paesi «inaffidabili», che magari volevano contagiare gli altri.[18] Dieci mesi prima aveva già rifiutato l'aiuto americano contro il virus, citando la teoria che il virus fosse stato fabbricato dagli americani.[19] Non è un'improvvisazione: è la stessa narrativa, con lo stesso mandante, trasmessa di generazione in generazione.

Qui il cocktail è servito intero: politiche pro-fertilità, medicina tradizionale islamica contro scienza occidentale, vaccini al pollame (chiaramente colpa dell'occidente) che fanno diventare il pene piccolo, cervello di cammello cotto e col miele per alzare globuli bianchi e piastrine, calendula per la cura della leucemia, e ovviamente un nemico permanente che tiene insieme tutto.[20] Farebbe ridere, se non fosse tragico.

Khamenei ha anche detto, a chi gli faceva notare questa ossessione per i complotti: «*Tirare fuori questa "illusione cospirativa" è a sua volta una cospirazione.*»[3]

Una nota da un quarto lato

Tre continenti, tre religioni, stessa struttura. Ma la biopolitica religiosa non è monopolio. E qui bisogna stare attenti: non sto dicendo che tutti questi casi siano uguali, sarebbe una scorciatoia stupida. Sto dicendo che, in forme diverse, toccano gli stessi nervi scoperti.

Dopo il 7 ottobre 2023, il governo israeliano ha approvato una procedura ufficiale: le famiglie dei soldati caduti possono richiedere l'estrazione dello sperma dei morti entro 72 ore dal decesso.[21] Circa 250 soldati e agenti israeliani caduti hanno ricevuto la procedura, circa un quarto di tutti i caduti.[22,23] Nel settembre 2024 la Corte Suprema israeliana ha riconosciuto un bambino così concepito come «orfano di guerra».[24] Il programma si chiama «Guerra delle Spade di Ferro: estrazione, conservazione e utilizzo dello sperma post-mortem» – lascio a voi trarre le conclusioni riguardo al portato simbolico del nome, spade di ferro e sperma dei morti nello stesso titolo ufficiale non si vedono spesso.

Anche questa è biopolitica: la fertilità post mortem come continuità del soldato caduto e come volontà di potenza, imperativo che sopravvive alla morte del singolo. E anche qui la cornice è demografica, perché il nemico non vuole solo uccidere, vuole sostituire.

Questa è politica dichiarata. La natalità come asse di sopravvivenza del popolo israeliano è un tema esplicito nel discorso pubblico, intrecciato alla memoria dell'Olocausto. Preservare lo sperma dei caduti è rispondere su quello stesso terreno.

Kiarash a Doha

Nel capitolo 9, *Bioetica e religione*, vi avevo raccontato del congresso mondiale della bioetica 2024 a Doha. C'era un uomo che presentava un contributo su pseudoscienza nell'Islam e risposta al COVID. Si chiama Kiarash Aramesh, l'iraniano con cui ho scritto questo paper. Vive negli USA da anni, insegna alla PennWest University; ed è stato nostro ospite a Zurigo. A Doha ha aperto il suo intervento ringraziando i reviewer della conferenza che si erano battuti perché potesse parlare di quelle cose, in quel Paese.

Un iraniano naturalizzato statunitense che in Qatar ringrazia chi gli ha tenuto aperta la porta per analizzare la biopolitica religiosa islamica. Questo è il vero scontro di civiltà, per quanto mi riguarda. Non quello tra Occidente e Islam, o Islam e Induismo, o altre simili e ugualmente imbecilli configurazioni, ma quello tra l'analisi strutturale di questi sistemi, onesta e agnostica, e i sistemi stessi, che CHIARAMENTE preferiscono non essere analizzati.

IL NODO

Il cuore del problema è questo: le teorie della cospirazione prodotte dalla biopolitica religiosa non sono errori. Cioè, sì, lo sono, errori, e anche orrori, a volte, così come è stato un orrore il colonialismo spesso citato come giustificazione. Ma non sono casuali. Sono strumenti intenzionali con scopi precisi. Combatterle come se fossero incidenti non funziona.

La lezione degli *X-Files*

Il poster nell'ufficio di Mulder dice *I Want to Believe*. Non *I believe* (io credo) – *I want to believe* (voglio credere). Mulder è un fedele. La sua credenza non è una conclusione derivata dalle prove – è la premessa dalla quale le prove vengono lette, e questa è precisamente la cosa che la collega Dana Scully gli rimprovera costantemente. In logichese si dice «petitio principii» – petizione di principio, un ragionamento fallace in cui la cosa che deve essere provata è assunta come premessa.

Le teorie della cospirazione biopolitiche funzionano allo stesso modo. Hanno una struttura che rende impossibile falsificarle, perché qualunque evidenza contraria viene riassorbita come prova ulteriore della cospirazione. Khamenei ha vietato i vaccini occidentali perché la sicurezza dichiarata da un'istituzione occidentale era *in quanto tale*, *in quanto occidentale*, sospetta. L'assenza di prove del complotto diventa la prova che il complotto è riuscito bene.

Stessa struttura negli Stati Uniti: il fatto che nessuna inchiesta abbia mai documentato la rete di pedofili satanisti al governo è ulteriore conferma che la rete del silenzio funziona.

La domanda che ci rimane sul bancone, spinosetta, è questa: se dire «fino a prova contraria queste sono stronzate» non funziona, anzi, fa peggio, esiste una strategia che non alimenti il sistema che vuole combattere?

I tonti sono ovunque

Nazionalismo cristiano, Islam politico e nazionalismo hindu si odiano. Eppure le loro agende biopolitiche sono strutturalmente identiche: profertilità, sfiducia nella scienza quando contraddice i testi sacri, un nemico che minaccia la sopravvivenza dell'identità e della demografia, medicina tradizionale come resistenza culturale. Cambiano i nemici, ma la struttura è la stessa. E anche il caso israeliano, diverso nei presupposti, condivide l'asse: la fertilità come continuità del popolo, anche oltre la morte, contro gli attacchi a demografia e identità.

Lo scontro di civiltà è una narrativa comoda a tutti: li tiene separati e impedisce di vedere la convergenza – e meno male, verrebbe da dire, per-

ché se tutti questi imbecilli si rendessero conto che vogliono la stessa cosa, come si dice al bar, saremmo belli che ciavati, e non in un modo piacevole. Perché questi movimenti hanno bisogno del nemico per stare in piedi. Togliti il nemico e ti crolla tutto. Il nazionalista cristiano statunitense teme l'Islam. Il nazionalista hindu teme i musulmani. L'Islam politico teme l'Occidente, e la storia insegna che a un certo punto tutti se la prendono con gli ebrei. Si scelgono come nemici a vicenda – e questo è l'unico caso in cui la loro reciproca idiozia ci fa un favore. Il giorno in cui qualcuno spiegasse loro che vogliono esattamente la stessa cosa, cioè controllare le vite delle persone con la biopolitica, dovrebbero trovarsi un nemico comune. E il nemico comune, a quel punto, saremmo noi poveri pitocchi che ancora pensiamo che sulle nostre vite e sui nostri corpi dovrebbe contare la nostra parola, finché non facciamo del male a nessuno. Com'è scritto in un libro sacro, «Io preferirei davvero che tu evitassi di usare la Mia esistenza come motivo per opprimere, sottomettere, punire, sventrare, e/o, lo sai, essere meschino con gli altri. Io non richiedo sacrifici, e la purezza è adatta all'acqua potabile, non alle persone.»[25] Secondo condimento pastafariano.

INTANTO, DA NOI

Forse stai pensando: questo mi riguarda poco. Non vivo negli Stati Uniti, non tifo per Khamenei, non voto Modi – e lo sperma dei morti mi attira poco (comprensibile). Le teorie della cospirazione biopolitiche sembrano il problema di qualcun altro. Sicuri?

Torniamo a Mulder. Mulder non crede agli alieni perché mancano le prove contrarie. Ci crede perché *vuole* credere – perché quella credenza gli dà una cornice per capire il dolore che ha vissuto (no spoiler). *Voler credere* è il bisogno umano di senso di fronte all'incontrollabile.

Le teorie della cospirazione biopolitiche fanno la stessa cosa. Funzionano perché intercettano ansie reali: il declino della natalità, la secolarizzazione, l'immigrazione, la perdita di autorità delle comunità tradizionali. Cadono in terreni preparati da trasformazioni sociali concrete che riguardano tutte e tutti.

E gli effetti non si fermano dentro le comunità che le producono. Quando quasi un americano su cinque crede che il governo, i media e la finanza siano in mano a una cricca di pedofili satanisti, il livello generale di fiducia nella scienza scende, anche per chi non ha mai sentito parlare di QAnon. Quando un governo promuove l'Ayurveda come medicina di stato, i sistemi sanitari devono sprecarci soldi. Quando la disinformazione sui vaccini circola in comunità religiose, si ammalano anche i bambini

vaccinati che ci vivono accanto, perché l'immunità di gregge non rispetta i confini della fede.[26] E la gente, spoiler, muore.

Non è un problema di tolleranza religiosa. Non ho nulla contro il fatto che le persone credano in qualcosa di indimostrabile, io stesso sono un uomo di fede. È un problema di inquinamento dell'ecosistema epistemico. Le teorie della cospirazione biopolitiche non chiedono con permesso di sedersi al tavolo delle regole – usano la forza del potere e della fede per saturare con i loro miasmi l'aria che respiriamo tutte e tutti.

L'ULTIMO GIRO

E quindi, cosa facciamo? Come ci si difende da questi sistemi quando sono accanto e attorno a noi? E come si fa a non cadere nelle stesse trappole?

Prima cosa, pratica: impara a riconoscere la non-falsificabilità. La prossima volta che senti una teoria che spiega tutto – ogni smentita diventa prova ulteriore, ogni istituzione che obietta è già parte del complotto – fermati e chiediti: *cosa dovrebbe succedere per farmi cambiare idea?* Se la risposta è «niente», stai proteggendo una credenza. Non è un giudizio: è una diagnosi, e capita anche a me, ogni tanto. Proteggo la credenza perché è piena di buone bottiglie.

Seconda cosa: ricorda che le ansie che alimentano queste teorie sono spesso reali, o hanno radici reali. La sfiducia nelle istituzioni sanitarie ha spesso radici concrete (qualcuno ha detto Tuskegee? È nel capitolo 27, *Sangue cattivo*). La perdita di senso di fronte a trasformazioni veloci è umana. Le teorie della cospirazione biopolitiche riempiono vuoti che qualcuno ha preparato con cura. La risposta giusta non è deridere chi ci finisce dentro: è chiedersi cosa stava cercando, e se esiste una risposta migliore alla stessa domanda.

Terza cosa – la più difficile, e vale soprattutto se sei un medico, un insegnante, una giornalista, o il familiare con la laurea in tasca. Secondo le teorie del complotto, le istituzioni che in qualche modo rappresenti sono già dentro la cospirazione. Rispondere solo con autorità («è così perché lo dico io che sono studiato») non funziona. Anzi, spesso conferma esattamente la struttura che vorresti smontare.

Quando Trump nel 2025 ha detto che il Tylenol in gravidanza causa autismo, le istituzioni scientifiche hanno risposto in coro: falso. Fine della storia. Il problema è che la risposta giusta era più complicata: l'affermazione di Trump era *ingiustificata*. Mancavano le prove causali. Confondeva correlazione e causalità. «Falso» e «ingiustificato» non sono la stessa cosa – e trattarli come sinonimi è un errore. Perché se domani uno

studio trovasse anche solo un'associazione parziale, la smentita categorica sembrerebbe una bugia, e quindi una conferma della cospirazione.[27]

Come quando l'OMS all'inizio del COVID twittò in maiuscole «FATTO: il COVID NON si trasmette per aria» – e poi dovette fare marcia indietro in silenzio.[28,29] Quella retromarcia ha regalato benzina gratis a chi già voleva bruciare la fiducia nella scienza. Ne parliamo per bene in *Mi fa male la scienza*, c'è un intero capitolo su quella brutta storia.[8]

La prossima volta che ti trovi a dover rispondere a qualcosa che ti sembra una fesseria: non dire «è falso.» Spiega perché. Il metodo che manca, le prove che non ci sono, la differenza tra correlazione e causa. È più faticoso. Ma è più onesto. Ed è l'unica risposta che regge anche se la scienza evolve.

Fox Mulder voleva credere. Ma il poster era nell'ufficio, non nel laboratorio di Scully. La domanda che vi lascio non è se la verità sia là fuori. È: dove la state cercando, e chi ha preparato il terreno prima che arrivaste?

Bibliografia

1. Brand M, Kapur S. Trump announces 2-week Iran ceasefire after he'd warned «a whole civilization will die tonight». *NBC News*. 7 aprile 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.nbcnews.com/politics/white-house/trump-threat-whole-civilization-will-die-iran-war-deadline-hormuz-rcna267059
2. Reuters. Trump says 'a whole civilization will die tonight' if Iran does not make a deal. *Internazionale*. 7 aprile 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.internazionale.it/ultime-notizie-reuters/2026/04/07/trump-says-a-whole-civilization-will-die-tonight-if-iran-does-not-make-a-deal
3. Aramesh K, Germani F, Spitale G. Conspiracy theory as a component of religious biopolitics. *Soc Theory Health*. 2026;24(1):6. doi:10.1057/s41285-026-00255-y
4. Khamenei A. Western civilization and its misguided values will not prevail. Discorso presentato a: Incontro con gli organizzatori del Congresso per i 24.000 martiri del Khuzestan; 24 febbraio 2024; Teheran. Consultato 16 ottobre 2026. https://english.khamenei.ir/news/10612/Western-civilization-and-its-misguided-values-will-not-prevail
5. U.S. and Israel say Iran supreme leader Khamenei is dead. *Axios*. 28 febbraio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.axios.com/2026/02/28/iran-khamenei-killed-israel
6. Reuters. *Pastors Pray over Trump in the Oval Office*. YouTube; 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.youtube.com/watch?v=kcysQmPQvbs
7. Syed Kumail - Editz. *Ayatollah Khamenei leading the prayer - Official (2016)*. YouTube; 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.youtube.com/watch?v=-e_we2oslvk
8. Germani F, Spitale G. *Mi fa male la scienza. Speranze, conflitti e il futuro della conoscenza*. Tlon; 2025.
9. PRRI. *Christian Nationalism Across All 50 States: Insights from PRRI's 2024 American Values Atlas*. Public Religion Research Institute; 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://prri.org/wp-content/uploads/2025/05/PRRI-Jan-2025-CN-Report-1.pdf
10. BJC, Freedom From Religion Foundation. *Christian Nationalism and the January 6, 2021 Insurrection*. 2022. Consultato 16 ottobre 2026. https://bjconline.org/jan6report/
11. PRRI Staff. *Support for Christian Nationalism in All 50 States: Findings from PRRI's 2023 American Values Atlas*. Public Religion Research Institute; 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://prri.org/research/support-for-christian-nationalism-in-all-50-states

12. Walker B, Vegter A. Christ, Country, and Conspiracies? Christian Nationalism, Biblical Literalism, and Belief in Conspiracy Theories. *Scientific Study of Religion*. 2023;62(2):278-292. doi:10.1111/jssr.12836
13. Corcoran KE, Scheitle CP, DiGregorio BD. Christian nationalism and COVID-19 vaccine hesitancy and uptake. *Vaccine*. 2021;39(45):6614-6621. doi:10.1016/j.vaccine.2021.09.074
14. Subramaniam B. *Holy Science: The Biopolitics of Hindu Nationalism*. University of Washington Press; 2019. Consultato 16 ottobre 2026. https://uwapress.uw.edu/book/9780295745596/holy-science/
15. Sekhri A. How Modi's Ancient Science Could Rewrite History. *Newslaundry*. 28 ottobre 2014. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.newslaundry.com/2014/10/28/how-modis-ancient-science-could-rewrite-history
16. Rothenberg RA. "Any creature that comes out of there, shoot it": Hindu Nationalism, Viral Bodies, and the Political Imaginaries of COVID-19. *samaj*. 2022;29. doi:10.4000/samaj.8292
17. Abrahams M. Ig Nobel Prize winner Trump teaches a new lesson. Improbable Research. 11 dicembre 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://improbable.com/2020/12/11/ig-nobel-prize-winner-trump-teaches-a-new-lesson/
18. Reuters. Iran leader bans import of US, UK COVID-19 vaccines, demands sanctions end. *Ynetglobal*. 8 gennaio 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ynetnews.com/article/HJ21e0H0D
19. Gambrell J. Iran leader refuses US help, citing virus conspiracy theory. *Associated Press*. 22 marzo 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://apnews.com/article/2cffa4c49cbf085562a71cd36a4e4378
20. Aramesh K. Science and pseudoscience in traditional Iranian medicine. *Archives of Iranian Medicine*. 2018;21(7):315-323.
21. Ministero della Salute di Israele. Swords of Iron War: Posthumous Sperm Retrieval, Preservation and Use. Gov.il. Consultato 14 ottobre 2026. https://www.gov.il/en/service/sperm-preserving-after-death
22. Estrin D. Families of Israeli soldiers killed in Gaza are retrieving sperm from their bodies. *Weekend Edition Sunday*. Pubblicato online 18 gennaio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.npr.org/2026/01/18/nx-s1-5658287/families-of-israeli-soldiers-killed-in-gaza-are-retreiving-sperm-from-their-bodies
23. Bletter D. 'A vast demand' for posthumous sperm retrieval creates new life – and new questions. *The Times of Israel*. 12 novembre 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.timesofisrael.com/a-vast-demand-for-posthumous-sperm-retrieval-creates-new-life-and-new-questions/
24. Maanit C. Israeli Supreme Court rules child conceived with deceased soldier's sperm is war orphan. *Haaretz*. 1 ottobre 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.haaretz.com/israel-news/2024-10-01/ty-article/.premium/israeli-supreme-court-rules-child-conceived-with-deceased-soldiers-sperm-is-war-orphan/00000192-48b8-d2cc-a5d7-e9bda0880000
25. Henderson B. *The Gospel of the Flying Spaghetti Monster*. Villard; 2006.
26. Feikin DR. Individual and Community Risks of Measles and Pertussis Associated With Personal Exemptions to Immunization. *JAMA*. 2000;284(24):3145. doi:10.1001/jama.284.24.3145
27. Germani F, Spitale G, Caplan AL. Trump's statements about acetaminophen and the problem of epistemic corrections. *BMJ EBM*. Pubblicato online 11 febbraio 2026:bmjebm-2025-114372. doi:10.1136/bmjebm-2025-114372
28. World Health Organization. FACT: #COVID19 is NOT airborne. X. 28 marzo 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://x.com/WHO/status/1243972193169616898
29. Lewis D. Why the WHO took two years to say COVID is airborne. *Nature*. 2022;604(7904):26-31. doi:10.1038/d41586-022-00925-7

26

La misura dell'uomo

Quando pesare un cranio sembrava scienza

Uscito il 24 giugno 2026

AL BANCONE

Era un po' che non avevo una scusa per mettere il cilindro. Dovrei procurarmi anche un monocolo. C'è un gesto che, se ti fermi a immaginarlo, è tra le cose più inquietanti che la scienza dell'Ottocento ci ha lasciato in eredità (e ce ne ha lasciate … diverse).

Un uomo prende un cranio umano. Lo svuota, lo pulisce, lo appoggia sul tavolo. Poi comincia a versarci dentro dei semi – semi di pepe bianco – fino a riempire la cavità fino all'orlo. Quando ha finito, rovescia i semi in un cilindro graduato e legge il volume. Pollici cubici. Ripete l'operazione su un altro cranio, e poi su un altro, per centinaia di crani.

A un certo punto si accorge che i semi non sono abbastanza precisi: si comprimono, si incastrano, danno numeri diversi a ogni prova. Anni dopo passa ai pallini di piombo, quelli da caccia.[1,2] Più pesanti, più stabili, più ripetibili. Rifà tutto da capo, con più rigore di prima.

Quello che sta misurando, nella sua testa, non è lo spazio occupato da un cervello. È quanto vale una persona.

L'uomo si chiama Samuel Morton, lavora a Philadelphia. È un medico stimato, una delle figure di riferimento di quella che verrà chiamata la «scuola americana» di antropologia fisica. Nel 1839 pubblica un volume enorme, *Crania Americana*, in cui mette in fila le razze umane per capacità

cranica – e quindi, secondo lui, per intelligenza. In cima i caucasici, poi gli asiatici e i malesi, poi i nativi americani, in fondo gli africani.[1] Numeri, tabelle, medie. Scienza, all'apparenza.

Tieni a mente questa scena, perché tutto il capitolo gira attorno a una domanda che tengo sospesa fin da adesso: **e se Morton avesse misurato benissimo?** Se i pallini di piombo fossero stati perfetti, le medie esatte, le tabelle senza un errore – cambierebbe qualcosa?

Signore e signori, allacciate le cinture, perché anche oggi probabilmente ci faremo tanti nuovi amici. Alla peggio, pubblico cortese, faremo una colletta per le spese legali, o mi porterete le arance in galera.

COM'È ANDATA

Per capire da dove arriva Morton bisogna fare un passo indietro di un secolo, e conoscere il signore che ha messo ordine nel vivente.

Carl von Linné, Linneo, è il padre della tassonomia moderna. È quello che ha inventato il modo in cui ancora oggi nominiamo le specie – genere e specie, *Homo sapiens*, *Canis lupus*, due parole in latino. Ed è anche quello che ha fatto una cosa che all'epoca era coraggiosa e, per quanto ci riguarda, giusta: ha messo l'essere umano dentro la classificazione degli animali. Non sopra, non a parte. Dentro. Un primate tra i primati – la *scimmia nuda* di Desmond Morris.

Il problema arriva dopo. Nella decima edizione del suo *Systema Naturae*, quella del 1758, Linneo non si limita a collocare la nostra specie. La divide in varietà geografiche, e a ciascuna attacca degli aggettivi. L'europeo: governato dai riti. L'asiatico: governato dalle opinioni. L'americano: governato dalle abitudini. L'africano: governato dal capriccio. E sotto, una bella spruzzata di temperamenti, virtù, difetti caratteriali.[3,4]

Guardate bene cosa è successo qui, perché è il trucco che ci interessa, ed è un trucco vecchio. Linneo sta facendo tassonomia – un'operazione descrittiva, classificatoria. Ma dentro le sue categorie, di contrabbando, ci ha infilato una gerarchia. «Governato dai riti» e «governato dal capriccio» non sono descrizioni, ma giudizi (fallaci) travestiti da osservazioni. E il trucco ha continuato a lavorare anche dopo di lui: se cercate in giro, troverete spesso l'europeo «governato dalle leggi». Linneo scrive *ritibus*, riti; la traduzione che circola lo ha promosso di un altro gradino, dalle forme al diritto, e nessuno se n'è accorto perché suonava giusto. La scala di valore entra nel sistema vestita da fatto di natura, e poi si aggiusta da sola. Barack Obama, Neil deGrasse Tyson, e Nelson Mandela: ovviamente governati dal

capriccio, no? E Donald Trump ed Elon Musk, o, chessò, Caligola: naturalmente, governati dai riti, dal galateo e dal senso delle istituzioni.

Tra Linneo e Morton c'è anche un dettaglio che vale un sorriso amaro. La parola «caucasico», che ancora ogni tanto sbuca nei moduli per le conferenze che mi tocca compilare e nelle serie TV americane per dire «bianco», la dobbiamo soprattutto a un altro naturalista, Johann Friedrich Blumenbach.[5] Perché proprio «caucasico»? Perché Blumenbach aveva nella sua collezione un cranio proveniente dal Caucaso che, a suo gusto, era il più bello di tutti. Il più armonioso. Da lì ha dedotto che quella fosse la forma umana originaria, e ha dato il nome di quella regione all'intera categoria. Un giudizio estetico – *questo teschio mi piace di più* – trasformato in categoria scientifica e poi in gerarchia.[6]

E arriviamo a Morton, che prende tutto questo e gli dà l'aria della misura oggettiva. Lui non descrive caratteri, lui pesa. Scientifico, oggettivo. Riempie i crani, legge i volumi, fa le medie, pubblica le tabelle. Il messaggio implicito è: non è una mia opinione, sono i numeri. Il cervello più grande sta in cima, e guarda caso in cima ci sono i bianchi europei. La gerarchia di Linneo, che era fatta di aggettivi, adesso ha l'apparenza della bilancia.[1,7]

E adesso il colpo di scena, che è la parte che amo di più di questa storia.

Nel 1981 il grande paleontologo e divulgatore Stephen Jay Gould pubblica un libro famosissimo, *The Mismeasure of Man* (*Intelligenza e pregiudizio*, in italiano), in cui rianalizza i dati di Morton e lo accusa: hai falsato le misure, anche senza accorgertene, per far tornare i conti coi tuoi pregiudizi. Bias inconscio. Morton diventa il caso da manuale di come il razzismo inquina la scienza.[8,9] Nota a margine: i dissing accademici possono essere davvero, DAVVERO tanta roba.

Insomma, Gould, intelligenza e pregiudizio. Bello, pulito, edificante – e ci racconta la storia che vogliamo sentir raccontare. Solo che nel 2011 un gruppo di antropologi rimette le mani sui crani originali di Morton, rimisura circa metà della collezione, e pubblica una conclusione scomoda: le misure di Morton, quelle fatte coi pallini di piombo, erano in gran parte accurate. Gli errori c'erano, ma piccoli, e non andavano tutti nella direzione del pregiudizio. Secondo loro, l'accusa di Gould non regge.[2]

E ovviamente la cosa non finisce lì, perché altri ricercatori hanno contestato anche questa rianalisi, e la discussione su chi ha misurato cosa, e con quanto pregiudizio, va avanti tutt'oggi.[10] Su quei crani – e sui dissing accademici che ne sono conseguiti – mi piacerebbe sentire l'opinione del divulgatore Giacomo Moro Mauretto, alias Entropy for Life.

Fermiamoci un attimo su questo. Sono passati quasi due secoli, e la cosa su cui ci stiamo ancora accapigliando è: **Morton ha misurato bene i crani?** Hanno rimisurato i teschi. Hanno ritrovato i suoi appunti perduti.[7,11] Hanno fatto le pulci a chi gli faceva le pulci. Tutti dentro la stessa stanza, a litigare sulla precisione delle misure.

E nessuno, in quella stanza, si è fermato a chiedere la cosa che conta davvero.

IL NODO

Qui cade il martello, e cade su un punto solo. Da persona molto incline a misurare le cose, ritengo che l'accuratezza qui c'entri come la maionese sulla pizza (cioè nulla, a meno che tu non sia di Pesaro).

Facciamo l'esperimento mentale più generoso possibile con Morton, applichiamo quello che in filosofese si chiama «principio di carità». Concediamogli tutto. Diciamo che i pallini di piombo erano perfetti, che le medie erano esatte fino all'ultimo decimale, che davvero, in media, i crani di un gruppo erano un po' più capienti di quelli di un altro. Concediamogli pure – cosa falsa, ma concediamola per amore di discussione – che da quel volume si possa dedurre qualcosa sull'intelligenza.

Anche così, anche nel mondo in cui Morton ha ragione su ogni numero: da lì non esce, non è mai uscito e non potrà mai uscire, un «quindi questa persona vale di meno». Non esce un «quindi va governata diversamente». Non esce un «quindi deve andarsene». Faccio parte di quell'associazione internazionale di gente che per le più svariate e personali ragioni si è fatta misurare il ... quoziente intellettivo ed è finita nel famoso due per cento più alto – che poi, tradotto, è un club di disadattati con problemi di interazione sociale, giochi da tavolo, e una certa tendenza ad alzare il gomito. Ma chi sono io per giudicare. Il punto è: se davvero il numero decidesse quanto vale una persona, io avrei un interesse personale a tenermelo stretto. E vi sto dicendo che non vale niente – non in senso morale.

Perché tra la frase *questi crani hanno volumi diversi* e la frase *queste persone vanno trattate diversamente* c'è un salto. Da una parte c'è un **è**: una descrizione di come stanno le cose. Dall'altra c'è un **deve**: una prescrizione su come trattare qualcuno. E quel salto, dall'è al deve, non lo autorizza nessun dato. Per quanto preciso. Per quanto pulito.

Lo aveva visto David Hume quasi tre secoli fa: da una serie di proposizioni su ciò che *è*, non puoi far spuntare di colpo una proposizione su ciò che *deve essere*, senza che da qualche parte tu abbia infilato di nascosto un valore.[12] Due esempi da niente. «Fuori piove» è un *è*; «quindi prendi

l'ombrello» è un *devi* – e in mezzo, di nascosto, c'è «ammesso che non ti vada di bagnarti». «Questo fungo è velenoso» è un *è*; «quindi non mangiarlo» è un *devi*, col presupposto sottinteso che tu voglia restare vivo. Togli il valore nascosto e il «quindi» si sgonfia: a chi vuole bagnarsi, l'ombrello non serve. Più tardi il filosofo George Edward Moore ha dato a un errore parente di questo un nome che suona bene al bar: la **fallacia naturalistica**.[13] L'errore di chi crede di poter leggere il bene e il male direttamente nella natura, come se «naturale» e «giusto» fossero la stessa parola.

E qui si lega l'altra parola che ultimamente aiuta a far girare tutta questa giostra sghemba: **normale**.

«Normale» è una parola con due facce, e chi vuole fregarti ci gioca incollandole insieme. Una faccia è statistica: normale come ciò che è frequente, comune, nella media. L'altra faccia è normativa: normale come ciò che è giusto, sano, come deve essere.[14] Sono due cose diverse, e saltare dalla prima alla seconda è esattamente la stessa frana di prima – da ciò che è a ciò che deve essere.

E c'è un motivo in più per non fidarsi di chi usa «normale» come una clava: il normale statistico **si muove**. Cambia con l'epoca, coi numeri, con chi tiene in mano la penna che traccia il confine. I mancini sono stati «anormali» da correggere a forza.[15] L'omosessualità è stata ufficialmente una malattia mentale fino al 1973 nel manuale diagnostico americano, e fino al 1990 nella classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.[16–19] Non è cambiata la natura delle persone in quegli anni. È cambiata la norma – cioè la decisione di dove mettere il confine.

Allora pensaci. Se la tua dignità dipendesse dall'essere «normale», sarebbe una dignità a scadenza. Valida finché rientri nel confine, revocabile quando il confine si sposta o quando qualcuno decide di spostarlo apposta per lasciarti fuori. E una dignità che si può revocare spostando un confine non è dignità. È un permesso.

Il punto, allora, è questo. Chi misura i crani, chi conta le percentuali, chi parla di «normalità» per decidere chi sono i buoni e chi i cattivi, chi siamo «noi» e chi sono «loro», crede di star leggendo la Natura. In realtà sta scrivendo una legge tanto arbitraria quanto storta – su chi conta e chi no, su chi sta dentro e chi fuori – e la firma col nome della Natura per non prendersene la responsabilità.

INTANTO, DA NOI

Oggi nessuno gira con una cassa di crani e un sacchetto di pallini di piombo. Il calibro è andato in soffitta. Ma il concetto, quello, è ancora

identico – e si è solo rimesso in giacca e cravatta, togliendo il cilindro che ormai è demodé.

Prendi chi ha fatto del «buonsenso» un marchio di fabbrica, e parla di «normalità» come se fosse un grado da assegnare o da togliere: questi sì e questi no, questi al loro posto e questi un po' più in là. La mossa è esattamente quella di Linneo: spacciare per descrizione della natura – *è così, lo vedono tutti, è ovvio* – quella che è una decisione arbitraria e storta su chi merita di stare al centro, e chi ai margini. Le persone che parlano di esseri umani in questo modo non stanno osservando il mondo. Lo stanno riordinando a loro gusto, e chiamano il gusto «buonsenso».

C'è questa parola che da qualche anno gira per l'Europa, una parola che in tedesco suona tecnica, neutra, quasi burocratica: **remigrazione**.[20] Detta così sembra una pratica amministrativa. In realtà, quando è stata presentata in una villa sul lago vicino a una capitale europea, alla fine del 2023, e portata alla luce da un gruppo di giornalisti investigativi poche settimane dopo, voleva dire una cosa precisa: deportazione di massa, pianificata a tavolino. Non solo di chi è appena arrivato, ma anche di cittadini a tutti gli effetti, ritenuti «non assimilati».[21] Cioè: gente che ha la cittadinanza, ma che secondo qualcuno non è abbastanza «normale» per tenersela.

È la stessa identica frana logica, in versione contemporanea. Si parte da un **è** – questi sono diversi, vengono da altrove, hanno un'altra lingua, un'altra fede – che a volte è perfino vero, nel senso più banale e innocuo del termine. E si arriva, di soppiatto, a un **deve**: quindi non appartengono, quindi devono andarsene. In mezzo c'è il salto. Lo stesso vecchio trucco che Hume aveva smontato nel 1740.[12] Lo stesso di Linneo, e lo stesso che faceva Morton coi suoi pallini di piombo. È solo cambiato lo strumento: dal piombo nel cranio alla statistica demografica, dal «lo dicono i numeri» al «lo dice il buonsenso».

E continua, oggi esattamente come allora, a non funzionare. Perché da nessuna differenza – vera, presunta, o inventata – è mai colato il permesso di trattare qualcuno come meno umano.

Mia moglie, che mi funge in parte da coscienza e in parte da tutore legale, mi suggerisce di mettere in chiaro una cosa per provare a scansare le querele: non sto parlando di nessun imbecille in particolare, sto parlando di un *tipo imbecille di discorso*. I nomi li conoscete, non ho voglia di fare pubblicità gratis, e soprattutto le idee si attaccano molto meglio delle persone. Le persone querelano. Le idee no.

L'ULTIMO GIRO

Torniamo alla scena dell'inizio. Samuel Morton, il tavolo, i crani, i pallini di piombo che cadono nel cilindro graduato con quel tin tin tin preciso.

Per quasi due secoli abbiamo discusso se quei numeri fossero giusti. È una domanda interessante per uno storico della scienza, e la risposta onesta è «in parte sì, in parte no, ne stiamo ancora parlando». Ma è, dall'inizio alla fine, la domanda sbagliata.

Perché la dignità di una persona non è un volume cranico. Non è una percentuale, non è una media, non è un dato che si scopre col calibro o col censimento o con la psicometria. Non sta nei numeri, e quindi nessun numero – per quanto preciso – può o dovrebbe togliertela. Non è una misura. È uno statuto: qualcosa che si riconosce, non qualcosa che si calcola.

L'errore di Morton, di Linneo, e di chi oggi rifà lo stesso gioco con parole nuove, non è stato misurare male. È stato credere che misurare fosse la domanda. Che ci fosse, da qualche parte, una bilancia capace di dirti quanto vale un essere umano – e che bastasse trovarla, tararla bene, leggere il numero giusto.

Quella bilancia non esiste. Non perché non l'abbiamo ancora costruita, ma perché la cosa che pretende di pesare non ha peso. Ha valore. E il valore di una persona, quello, non si versa in un cilindro graduato.

Un'ultima cosa: da oggi hai un paio di argomenti in più per discutere con gli stronzi razzisti. Usali. Ma ricordati anche cosa insegna un libro sacro a cui sono molto affezionato: mai discutere con gli stronzi a pancia vuota.[22] Quindi mangiate prima. Possibilmente carboidrati.

Ramen.

Bibliografia

1. Morton SG. Crania Americana; or, A Comparative View of the Skulls of Various Aboriginal Nations of North and South America. To Which Is Prefixed an Essay on the Varieties of the Human Species. J. Dobson; Simpkin, Marshall & Co.; 1839. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/Craniaamericana00Mort
2. Lewis JE, DeGusta D, Meyer MR, Monge JM, Mann AE, Holloway RL. The Mismeasure of Science: Stephen Jay Gould versus Samuel George Morton on Skulls and Bias. PLoS Biol. 2011;9(6):e1001071. doi:10.1371/journal.pbio.1001071
3. Linnaeus C. Systema Naturae per regna tria naturae. Vol 1. 10ª ed. Laurentius Salvius; 1758. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/mobot31753000798865
4. Charmantier I. Linnaeus and Race. The Linnean Society of London. 3 settembre 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.linnean.org/learning/who-was-linnaeus/linnaeus-and-race
5. Georg-August-Universität Göttingen. Blumenbach and the concept of race. Georg-August-Universität Göttingen. Consultato 16 ottobre 2026. https://glad.uni-goettingen.de/en/650077.html

6. Blumenbach JF, Banks J. De generis humani varietate nativa. 3ª ed. Vandenhoeck & Ruprecht; 1795. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/degenerishumaniv00blum
7. A new take on the 19th-century skull collection of Samuel Morton. Penn Today. 3 ottobre 2018. Consultato 16 ottobre 2026. https://penntoday.upenn.edu/news/new-take-on-infamous-Morton-skulls
8. Gould SJ. The Mismeasure of Man. W. W. Norton; 1981.
9. Gould SJ. Morton's Ranking of Races by Cranial Capacity: Unconscious Manipulation of Data May Be a Scientific Norm. Science. 1978;200(4341):503-509. doi:10.1126/science.347573
10. Weisberg M, Paul DB. Morton, Gould, and Bias: A Comment on "The Mismeasure of Science". Penny D, a c. di. PLoS Biol. 2016;14(4):e1002444. doi:10.1371/journal.pbio.1002444
11. Mitchell PW. The fault in his seeds: Lost notes to the case of bias in Samuel George Morton's cranial race science. PLoS Biol. 2018;16(10):e2007008. doi:10.1371/journal.pbio.2007008
12. Hume D. A Treatise of Human Nature. (Selby-Bigge LA, a c. di). Clarendon Press; 1740. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/0213-bk
13. Moore GE. Principia Ethica. Cambridge University Press; 1903. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.201602
14. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Presses Universitaires de France; 1966.
15. Kushner HI. Retraining left-handers and the aetiology of stuttering: The rise and fall of an intriguing theory. Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition. 2012;17(6):673-693. doi:10.1080/1357650X.2011.615127
16. Drescher J. Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. Behavioral Sciences. 2015;5(4):565-575. doi:10.3390/bs5040565
17. Cabaj RP. Working with LGBTQ Patients. American Psychiatric Association. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/diversity/education/best-practice-highlights/working-with-lgbtq-patients
18. WHO/Europe. Moving one step closer to better health and rights for transgender people. World Health Organization. 17 maggio 2019. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.who.int/europe/news/item/17-05-2019-moving-one-step-closer-to-better-health-and-rights-for-transgender-people
19. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization; 1992. Consultato 16 ottobre 2026. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf
20. Sprachkritische Aktion Unwort des Jahres. Unwort des Jahres 2023: Remigration. 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.unwortdesjahres.net/wp-content/uploads/2024/01/Pressemitteilung_Unwort_2023_finale_Version_Marburg.pdf
21. Bensmann M, von Daniels J, Dowideit A, Peters J, Keller G. Geheimplan gegen Deutschland. CORRECTIV. 10 gennaio 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://correctiv.org/aktuelles/neue-rechte/2024/01/10/geheimplan-remigration-vertreibung-afd-rechtsextreme-november-treffen/
22. Henderson B. The Gospel of the Flying Spaghetti Monster. Villard; 2006.

27

Sangue cattivo

Quando il complotto è vero (e nemmeno segreto)

Uscito il 8 luglio 2026

AL BANCONE

C'è un personaggio che al bar lo riconosci subito. Quello che a un certo punto abbassa la voce e ti dice con fare cospirativo che il governo lo sa, che ci nascondono tutto, che siamo cavie di un esperimento. E tu annuisci, ordini un'altra cosa, e dentro di te pensi: povera bestia. Ce n'è uno che sta vicino al campo dove mi piace atterrare in parapendio, ogni tanto lo senti pontificare su 5G, vaccini, scimmie chimiche... e non puoi non chiederti come sia il mondo, visto dai suoi occhi.

Adesso facciamo un salto. Alabama, contea di Macon, anni Sessanta. Tra gli uomini neri di quella zona gira da tempo una voce: quei dottori del governo che vengono a visitarci gratis non ci stanno curando. Ci studiano e basta. È la classica diceria, no? La paranoia di chi ha avuto una vita dura e dello Stato si fida poco.

Tranne che era vero. Alla lettera. C'era un programma del governo federale degli Stati Uniti che faceva esattamente quello: prendeva uomini malati e li guardava marcire, di proposito, per vedere cosa succedeva. Per quarant'anni.

Ecco, c'è una categoria di storie che mi gira in testa da talmente tanto che prima o poi ci voglio scrivere un libro sopra. Lo chiamerei «teorie del complotto che poi non lo erano»: tutte quelle volte in cui il pazzo del bar,

quello che annuisci e basta, alla fine aveva ragione. E Tuskegee magari non è il capostipite, ma secondo me è la storia che le batte tutte.

Qui c'è una doppia fregatura. La prima: un complotto vero può essere molto più inquietante di uno falso, soprattutto quando scopri che non era nemmeno un segreto. La seconda: una volta che una storia così viene fuori, ci lascia un problema che ci trasciniamo ancora oggi, ogni volta che qualcuno al bancone tira fuori i microchip nei vaccini. Come si fa a distinguere chi ha ragione a non fidarsi da chi sta solo sparando cazzate?

Signore e signori – chi ha letto fin qui avrà notato che ogni tanto faccio qualche accenno a Tuskegee. Ecco, oggi finalmente parliamo bene di Tuskegee.

COM'È ANDATA

Partiamo dal nome ufficiale, perché dice già quasi tutto: *Tuskegee Study of Untreated Syphilis in the Negro Male*. Studio sulla sifilide non trattata nel maschio negro. La parola chiave è quella in mezzo: *untreated*. Non trattata. Non era un effetto collaterale. Era il disegno dello studio.

Siamo nel 1932. Lo United States Public Health Service, cioè la sanità pubblica federale americana, recluta 600 uomini neri poveri nella contea di Macon, Alabama. 399 hanno la sifilide in fase latente, 201 sono sani e fanno da gruppo di controllo.[1]

A questi uomini non viene detto niente di tutto questo. Gli viene detto che hanno il «*bad blood*», il «sangue cattivo», un'espressione locale vaga che metteva nello stesso calderone la sifilide, l'anemia, la stanchezza. E gli viene offerto un pacchetto che, per dei braccianti poveri nell'America della segregazione, era enorme: visite mediche gratuite, il trasporto fino all'ambulatorio, pasti caldi nei giorni delle visite, e – questa tenetela a mente – il pagamento delle spese del funerale: cinquanta dollari di sussidio ai familiari, in pratica un'assicurazione sulla sepoltura.[2,3]

Fermiamoci un secondo, perché qui ci sono due cose che la gente sbaglia quasi sempre.

Prima cosa: i medici non li hanno infettati. Quegli uomini la sifilide ce l'avevano già. L'orrore non è averli infettati, è non averli curati e aver mentito per decenni. Niente spoiler, ai dettagli ci arriviamo presto, ma mi piace essere preciso.

Seconda cosa, ed è il cuore di tutto. Lo studio doveva durare sei mesi. È durato quarant'anni. E nel mezzo è successa una cosa enorme: è arrivata una cura efficace e sicura per la sifilide. Negli anni Quaranta la penicillina diventa il trattamento standard, semplice ed efficace.[2–4] Tra l'altro,

trattamenti che contenevano la malattia esistevano già dagli anni Dieci.[2,5] Quindi non stiamo parlando di medici impotenti che non sapevano cosa fare. Stiamo parlando di medici che avevano la cura in tasca e hanno deciso di non usarla. Anzi, di più: hanno attivamente impedito a quegli uomini di curarsi altrove. Quando alcuni di loro vengono chiamati alla visita di leva durante la Seconda guerra mondiale e l'esercito vuole trattarli, il programma interviene per tenerli fuori dalle cure.[2]

C'è una figura, in mezzo a questa storia, che la rende ancora più difficile da digerire: l'infermiera Eunice Rivers. Nera, dello stesso mondo di quegli uomini, è l'unica persona dello staff a restare per tutti e quarant'anni. È lei il ponte di fiducia: organizza i trasporti, porta i pasti, conosce le famiglie, le convince a concedere l'autopsia quando uno dei pazienti muore.[2,6] Non era un mostro. Ed è esattamente questo che fa paura, ma ci arriviamo.

Perché la cosa più assurda è che tutto questo non era un segreto. I risultati intermedi dello studio venivano pubblicati su riviste mediche.[2] Per decenni. Chiunque, nel mondo della medicina, poteva leggerli. Nessuno ha trovato la cosa abbastanza strana da fermarla.

A fermarla è stato un uomo solo. Si chiamava Peter Buxtun, impiegato dello stesso Public Health Service, addetto alle malattie veneree.[7,8] Per anni solleva obiezioni interne, scrive, protesta. Non succede niente. Alla fine passa i documenti alla stampa. Finiscono nelle mani di Jean Heller, giornalista dell'Associated Press, 29 anni, unica donna nel team investigativo.[9] La sua inchiesta esce il 25 luglio 1972.[7]

Scoppia il finimondo. A ottobre 1972 una commissione raccomanda di chiudere lo studio, a novembre viene chiuso ufficialmente.[4] L'avvocato per i diritti civili Fred Gray porta in tribunale una class action, *Pollard v. United States*: chiede 1,8 miliardi di dollari, si chiude con un accordo da 10 milioni nel 1974.[4,10] Le cure a vita ai sopravvissuti il governo le paga già dal 1973, e dal 1975 anche a mogli, vedove e figli.[3]

E da lì nasce praticamente tutto l'apparato di regolamentazione e controllo etico della sperimentazione umana che oggi diamo per scontato: il National Research Act del 1974, il Belmont Report del 1979, i comitati etici, il consenso informato come lo conosciamo.[3,4] Le scuse ufficiali del governo arrivano solo nel 1997, dal presidente Bill Clinton, il 16 maggio.[3,11]

Prima di andare avanti, fermiamoci a contare i pezzi sul tavolo, perché tra un attimo li rimescolo. Da una parte ci sono seicento uomini ridotti a una colonna di numeri: 399 da osservare, 201 per confronto. Avevano nomi, mogli, figli, e una malattia che si poteva curare. Dall'altra parte c'è chi quel tavolo l'ha apparecchiato: medici che hanno disegnato lo studio,

funzionari che l'hanno finanziato per quarant'anni, riviste che ne hanno pubblicato i risultati, decine di persone competenti che hanno saputo e non hanno fatto niente. E in mezzo, a fare da cerniera, Eunice Rivers, la fiducia in persona. Ai due estremi della stanza, gli unici che hanno provato a rovesciare il tavolo: Peter Buxtun, che ci ha battuto il muso per anni, e Jean Heller, che l'ha scritto sul giornale.

E poi ci sono i principi, quelli che a lezione si imparano come paroloni e qui invece si vedono a occhio nudo. Il consenso informato, cioè il diritto di sapere cosa ti stanno facendo: calpestato con una bugia, il «sangue cattivo». Il primo dovere di ogni medico, non fare del male: capovolto, perché qui il male era proprio l'obiettivo. La giustizia, cioè chi conta come persona e chi come materiale da studio: e non è un caso che a finire sotto vetrino siano stati uomini neri e poveri, non i figli dei senatori. E sopra tutto, la fiducia: usata come grimaldello per entrare in casa di quelle persone, e lasciata lì, rotta per generazioni. Tenete a mente questa lista ordinata e pulita. Perché adesso arriva la parte in cui niente è più così ordinato e pulito.

IL NODO

Facciamo di nuovo quel gioco. Quell'uomo dell'Alabama che dice all'amico «i dottori del governo non ci curano, ci studiano e basta». Aveva ragione. Alla lettera. Occhio, che ora tiro fuori i coltelli: sono tre, e tagliano in tre direzioni diverse.

Primo taglio: quella che a noi sembrava paranoia era, semplicemente, la lettura corretta dei fatti. La diffidenza di quegli uomini non era un difetto delle loro testacce ignoranti da raddrizzare con un bel volantino, o una campagna di sensibilizzazione: era la conclusione giusta a partire da quello che vedevano. Perché fidarsi non è di per sé una virtù, e diffidare non è di per sé un vizio. Dipende da chi hai davanti e da cosa ha fatto finora. E quegli uomini avevano davanti uno Stato che li stava ingannando da decenni. La loro sfiducia era informazione di ottima qualità, non rumore.

E qui arriva la seconda lama, quella che mi tiene sveglio di notte. Nell'immaginario, un complotto è una cosa segreta: la stanza buia, i pochi cattivi, il piano nascosto. Tuskegee non era niente di tutto questo. I risultati venivano pubblicati su riviste mediche mentre lo studio era in corso. Medici, infermieri, funzionari: tante persone normali sapevano, e per quarant'anni nessuno ha tirato il freno. Tradotto da bar: non è stata una congiura di mostri, ma un sistema che funzionava come previsto, alla luce del sole, in una democrazia, in tempo di pace.

Sarebbe confortante, in un certo senso, se Tuskegee fosse roba dei nazisti, no? Sai già che sono loro i cattivi, che sono stati sconfitti, che da allora il mondo è un posto migliore. Già. Peccato che Tuskegee sia in America, e che nel 1947, mentre a Norimberga l'America processava i medici del Reich per gli esperimenti sugli esseri umani e contribuiva a scrivere il Codice di Norimberga, la prima grande regola internazionale sul consenso informato, Tuskegee fosse già attivo da quindici anni.[12,13] E andò avanti per altri venticinque. La favoletta che ci raccontavamo era proprio quella: questa roba l'abbiamo buttata nei bidoni dell'umido della storia insieme alle divise delle SS cucite da Hugo Boss.[14]

Allora la domanda da portarsi al bancone, se mi permettete una piccola digressione, prima di arrivare al terzo coltello, è questa: quali altre favolette ci raccontiamo oggi, per riuscire ad addormentarci la sera invece di restare svegli a fissare il buio in preda al terrore e al senso di colpa?

Che i test clinici delle nostre medicine, quando li spostiamo in India o altrove perché costano meno, siano puliti come quelli fatti a Milano.[15] Che l'algoritmo che negli ospedali decide chi ha bisogno di più cure sia neutro, e non si sia già beccato un bias razziale perché stimava il bisogno di salute guardando quanti soldi venivano spesi per ciascun paziente – e sui pazienti neri se ne spendevano di meno.[16] Che il cobalto dentro il tuo telefono non abbia, da qualche parte nella sua storia, le mani di un bambino in una miniera del Congo.[17] Le diciamo, queste cose, e poi dormiamo benissimo.

E adesso, però, veniamo al pezzo davvero scomodo. Perché c'è una terza lama, e taglia dalla parte opposta.

Oggi, ogni volta che salta fuori una teoria del complotto – i microchip nei vaccini, il 5G che ci fa venire le peggio magagne, le scie chimiche – arriva puntuale la frase: «eh, ma anche Tuskegee sembrava una follia, e invece era vero». Verissimo. Ed è proprio per questo che Tuskegee è diventato un grimaldello universale: serve a dare dignità a qualunque cosa. Se loro avevano ragione, allora ho ragione anch'io. Ed è anche per questo che la gente che ha permesso l'esistenza dello studio di Tuskegee mi fa così schifo: perché il riverbero della loro abiezione, per mancanza di un termine migliore, ancora riverbera nel nostro presente, e ancora fa danni.

Quando parliamo di teorie del complotto, vere o false che siano, il punto non è la conclusione, cioè se la storia è vera o falsa; è il metodo, cioè come arriviamo a quel verdetto. La diffidenza di quegli uomini poggiava su cose verificabili: amici che peggioravano e non venivano curati, promesse non mantenute, testimonianze, corpi. E alla fine, perfino i documenti. I microchip nei vaccini non hanno niente di tutto questo: nessuna prova, nessun

meccanismo, nessun documento. Sono due cose diverse che si travestono da gemelle.

E c'è una precisazione che frega di continuo chi fa divulgazione: «falso» e «ingiustificato» non sono la stessa cosa (ne parlo nel capitolo 25, *I Want to Believe*).[18]

E c'è una trappola in più, che proprio con Tuskegee si vede benissimo. Davanti a chi non si fida, la tentazione è correggerlo dall'alto: è così perché lo dice la scienza, fidati e stai zitto. Ha pure un nome, paternalismo epistemico, e con certe persone è esattamente la mossa che non ti puoi permettere.[19] Perché se hai davanti qualcuno la cui comunità è stata davvero usata come cavia, «fidati e stai zitto» non suona come una rassicurazione. Suona come la stessa identica voce che una volta ha già mentito. Una correzione funziona solo se chi la riceve ha ancora un minimo di fiducia in chi gliela porge. E quella fiducia, a Tuskegee, era cenere.

INTANTO, DA NOI

C'è chi pensa che il disastro di Tuskegee si sia fermato nel 1972, con la chiusura dello studio. Non è così, e lo sappiamo con una certa precisione.

Due economiste, Marcella Alsan e Marianne Wanamaker, hanno fatto i conti. Hanno guardato cosa è successo alla salute degli uomini neri americani dopo che lo scandalo è diventato pubblico. Risultato, e qui serve un attimo di pazienza, perché il numero conta. Dopo che lo scandalo è esploso, gli uomini neri più vicini a quella storia (per età, per zona, per appartenenza alla stessa comunità delle vittime) hanno cominciato a tenersi alla larga dai medici. Meno visite, meno ricoveri, meno cure. Non per pigrizia, per sfiducia: avevano appena scoperto che il sistema sanitario poteva guardarti morire sorridendo, e hanno reagito di conseguenza.

Le due economiste hanno provato a misurare quanto è costata quella sfiducia. Hanno confrontato come è cambiata la salute di quegli uomini con quella di gruppi simili ma meno toccati dalla notizia, prima e dopo il 1972. La stima che ne esce: per un uomo nero, la speranza di vita a 45 anni, cioè quanti anni in media gli restavano ancora da vivere a quell'età, si è ridotta fino a un anno e mezzo.[20] Un anno e mezzo di vita, in media, bruciato non dalle malattie, ma dalla paura di chi quelle malattie avrebbe dovuto curarle.

E per dare la scala della cosa: nel 1980 gli uomini bianchi americani vivevano parecchio più a lungo dei neri. Ecco, circa un terzo di quel divario, il 35%, secondo questo studio si spiega proprio così.[20] Con la fiducia fatta a

pezzi a Tuskegee. Tradotto da bar: la sfiducia si paga in anni di vita. E non la pagano quelli che hanno tradito la fiducia, la pagano i traditi.

Occhio però, perché un dato così si può usare male, e di solito si usa male. Il modo comodo di raccontarlo è: ecco perché certe comunità non si fidano dei vaccini, colpa di Tuskegee, una vecchia ferita del passato. Detto così ci mettiamo l'anima in pace, perché il passato è passato e non ci riguarda più. Ma se l'unica cosa che nomini è il 1932, stai usando la storia come alibi per non guardare l'oggi. Quel bias nell'algoritmo di cui parlavamo prima è del 2019. I test clinici spostati dove la vita costa meno sono di adesso, così come adesso hai probabilmente in mano un telefono che si porta in dote lavoro minorile, violenza, sfruttamento, disastri ecologici e spillover di malattie (di questi ultimi parlo nel capitolo 19, *Miniere e virus*). La sfiducia di quelle comunità non è soltanto il fantasma di una vecchia ferita: è anche, molto spesso, una reazione sensata a cose che continuano a succedere.

Ed è qui che torna utile il terzo coltello, quello di prima: il metodo. Perché il nodo pratico, quello con cui ci dobbiamo sporcare le mani, non è scegliere tra «fidati sempre» e «non fidarti mai». Sono due scorciatoie, e sono sbagliate tutte e due. Il lavoro vero è imparare a distinguere: la diffidenza giustificata di chi guarda i fatti e nota che qualcosa non torna, dalla cospirazione che parte già dalla conclusione e poi va a cercarsi i pezzi che le servono. Non è una distinzione facile, e non la fai dal divano. La fai chiedendoti ogni volta la stessa domanda: «su cosa poggia quello che mi stanno dicendo?». Obbligatorio, poi, alzarsi e controllare.

L'ULTIMO GIRO

Torniamo a quel tizio al bar. Quello che abbassa la voce e dice che il governo ci usa come cavie. La nostra reazione automatica è il sorriso di sufficienza. Tuskegee dovrebbe togliercelo dalla faccia, almeno per un secondo. Perché a volte – a volte – può essere che quello che sembra il delirio del complottista sia semplicemente il ragionamento di qualcuno che ha letto i fatti meglio di noi.

Ma occhio a non ribaltare il sorriso nell'effetto opposto, che è altrettanto comodo: «allora avevano ragione su tutto». No. Avevano ragione su Tuskegee perché c'erano i fatti, le testimonianze, i corpi, i documenti. Non perché diffidare paghi sempre.

Il sangue cattivo, alla fine, non era nelle vene di quegli uomini. Era nel sistema che li guardava morire prendendo appunti, e dormiva benissimo

la notte. La domanda che vi lascio è quella di prima: noi, stanotte, su cosa stiamo dormendo benissimo?

Se questa storia vi ha messo addosso la voglia di sapere quante altre volte la scienza ha fatto la parte del cattivo, vi avviso che ci ho scritto sopra un capitolo intero. Si intitola proprio così, «Brutti e cattivi nella scienza», ed è dentro *Mi fa male la scienza*, il libro che ho scritto con Federico Germani.[21] Tuskegee è solo una delle storie in cui i camici bianchi non sono i buoni.

Bibliografia

1. Centers for Disease Control and Prevention. About the Untreated Syphilis Study at Tuskegee. Centers for Disease Control and Prevention. 4 settembre 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.cdc.gov/tuskegee/about/index.html
2. Brandt AM. Racism and Research: The Case of the Tuskegee Syphilis Study. *The Hastings Center Report*. 1978;8(6):21. doi:10.2307/3561468
3. Centers for Disease Control and Prevention. The Untreated Syphilis Study at Tuskegee Timeline. Centers for Disease Control and Prevention. 4 settembre 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.cdc.gov/tuskegee/about/timeline.html
4. Milbank Memorial Fund. *The Milbank Memorial Fund's Involvement in the USPHS Syphilis Study at Tuskegee: A Timeline*. 2022. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2022/04/Timeline_final_2.pdf
5. Gelpi A, Tucker JD. After Venus, mercury: syphilis treatment in the UK before Salvarsan. *Sex Transm Infect*. 2015;91(1):68.1-68. doi:10.1136/sextrans-2014-051778
6. Centers for Disease Control and Prevention. Immagine n. 7854. Public Health Image Library (PHIL). Consultato 16 ottobre 2026. https://wwwn.cdc.gov/phil/Details.aspx?pid=7854
7. Stobbe M. Tuskegee syphilis study whistleblower Peter Buxtun has died at age 86. *CNN*. 16 luglio 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.cnn.com/2024/07/16/us/tuskegee-syphilis-study-whistleblower-peter-buxtun-death/index.html
8. Elliott C. Tuskegee Truth Teller. *The American Scholar*. Pubblicato online 4 dicembre 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://theamericanscholar.org/tuskegee-truth-teller/
9. Institute for Translational Medicine and Science (Rutgers University). AP exposes the Tuskegee Syphilis Study: The 50 Year Anniversary. Institute for Translational Medicine and Science, Rutgers University. 6 settembre 2022. Consultato 16 ottobre 2026. https://ritms.rutgers.edu/news/ap-exposes-the-tuskegee-syphilis-study-the-50-year-anniversary/
10. *Pollard v. United States*. F. Supp. 384, 304 (M.D. Ala. 1974). Consultato 16 ottobre 2026. https://www.courtlistener.com/opinion/1370708/pollard-v-united-states/
11. Clinton WJ. Remarks by the President in Apology for Study Done in Tuskegee. Discorso presentato a: 16 maggio 1997. Consultato 16 ottobre 2026. https://clintonwhitehouse4.archives.gov/textonly/New/Remarks/Fri/19970516-898.html
12. Annas GJ. The Nuremberg Code isn't just for prosecuting Nazis – its principles have shaped medical ethics to this day. *The Conversation*. Pubblicato online 29 agosto 2024. doi:10.64628/AAI.vk7ae4e96
13. Vollmann J, Winau R. Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code. *BMJ*. 1996;313(7070):1445-1447. doi:10.1136/bmj.313.7070.1445
14. Hugo Boss apology for Nazi past as book is published. *BBC News*. 21 settembre 2011. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.bbc.com/news/world-europe-15008682
15. Chatterjee P. Clinical trials in India: ethical concerns. *Bull World Health Organ*. 2008;86(8):581-582. doi:10.2471/BLT.08.010808
16. Obermeyer Z, Powers B, Vogeli C, Mullainathan S. Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science*. 2019;366(6464):447-453. doi:10.1126/science.aax2342

17. Amnesty International. *"This Is What We Die For": Human Rights Abuses in the Democratic Republic of the Congo Power the Global Trade in Cobalt*. 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.amnesty.org/en/wp-content/uploads/2021/05/AFR6231832016ENGLISH.pdf
18. Germani F, Spitale G, Caplan AL. Trump's statements about acetaminophen and the problem of epistemic corrections. *BMJ EBM*. Pubblicato online 11 febbraio 2026:bmjebm-2025-114372. doi:10.1136/bmjebm-2025-114372
19. Spitale G, Germani F. Misinformation, Disinformation, and Autonomy: Against the Epistemic Paternalism Trap. *Zenodo*. Preprint pubblicato online 21 maggio 2026. doi:10.5281/ZENODO.20321941
20. Alsan M, Wanamaker M. Tuskegee and the Health of Black Men. *The Quarterly Journal of Economics*. 2018;133(1):407-455. doi:10.1093/qje/qjx029
21. Germani F, Spitale G. *Mi fa male la scienza. Speranze, conflitti e il futuro della conoscenza*. Tlon; 2025.

28

L'ultima spiaggia

Quando cercare l'incontaminato è il modo per contaminarlo

Uscito il 22 luglio 2026

AL BANCONE

Nel 2000 esce un film. La trama è questa: un ragazzo gira il mondo con lo zaino in spalla cercando una cosa sola – una spiaggia segreta, perfetta, incontaminata. Un posto dove i turisti non sono ancora arrivati. La trova. È il paradiso. E nel momento esatto in cui la trova, e qualcun altro lo viene a sapere, comincia ad andare tutto a merda.

Il film si chiama *The Beach*. La spiaggia esiste davvero: si chiama Maya Bay, è in Thailandia, e l'hanno usata come set.[1]

Poi è successa una cosa: il film ha reso quella spiaggia famosa in tutto il mondo. Nel 2018 la Thailandia ha dovuto chiudere la spiaggia per provare a salvarla.

Fermiamoci un attimo sulla beffa. Un film la cui morale è «cercare il paradiso lo distrugge» ha distrutto un paradiso, vero, facendolo cercare a tutti.

E qui non sto per raccontarvi una storia di turisti maleducati, né per darvi consigli su come viaggiare green. Quello che c'è sotto Maya Bay è un problema etico con una forma precisa, e scomoda. Da una parte, l'accesso alla bellezza del mondo è un bene reale – qualcosa che assomiglia a un diritto. Dall'altra, conservare quella bellezza – e la vita di chi in quei posti ci abita, e il clima – è un altro bene reale. E il nodo è doppio: ognuno di

noi, da solo, non fa danno. Ma tutti insieme siamo la fine di Maya Bay. E le soluzioni ovvie – non andare, far pagare l'ingresso – rischiano di razionare la bellezza in base a chi se la può permettere.

Quindi la domanda di stasera, visto il caldazzo e la stagione vacanziera, non è «il turismo è buono o cattivo». È più tosta, e più personale: quand'è che la cosa più etica che puoi fare per un posto che ami è non andarci? E chi ha il diritto di dirlo, e a chi?

Tra i posti a cui io ho rinunciato ce ne sono due che ho amato moltissimo, e a cui forse dovreste rinunciare anche voi. Ci arriviamo.

COM'È ANDATA

Torniamo a Maya Bay, e mettiamo i numeri sul bancone, perché fanno impressione.

Negli anni del picco, in quella piccola insenatura entravano in media cinquemila persone al giorno, con picchi di ottomila. Cinquemila. Su una spiaggia che si attraversa in un minuto. Le ancore spaccavano il fondale e le eliche coprivano il corallo di sabbia. Il risultato: il corallo, che prima copriva il settanta-ottanta per cento del fondale, è crollato sotto l'otto per cento.[2] Della vita che ci abitava – più di duecentocinquanta specie di pesci – era rimasto un decimo.[3]

Nel giugno 2018 il Dipartimento dei parchi nazionali thailandese ha fatto una cosa drastica: ha chiuso la spiaggia. Punto. È rimasta chiusa per quasi quattro anni. In quel tempo i biologi marini hanno ripiantato a mano oltre trentamila frammenti di corallo – circa la metà ha attecchito – e per la prima volta da anni sono tornati gli squali pinna nera, segno che l'ecosistema ricominciava a respirare.[2]

Maya Bay ha riaperto nel 2022, ma con regole da checkpoint militare. Massimo 375 persone per turno, undici turni al giorno, un'ora a testa.[4] Le barche non possono più ancorare sulla spiaggia. Si entra in acqua solo per qualche passo. E se ti fai una nuotata dove non puoi, ti fischiano dalla torretta e ti multano: a un turista francese, davanti ai giornalisti della CNN, hanno chiesto cinquemila baht.[2] Ogni anno, ad agosto e settembre, la chiudono comunque per farla riposare.[4]

Adesso direte: vabbè, questa è la Thailandia, è dall'altra parte del mondo. E allora veniamo a casa.

Venezia, a sessanta chilometri da Bassano, dove sono cresciuto. Dal 2024 il Comune ha introdotto il contributo d'accesso: per entrare in città paghi un biglietto.[5] Cinque euro all'inizio, oggi cinque o dieci a seconda di quanto prenoti in anticipo, e dal 2026 il sistema si allarga.[6] Sembra la

soluzione. Non lo è, e i numeri lo dicono: il biglietto non mette nessun tetto agli ingressi – non esiste un numero massimo di visitatori.[5] Nel 2025 questo sistema ha portato nelle casse del Comune circa cinque milioni e quattrocentomila euro, e non ha ridotto i flussi in modo significativo.[6] In compenso l'UNESCO ha minacciato due volte di mettere Venezia nella lista dei patrimoni dell'umanità «in pericolo», e i residenti del centro storico continuano ad andarsene – perché in una città diventata un parco a tema, semplicemente, non si riesce più a vivere.[5]

E poi, le mie Dolomiti, poco più a nord. Lì la pressione è arrivata al punto che hanno dovuto mettere mano al traffico. Alle Tre Cime di Lavaredo oggi parcheggi solo su prenotazione: settecento posti in quota, e quando finiscono chiudono la strada.[7,8] Parcheggiare costa quaranta euro per dodici ore.[9] Il casino è arrivato fin nei bivacchi, dove grazie agli influencer dell'outdoor (grazie sul serio, eh) ha iniziato ad arrivare bestiame umano della peggior specie, gente che sale per i selfie, poi fa freddo, e quindi bruciano tavoli e panche.[10,11] Tutta roba successa, eh. Grazie, influencer dell'outdoor. Al Lago di Braies, d'estate, dalle nove alle sedici ci arrivi solo a piedi, in bici, col bus o con una prenotazione.[12] Sul Passo Sella ci hanno provato nel 2017 e nel 2018 a limitare le auto, fra le proteste degli operatori turistici.[13] L'obiettivo dichiarato di tutto questo, scritto nero su bianco, è una cosa sola: ridare una qualità della vita a chi in quelle valli ci abita davvero.[12]

Parentesi economica, perché qui c'è una cosa onesta da dire. Il turismo, per tanti posti, è una possibilità di sviluppo vera. Una valle che si stava spopolando, un'isola senza industria, una regione povera: il turismo porta soldi, lavoro, strade, e trattiene i giovani che altrimenti se ne andrebbero. Dire a un posto così «non sviluppate il turismo» è, di nuovo, facile solo se non sei tu a doverci campare. Quindi mettiamolo in chiaro: il turismo può essere una cosa buona, e seria.

Il problema arriva dopo, quando diventa l'unica cosa. Quando una valle scopre che coi turisti si guadagna più che con qualsiasi altra attività, smette pian piano di fare tutto il resto: niente più agricoltura, niente più artigianato, niente più economia che non sia letti, parcheggi e ristoranti. Si chiama monocoltura, ed è fragile per definizione: basta uno stressore – una pandemia, una crisi, un'estate andata storta – e il posto che viveva solo di turisti, senza turisti, muore. Nel 2020 un buon numero di luoghi che conosco ci sono andati a un passo: Dolomiti vuote, Venezia vuota, intere economie che per qualche mese hanno guardato nel vuoto.[14]

La differenza, allora, non è turismo sì o turismo no. È turismo come una gamba, o turismo come unica gamba. Su due gambe stai in piedi anche se una cede. Su una sola, prima o poi, caschi. Fine parentesi.

Manca un ultimo numero, il più scomodo, perché non riguarda un posto solo ma il pianeta intero. Il turismo, da solo, vale circa l'otto-nove per cento delle emissioni globali di gas serra.[15–17] Nel decennio prima del Covid è cresciuto del quaranta per cento, al ritmo del tre e mezzo per cento l'anno – più del doppio della crescita economica mondiale.[17] E una delle fette più grosse è l'aviazione – ma c'è un trucco che quasi tutti i conti si perdono. Quando calcoliamo l'impatto di un volo guardiamo la CO_2 dei motori, e ci fermiamo lì. Solo che a diecimila metri un aereo scalda anche in un altro modo: quelle strisce bianche che si lascia dietro, le scie di condensazione (no, niente scie chimiche), diventano nuvole artificiali che funzionano come una coperta e trattengono il calore. Aggiungi gli ossidi di azoto, e il risultato è che un volo scalda il pianeta circa due o tre volte più di quanto direbbe la sola CO_2.[15,18] La parte che non contiamo è più grande di quella che contiamo.

IL NODO

C'è una difesa che tutti abbiamo usato, almeno una volta, salendo su un aereo o parcheggiando sotto le Tre Cime: *vabbè, sono una persona sola. Che danno faccio io?*

È una domanda onesta. E la risposta onesta è: da solo, non ne fai quasi nessuno (a meno che tu non sia un imbecille). Il tuo corallo calpestato, la tua crema solare nell'acqua, il tuo volo per le Maldive, la tua macchina nel parcheggione del rifugio Auronzo – tutte queste cose prese singolarmente sono quasi impercettibili. Il problema è che «sono una persona sola» è esattamente il pensiero che hanno avuto le altre 4999 persone a Maya Bay. Il danno non vive nel singolo gesto. Vive nell'aggregato. E l'aggregato sei tu moltiplicato per tutti quelli identici a te.

Questa è la prima posizione, e morde. Cercare il posto incontaminato è il meccanismo preciso con cui lo si contamina. La cosa che ami, la ami a morte – letteralmente. E se ci aggiungi il clima la faccenda si fa scomoda: il turismo vale quasi il nove per cento delle emissioni globali, l'aviazione ne è una delle fette più grosse, e a differenza di tante altre emissioni il tuo volo per il weekend (dai, diciamolo onestamente) è una scelta, non una necessità. Da questa parte del bancone la conclusione è secca: a volte la cosa più etica che puoi fare per un posto che ami è non andarci. Toglierti di mezzo.

E qui arriva la seconda posizione, che è quella che mi impedisce di chiudere il capitolo facendo la morale dal pulpito.

Perché «non andarci» e «resta locale» sono consigli che funzionano benissimo – *se già hai il culo di vivere in un bel posto*. Se sei cresciuto in mezzo ai capannoni della bassa lombarda, «resta locale» significa rinuncia all'aria fresca, all'arte, alla bellezza. La bellezza non è distribuita in modo equo sul territorio, e dire a chi non ce l'ha sotto casa di non andare a cercarla altrove è una cosa che suona nobile solo se non ci pensi troppo.

E il contributo d'accesso di Venezia fa esattamente questo, alla luce del sole: razionare la bellezza per censo. Cinque euro, dieci euro – si parla di alzarlo a 50 euro[19] — briciole per chi viaggia in business, ma mica tutti viaggiano in business. Il risultato non è meno gente: è gente più ricca. Il mangiamerda che ha già fatto il suo giro del mondo e adesso, dall'alto della sua coscienza ecologica, dice al diciottenne di Busto Arsizio di non venire a Venezia perché la rovina – quel mangiamerda lì non sta salvando Venezia. Sta tirando su la scala dopo essere salito, e s'inculino i pezzenti.

Quindi dove siamo? Da una parte: il danno è reale, aggregato, e la tua quota conta anche quando non si vede. Dall'altra: il rimedio, così come lo pratichiamo, è ingiusto – scarica il costo del limite sui soliti: quelli in fondo alla fila, e mai che il costo cada sui primi. Queste due cose sono vere insieme. Non si annullano a vicenda.

E allora la domanda giusta non è «viaggiare sì o no». È: **chi paga il conto del limite?** Un tetto agli ingressi per lotteria o prenotazione gratuita non è la stessa cosa di un tetto per prezzo. Il primo raziona per fortuna o organizzazione; il secondo fa finta di razionare per portafoglio. Sembrano la stessa misura – «meno gente» – ma sono due mondi morali diversi.

Su chi debba pagare quel conto non ho una risposta premasticata da mettere sul bancone. Ho però una persona, su cui sono inciampato preparando questa storia, ed è il caso più scomodo che conosca: me.

INTANTO, DA NOI

Tutto questo non è un problema astratto da convegno. Una sera, nell'estate del 2026, ho visto un reel.

Un tale – diciamo un imbecille, ma con tutta la simpatia del mondo, perché non credo sia cattivo, credo solo che non abbia pensato – promuoveva, con il candore di chi ti sta facendo un favore, uno degli ultimi angoli rimasti davvero intatti delle Alpi orientali. Intatto non solo dal punto di vista naturalistico, ma anche antropologico. Un posto dove la gente vive ancora in un certo modo perché *nessuno è ancora arrivato a guardarli vivere*.

«Posto segreto, cascate, frescura, buona cucina e gente autentica, vi porto io, salvate il reel.» Trentamila visualizzazioni mentre lo guardavo. Domani saranno trecentomila.

E qui si chiude il cerchio che abbiamo aperto con *The Beach*. Per raccontare come si chiude mi serve un'espressione: *eterogenesi dei fini*. *È un termine che ha più di un secolo; è il nome che si dà a quando gli effetti di un'azione si mettono a correre per conto loro e finiscono per ribaltare l'intenzione di partenza: fai una cosa per un motivo, e ottieni il suo esatto contrario.* L'influencer turistico è l'eterogenesi dei fini con il turbo: prende un luogo il cui valore *è* il fatto di non essere visitato, e ne estrae visualizzazioni dicendo a tutti di visitarlo. Il valore che monetizza è esattamente il valore che distrugge nel monetizzarlo.

Ma la parte che mi fa davvero incazzare è un'altra, ed è la parte etica vera. Lui, il dannatissimo influencer di viaggi, il conto non lo paga mai. Incassa le views, magari la sponsorizzazione, magari il giro pagato dall'ente del turismo locale – e riparte per la prossima destinazione esclusiva da spolpare come una maledetta locusta bulimica. Il conto resta lì: lo pagano quelli che in quel posto ci *vivono*. Il parcheggio selvaggio, i sentieri sfondati, gli affitti che salgono perché mettere su un B&B conviene molto più che affittare a una famiglia, il paese che a un certo punto non è più un paese ma uno sfondo. È il modello di Venezia in scala alpina: profitto a chi passa, costo a chi resta. Finché a restare non riesce più nessuno.

Per questo no, non vi dico dov'è quel posto di cui parlava la dannata locusta. Non per fare il misterioso. Per la ragione opposta: perché l'unica cosa che lo tiene in vita, quel posto come tanti altri simili, è che non finisca in un reel. È poco, lo so. È la versione minima di un'etica del turismo: non essere io l'anello che lancia il prossimo posto nel tritacarne. Ma da qualche parte bisogna pur cominciare.

E allora torniamo a me, e a un conto che non ho ancora pagato.

L'ULTIMO GIRO

Vi avevo promesso due posti. Eccoli: il Passo Sella, le Tre Cime di Lavaredo, il Lago di Braies. Va bene, sono tre. Sono i posti della mia infanzia e della mia adolescenza, le Dolomiti in cui sono cresciuto, su cui ho imparato letteralmente a camminare prima e a scalare poi. E sono posti dove, oggi, non vado più.

Mi piacerebbe dirvi che è una scelta etica. In parte lo è: se ci tornassi, sarei esattamente il problema di cui mi sono lamentato fin qui. Una macchina in più sul passo, una foto in più, una persona in più al Lago di Braies

che è diventato lo sfondo per i reel di quell'imbecille e dei suoi colleghi. Togliermi di mezzo è la versione minima dell'etica del turismo, e la pratico.

Ma c'è una parte meno nobile, e ve la metto sul bancone perché è il punto. Io posso permettermi di non tornarci perché quei posti li ho già dentro. Li ho visti quando ci si poteva ancora andare. Ho la bellezza in banca, e adesso campo di rendita. Il diciottenne di Busto Arsizio che alle Tre Cime non c'è mai stato quella rendita non ce l'ha. La mia rinuncia, vista da lì, non è virtù: è il privilegio di essere arrivato prima.

Maya Bay ha riaperto con un tetto: 375 persone per turno, un'ora a testa.[4] Per fasce orarie: il biglietto c'è anche lì, ma a decidere chi entra è il tetto, non il prezzo. Forse la risposta meno ingiusta è tutta lì, nella differenza tra una folla fintamente razionata per portafoglio e una razionata per fortuna o per fila. Non lo so. Quello che so è che la domanda giusta da portarsi a casa non è «posso andarci». È un'altra, e ve la lascio: *ho già avuto più della mia parte?*

E qui c'è una bella differenza con quel posto che non vi ho detto. Quel posto, più gente ci mando, più lo rovino. Questo – il bancone di Bioetica da Bar – no: è l'unica cosa di cui ho parlato stasera che non si consuma se la condividi. Questa storia mandata alla persona giusta (tipo quel tuo amico che sta pensando se andare in Giappone o in Islanda) – non sfonda nessun sentiero, non fa salire nessun affitto, non soffoca nessun corallo.

Bibliografia

1. Boyle D. *The Beach*. 20th Century Fox; 2000.
2. Cripps K, Axelrod N. Tourism killed Thailand's most famous bay. Here's how it was brought back to life. *CNN Travel*. 1 agosto 2022. Consultato 16 ottobre 2026. https://edition.cnn.com/travel/article/maya-bay-thailand-recovery-c2e-spc-intl
3. Saiyasombut S. Maya Bay Closing a Chance for Nature to Recover. Saksith Saiyasombut. 31 maggio 2018. Consultato 16 ottobre 2026. https://saiyasombut.com/blog/2018/5/31/maya-bay-closing-a-chance-for-nature-to-recover
4. Maya Bay Reopens: Strict Measures in Place for Sustainable Tourism. *Khaosod English*. 30 settembre 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.khaosodenglish.com/tourism/2024/09/30/maya-bay-reopens-strict-measures-in-place-for-sustainable-tourism/
5. Il biglietto a pagamento per visitare Venezia funzionerà? *Il Post*. 24 aprile 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilpost.it/2024/04/24/biglietto-pagamento-turisti-venezia/
6. Nel 2026 il biglietto d'ingresso per Venezia si allargherà ulteriormente. *Il Post*. 21 novembre 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilpost.it/2025/11/21/venezia-ticket-ingresso-turismo/
7. Cavarzan E. Tre Cime di Lavaredo, accessi regolati per preservare le Dolomiti: la ricetta contro l'Overtourism. *il Nord Est*. 27 gennaio 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilnordest.it/ambiente/tre-cime-lavaredo-overturism-parcheggi-registrazione-accessi-auronzo-val-pusteria-nm2q9rs7
8. Parcheggio Tre Cime di Lavaredo: informazioni, come prenotare. auronzo.info. 16 aprile 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://auronzo.info/parcheggio-tre-cime-di-lavaredo/

9. Tre Cime di Lavaredo: prenotazione obbligatoria online per la strada al Rifugio Auronzo. *Planetmountain*. 23 maggio 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.planetmountain.com/it/notizie/ambiente/tre-cime-di-lavaredo-prenotazione-obbligatoria-online-strada-rifugio-auronzo.html
10. Bivacchi di design ad uso dei 'selfie' e persone non attrezzate che finiscono in pericolo, il Cai Veneto: via ogni confort all'interno, se non basta rimuoviamoli. *il Dolomiti*. 4 maggio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ildolomiti.it/montagna/2026/bivacchi-di-design-ad-uso-dei-selfie-e-persone-non-attrezzate-che-finiscono-in-pericolo-il-cai-veneto-via-ogni-confort-allinterno-se-non-basta-rimuoviamoli
11. Spaccano le panchine del bivacco a 1.500 metri per accendersi il fuoco (e bruciano anche scopa e badile). *il Dolomiti*. 14 aprile 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ildolomiti.it/montagna/2025/spaccano-le-panchine-del-bivacco-a-1500-metri-per-accendersi-il-fuoco-e-bruciano-anche-scopa-e-badile-la-montagna-e-diventata-una-discarica-di-esseri-umani
12. Fin G. Troppo traffico, dalle Tre Cime alla Valle di Braies ecco le restrizioni: 'Servono per alleggerire la pressione sulla popolazione e gestire i flussi nelle valli dolomitiche'. *il Dolomiti*. 28 maggio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ildolomiti.it/cronaca/2026/troppo-traffico-dalle-tre-cime-alla-valle-di-braies-ecco-le-restrizioni-servono-per-alleggerire-la-pressione-sulla-popolazione-e-gestire-i-flussi-nelle-valli-dolomitiche
13. Redazione Montagna.tv. Passo Sella, stop alle chiusure: quest'anno arriva tetto massimo di auto. Anche per il Lago di Braies. *Montagna.tv*. 25 giugno 2018. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.montagna.tv/?p=125941
14. UNWTO. *2020: Worst Year in Tourism History with 1 Billion Fewer International Arrivals*. 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.unwto.org/news/2020-worst-year-in-tourism-history-with-1-billion-fewer-international-arrivals
15. Dunne D. Tourism responsible for 8% of global greenhouse gas emissions, study finds. *Carbon Brief*. 7 maggio 2018. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.carbonbrief.org/tourism-responsible-for-8-of-global-greenhouse-gas-emissions-study-finds/
16. Lenzen M, Sun YY, Faturay F, Ting YP, Geschke A, Malik A. The carbon footprint of global tourism. *Nature Clim Change*. 2018;8(6):522-528. doi:10.1038/s41558-018-0141-x
17. Sun YY, Faturay F, Lenzen M, Gössling S, Higham J. Drivers of global tourism carbon emissions. *Nat Commun*. 2024;15(1):10384. doi:10.1038/s41467-024-54582-7
18. Lee DS, Fahey DW, Skowron A, et al. The contribution of global aviation to anthropogenic climate forcing for 2000 to 2018. *Atmospheric Environment*. 2021;244:117834. doi:10.1016/j.atmosenv.2020.117834
19. Il nuovo sindaco di Venezia vuole alzare il ticket di ingresso fino a 50 euro. *Il Post*. 19 giugno 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilpost.it/2026/06/19/venezia-contributo-ingresso-ticket-simone-venturini-sindaco-50-euro/

29

Code di ratto

Quando la misura diventa il bersaglio, e i corpi pagano il conto

Uscito il 5 agosto 2026

AL BANCONE

Alcuni anni fa avevo un paio di ratte come animali domestici. Rospa e Luja, due bestiole carinissime e molto intelligenti, tanto che a un certo punto hanno iniziato a condividere con me l'ufficio, a Zurigo. La cosa che a tanta gente non piace, dei ratti, sono le code. Ecco – questa è una storia di code di ratto.

Hanoi, 1902. Paul Doumer, governatore francese dell'Indocina e futuro presidente della Repubblica, costruisce le fogne più moderne che l'Asia coloniale abbia mai visto.[1] Un fiore all'occhiello. Acqua che scorre, igiene, progresso. C'è solo un dettaglio: sottoterra, al buio, all'umido, al caldo, ha appena costruito senza volerlo il più grande allevamento di ratti della storia della città.

E con i ratti, la peste.

La soluzione che escogitano i francesi è di una semplicità geniale. Un centesimo per ogni ratto morto. Non serve portare la carcassa, basta consegnare la **coda**. Funziona alla grande: migliaia di ratti al giorno, i registri si riempiono, l'amministrazione esulta. La curva sale. Stiamo vincendo.

Poi gli ispettori cominciano a notare una cosa strana per le strade di Hanoi. Ratti vivi. Vivissimi. Senza coda.

E un po' fuori città trovano gli allevamenti. La gente aveva capito il gioco in mezzo secondo: prendi il ratto, gli tagli la coda, incassi il centesimo, e poi lo liberi. Perché un ratto morto vale un centesimo e basta. Un ratto vivo, invece, fa altri ratti – e altri ratti fanno altre code. Qualcuno aveva proprio aperto delle fattorie di ratti. Da capo.

I francesi cancellano la taglia. I ratti restano. Nel 1906 la peste torna a Hanoi e in tre anni fa centinaia di morti.

Tenete a mente la coda del ratto, perché questa storia non è sui ratti. È su tutte le volte che misuriamo la cosa sbagliata e qualcuno, da qualche parte, ci muore.

COM'È ANDATA

Sì, è tutto documentato. La storia delle code di ratto la ricostruisce uno storico, Michael Vann, sugli archivi coloniali francesi – non è una leggenda metropolitana.[2,3]

E qui mi tocca rovinarvi un mito, perché quella che molti di voi conoscono è la versione coi cobra, nell'India inglese: stessa identica trama, taglia, allevamenti, disastro. Bellissima. Peccato che per quella fonti serie non ce ne siano.[4] È la barzelletta sugli incentivi perversi che ha ottimizzato sé stessa per girare meglio – perfettamente in tema, se ci pensate. I ratti di Hanoi, invece, sono storia.

Quella di Hanoi non è una barzelletta coloniale. È la dimostrazione sul campo di una legge che un economista inglese formulerà settant'anni dopo. Si chiama legge di Goodhart, da Charles Goodhart, che la scrive nel 1975 ragionando di politica monetaria.[5] La versione più famosa, però, la dobbiamo a un'antropologa, Marilyn Strathern, che nel 1997 la riassume in una frase che vale la pena imparare a memoria: *quando una misura diventa un obiettivo, smette di essere una buona misura.*[6]

Tradotto da bar: nel momento esatto in cui prometti un premio per un numero, la gente smette di inseguire la cosa che il numero doveva rappresentare e comincia a inseguire il numero. La coda, non il ratto morto. E spesso le due cose vanno in direzioni opposte.

Fin qui sembra un problema da economisti, o da burocrati distratti. Facciamolo diventare un problema di bioetica. Facciamolo diventare un problema di corpi.

New York e Pennsylvania, inizio anni Novanta. Qualcuno ha un'ottima idea, un'idea giusta: pubblichiamo le statistiche di mortalità dei cardiochirurghi. Quanti pazienti sopravvivono al bypass, chirurgo per chirurgo, ospedale per ospedale. Le chiamano *report card*, le pagelle. La logica è

impeccabile: trasparenza. Basta affidarsi al passaparola, basta col primario intoccabile. Il cittadino ha diritto di sapere se il bisturi che gli aprirà il petto è in mano a un fenomeno o a un disastro.

E poi i ricercatori vanno a vedere cosa succede davvero. Schneider ed Epstein, sul *New England Journal of Medicine* del 1996, interrogano cardiologi e cardiochirurghi della Pennsylvania: quasi due chirurghi su tre dichiarano di essere diventati meno disposti a operare i pazienti gravi.[7]

Non è una sensazione. Nel 2003 Dranove e colleghi mettono le mani sui dati veri, su scala nazionale, e misurano l'effetto delle pagelle. Risultato: dopo l'introduzione delle report card, la chirurgia si è spostata *via* dai malati gravi e *verso* i sani. I pazienti più malati – quelli che avrebbero avuto più bisogno dell'intervento – hanno avuto più scompensi cardiaci, più infarti ripetuti, esiti complessivamente peggiori.[8] La misura nata per proteggere i pazienti ha finito per fare del male proprio ai più fragili.

Avete capito il gioco. Il malato grave è la coda del ratto al contrario: invece di moltiplicarlo, lo fai sparire. Lo giri a un altro, lo rimandi, lo tieni a pillole, lo dichiari «non un buon candidato». Non perché tu sia un mostro. Perché operarlo ti rovina il numero, e il numero adesso è pubblico, e il numero decide la tua carriera.

IL NODO

Adesso la parte scomoda. Perché la tentazione, sentendo questa storia, è dire: misurare è il male, torniamo a fidarci dei medici e basta. E invece no. Fermiamoci un attimo, perché qui si scivola facile.

La trasparenza è una cosa buona. Davvero. Prima delle pagelle, com'è che sapevi se il tuo cardiochirurgo era bravo o era un macellaio in camice con un bel sorriso? Non lo sapevi. Te lo diceva il passaparola, o la targa sulla porta. L'opacità non protegge i pazienti: protegge i medici scarsi, i primari intoccabili, i sistemi che preferiscono non sapere. Pubblicare i numeri è stato un atto di democrazia sanitaria. Chi te li vuole togliere, spesso, ha qualcosa da nascondere.

E però. Quei numeri, nel momento esatto in cui li appendi al muro, smettono di descrivere la realtà e cominciano a *fabbricarla*. Torniamo dal nostro cardiochirurgo. Ha davanti una cartella: un paziente grave, malato da far paura, di quelli che se li operi forse muoiono sul tavolo. Prima delle pagelle, la domanda era una sola: posso aiutarlo? Dopo le pagelle, nella testa, se ne aggiunge un'altra. Piccola, vergognosa, fortissima. *E se mi muore, cosa succede al mio numero?*

Nessuno qui è cattivo. Tradotto da bar: è semplice aritmetica della sopravvivenza professionale. Operare il caso disperato è un rischio per la statistica, e la statistica adesso è pubblica, e la statistica ti rovina la carriera. Allora la mano si ferma. Il bisturi resta nel cassetto, e il paziente grave diventa «non un buon candidato». La misura nata per proteggerli li ha resi invisibili. Non perché qualcuno li odiasse. Perché rovinavano il grafico.

Questo ha un nome tecnico: si chiama *reattività*. L'atto di misurare cambia il comportamento di ciò che misuri.[9] Non è un incidente, non è un effetto collaterale da limare con una circolare. È la regola. E vale ovunque tu appenda un numero al muro e ci leghi una ricompensa: la scuola, la polizia, l'università, la sanità. Misuri gli arresti, e la polizia arresta i deboli che non oppongono resistenza. Misuri i tempi d'attesa, e nascondi i pazienti nelle ambulanze in cortile.[10] Misuri la mortalità, e i moribondi diventano il problema di qualcun altro.

La domanda vera, allora, non è «misurare sì o no». È un'altra, ed è più affilata: ogni volta che scegliamo cosa contare, stiamo scegliendo implicitamente anche chi smettere di vedere. Quindi: chi abbiamo deciso di non vedere?

E qui c'è il veleno. Perché potreste pensare: va bene, troviamo i responsabili. Il chirurgo egoista, il manager arrivista, il burocrate col foglio Excel. Puniamo loro. Ecco. Non c'è nessuno da punire. Il chirurgo che rifiuta è razionale. Il manager che insegue il target sta facendo esattamente il lavoro per cui è pagato. Chi ha scritto il criterio voleva la trasparenza, una cosa buona, ve l'ho detto. Ogni singolo gesto, preso da solo, è difendibile. E in fondo a questa catena di gesti tutti ragionevoli ci sono delle persone morte, senza un assassino. Nessuno, in tutta la storia, si è mai svegliato la mattina decidendo di lasciar morire qualcuno. Hanno solo, ciascuno al suo posto, ottimizzato un numero. Il male peggiore non è quello che qualcuno sceglie. È quello che esce, da solo, da mille scelte giuste.

INTANTO, DA NOI

Vi ho detto che da una catena di gesti ragionevoli, prima o poi, escono dei morti. Non è un'iperbole e non è solo teoria americana: ha anche un indirizzo, dall'altra parte dell'oceano. Stafford, Inghilterra, ospedale del Mid Staffordshire NHS Trust, fra il 2005 e il 2009. E attenzione, perché qui cambia tutto tranne la legge. Negli Stati Uniti misuravano almeno la cosa giusta – quanti pazienti sopravvivono – e già bastava a far sparire i gravi, un caso alla volta, in silenzio. A Stafford non misuravano nemmeno

quello: misuravano il contorno, i tempi d'attesa, i conti in ordine per il bollino di eccellenza. E mentre tutti fissavano quei numeri, la cura moriva nell'angolo cieco.

Quell'ospedale inseguiva un pugno di obiettivi gestionali e finanziari – i tempi d'attesa al pronto soccorso, i conti in ordine per ottenere lo status di *foundation trust*, l'ambito bollino di eccellenza amministrativa. Per centrare quei numeri tagliò sul resto: personale, cura di base, le cose che sui cruscotti non comparivano. Pazienti lasciati senza acqua, senza igiene, senza assistenza elementare.[11 (par. 73)]

E qui c'è un dettaglio che sembra fatto apposta per questo capitolo. Se cercate Mid Staffordshire, il numero che trovate dappertutto è uno: fra i 400 e i 1.200 morti in eccesso. Viene dalle statistiche di mortalità della Healthcare Commission, del 2009; la Commissione lo tolse dal suo rapporto finale perché fuorviante, e poi trapelò ai giornali.[12] L'inchiesta pubblica guidata da Robert Francis, nel 2013, scrive l'opposto: che nessun numero preciso di morti si può attribuire alle cure.[13 (par. 5.29)] Cioè: anche per raccontare il disastro di un ospedale ucciso dai numeri, ci siamo aggrappati a un numero. La coda, di nuovo.

La diagnosi di Francis è la legge di Goodhart parola per parola: un culto del management ossessionato da target mal concepiti, e cieco alla realtà quotidiana del reparto.[11 (p. 3)] Il bersaglio centrato, qui, ha fatto soffrire moltissimi e, almeno in un caso documentato, ha ucciso; quanti, nessuno saprà mai dirlo. Quel caso ha un nome: Gillian Astbury, diabetica, morta di chetoacidosi nell'aprile 2007 perché di notte nessuno le aveva dato l'insulina.[13 (par. 1.183–1.184)] Un'insulina non data, nel mese in cui tutti guardavano il numero. Hanno consegnato un sacco di code, e intanto la peste (metaforicamente) era nelle corsie.

E adesso la parte in cui mi tiro in mezzo, brevemente, perché il meccanismo non vive solo in corsia. Vi racconto una cosa che mi è successa nel 2026. Esiste in Italia una procedura nazionale di valutazione per insegnare all'università, l'abilitazione scientifica nazionale.[14] Si ragiona per «settori»: caselle disciplinari. Io ho presentato lo stesso identico dossier in due caselle. In una – logica, storia e filosofia della scienza – mi hanno abilitato. Yay, congratulazioni prof – non è la parte interessante. Nell'altra – filosofia morale – bocciato. La motivazione, in sostanza, diceva che guardo troppo alla pratica, ai problemi reali, ai casi concreti. Stessa persona, stesso lavoro, due numeri opposti, perché la macchina che incasella non sa leggere chi sta in mezzo. Non sono morto; ho preso un caffè e sono andato avanti. Ma è lo stesso identico meccanismo: un criterio che, invece

di descrivere il valore di qualcosa, decide cosa ha il diritto di esistere – e cosa, semplicemente, non rientra.

L'ULTIMO GIRO

Torniamo alla coda del ratto. Il problema, ad Hanoi, non erano i ratti: era che qualcuno aveva deciso che il ratto si contava dalla coda. E da quel momento la coda è diventata la realtà, e il ratto vivo, libero di moltiplicarsi, il punto cieco.

Ogni volta che riduciamo qualcosa di vivo a un numero da premiare, stiamo scegliendo una coda. A volte è giusto, a volte è inevitabile: non si governa un ospedale, o un Paese, a sentimento. I modelli, le semplificazioni, le rappresentazioni... servono. Ma bisogna pensare bene quando si costruisce una rappresentazione, perché le rappresentazioni possono modificare la realtà, e non sempre per il meglio. C'è sempre un ratto senza coda che se la squaglia, e c'è sempre qualcuno di fragile che diventa invisibile.

Mezzo secolo fa un biochimico, Van Rensselaer Potter, ha reso famosa la parola «bioetica» e l'ha definita un ponte: tra le scienze che misurano e i valori che le scienze, da sole, non vedono.[15–17] Ecco, a me hanno detto che faccio troppa pratica per la filosofia morale. E questa storia, in fondo, non ha fatto altro che filosofia morale pura – partendo dalla pratica. Dalla coda di un ratto e da un grafico di mortalità. Forse è proprio quello il ponte – o per lo meno, questo è il ponte sul quale secondo me vale la pena stare.

Quindi la domanda ve la lascio sul bancone, ed è per tutti, non solo per i medici: nel tuo lavoro, qual è la coda che conti? E soprattutto – cosa hai smesso di vedere?

Una nota finale, personale. Queste storie le cerco, le studio e le racconto nel tempo che avanza fuori dal lavoro. E se devo essere coerente con la storia di oggi, Bioetica da Bar è esattamente una di quelle code che a nessuno interessa contare: non c'è un grafico, da nessuna parte, su cui questo lavoro qui faccia salire una riga. Sta fuori dalla casella, invisibile ai CV accademici e alle metriche abilitative. Lo faccio lo stesso, perché resto convinto che capire il mondo più a fondo sia il modo migliore di abitarlo, e che certe cose meritino di uscire dalle aule e finire al bar.

Bibliografia

1. Présidence de la République. Paul Doumer. elysee.fr. 15 novembre 2018. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.elysee.fr/la-presidence/paul-doumer
2. Vann MG, Clarke L. *The Great Hanoi Rat Hunt: Empire, Disease, and Modernity in French Colonial Vietnam*. Oxford University Press; 2018.

3. Vann MG. Of Rats, Rice, and Race: The Great Hanoi Rat Massacre, an Episode in French Colonial History. *fch*. 2003;4(1):191-203. doi:10.1353/fch.2003.0027
4. Siebert H. *Der Kobra-Effekt. Wie man Irrwege der Wirtschaftspolitik vermeidet*. 4ª ed. Deutsche Verlags-Anstalt; 2001. Consultato 16 ottobre 2026. https://orlis.difu.de/items/892082a3-067d-48cd-902b-384b283bcc0b
5. Goodhart CAE. Problems of Monetary Management: The UK Experience. In: *Monetary Theory and Practice*. Macmillan Education UK; 1984:91-121. doi:10.1007/978-1-349-17295-5_4
6. Strathern M. 'Improving ratings': audit in the British University system. *Eur Rev*. 1997;5(3):305-321. doi:10.1002/(SICI)1234-981X(199707)5:3<305::AID-EURO184>3.0.CO;2-4
7. Schneider EC, Epstein AM. Influence of Cardiac-Surgery Performance Reports on Referral Practices and Access to Care — A Survey of Cardiovascular Specialists. *N Engl J Med*. 1996;335(4):251-256. doi:10.1056/NEJM199607253350406
8. Dranove D, Kessler D, McClellan M, Satterthwaite M. Is More Information Better? The Effects of "Report Cards" on Health Care Providers. *Journal of Political Economy*. 2003;111(3):555-588. doi:10.1086/374180
9. Espeland WN, Sauder M. Rankings and Reactivity: How Public Measures Recreate Social Worlds. *American Journal of Sociology*. 2007;113(1):1-40. doi:10.1086/517897
10. Bevan G, Hood C. Have targets improved performance in the English NHS? *BMJ*. 2006;332(7538):419-422. doi:10.1136/bmj.332.7538.419
11. Francis R. *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry: Executive Summary*. The Stationery Office; 2013. Consultato 16 ottobre 2026. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7ba0faed915d13110607c8/0947.pdf
12. Full Fact. How many people died "unnecessarily" at Mid Staffs? Full Fact. 7 marzo 2013. Consultato 16 ottobre 2026. https://fullfact.org/health/how-many-people-died-unnecessarily-mid-staffs/
13. Francis R. *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Volume 1: Analysis of Evidence and Lessons Learned (Part 1)*. The Stationery Office; 2013. Consultato 16 ottobre 2026. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c9bec40f0b65b3de09fde/0898_i.pdf
14. Ministero dell'Università e della Ricerca. ASN – Abilitazione Scientifica Nazionale. abilitazione.mur.gov.it. Consultato 16 ottobre 2026. https://abilitazione.mur.gov.it/public/index.php
15. Potter VR. Bioethics, the Science of Survival. *pbm*. 1970;14(1):127-153. doi:10.1353/pbm.1970.0015
16. Potter VR. *Bioethics: Bridge to the Future*. Prentice-Hall; 1971.
17. Lolas F. Bioethics and animal research. A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr. *Biol Res*. 2008;41(1):119-123. doi:10.4067/S0716-97602008000100013

30

L'acqua degli altri

Road trip nella valle che Los Angeles si è bevuta – e nel futuro che ci aspetta

Uscito il 19 agosto 2026

AL BANCONE

Furnace Creek, California. Estate 2023. È notte fonda, e fuori dal furgone tira un vento fortissimo. Solo che questo vento non rinfresca. Scotta. È come un phon gigante puntato addosso, a mezzanotte, nel buio. Il posto si chiama Death Valley, la valle della morte, e il nome non è marketing: è il punto più caldo del pianeta Terra. Ci sono arrivato in furgo con mia moglie, e nel bagagliaio avevamo taniche d'acqua extra. Non a caso: perché lì funziona così. Controlli il livello dell'acqua come controlli la benzina, perché se resti a piedi nel posto sbagliato all'ora sbagliata, la faccenda smette molto in fretta di essere un'avventura – e lo stesso è vero per l'acqua.

La mattina dopo, a mezzo chilometro da dove avevamo dormito, ho visto una cosa che non mi è più uscita dalla testa: un campo da golf. In mezzo a questo deserto apparentemente così avverso alla vita umana... Erba verde, curata, irrigata. Un campo da golf. Nel posto più caldo della Terra, sessantacinque metri sotto il livello del mare.

Quella specie di allucinazione è l'ultima tappa di un viaggio che voglio rifare stasera con voi, al contrario, dall'inizio: una strada che scende lungo una valle dove c'era un fiume che non c'è più, un lago che è diventato polvere, un campo di prigionia in mezzo al deserto, città fantasma con le pompe di benzina arrugginite. Sembra un catalogo di rovine del passato,

roba da western. Vi anticipo subito il ribaltamento: non è il passato. È una finestra sul futuro. E l'estate del 2026, con il caldo che si è mangiato mezza Europa, è la prova che quella finestra dà su casa nostra. Questa è una storia di guerre dell'acqua. Guerre vere, con la dinamite. Chiudiamo all'alba, in uno dei posti più belli che io abbia mai visto – e capirete perché «bello» e «abitabile» sono due cose diverse.

COM'È ANDATA

Partiamo da un fiume. L'Owens River scende dalla Sierra Nevada, sul lato est, e per migliaia di anni ha fatto una cosa strana per quelle latitudini: ha reso verde un deserto. La Owens Valley, primi del Novecento, è una valle agricola: frutteti, ranch, campi irrigati, e in fondo un lago vero, l'Owens Lake, così grande che nell'Ottocento ci navigavano i battelli a vapore, carichi di lingotti d'argento e di legname.[1]

A quasi quattrocento chilometri di distanza c'è Los Angeles, che ha un problema: sta crescendo come un termitaio, ma non ha acqua. E qui entrano in scena due uomini: Fred Eaton, ex sindaco, e William Mulholland, capo dell'acquedotto municipale, un ingegnere irlandese fatto da sé, di quelli che l'America di allora adorava.[2,3] I due capiscono che la soluzione è lassù, nella Owens Valley. C'è solo un dettaglio: l'acqua è della valle. O meglio – attenzione, perché su questo torneremo – è di chi ne detiene i diritti.

E allora parte l'operazione. Agenti di Los Angeles girano la valle comprando terreni e diritti d'acqua senza dire per chi lavorano né perché. I contadini pensano di vendere a ranchers, a progetti di irrigazione locale. Un funzionario del governo federale, che ufficialmente studiava un progetto di irrigazione *per la valle*, passa informazioni alla città. Quando i giornali di Los Angeles annunciano l'acquedotto, per la valle è troppo tardi: la città possiede già il fiume.[4]

Il 5 novembre 1913 l'acquedotto apre: 375 chilometri di canali e tubi, all'epoca il più lungo del mondo, tutto a caduta, senza una pompa.[4] A Newhall, davanti a una folla di trentamila persone, l'acqua della Owens Valley si rovescia nella San Fernando Valley.[5] Mulholland guarda la cascata, si volta verso la folla e pronuncia il discorso inaugurale più corto della storia americana. Cinque parole: «*There it is. Take it.*» Eccola lì. Prendetevela.[6]

Se questa storia vi suona vagamente familiare è perché l'avete vista al cinema: *Chinatown*, 1974, Jack Nicholson, è liberamente ispirato proprio

a questa vicenda.[7,8] Hollywood ha romanzato parecchio, ma l'ossatura è questa.

Los Angeles, con quell'acqua, decolla: da duecentomila abitanti a più di un milione in meno di vent'anni. La Owens Valley fa il percorso inverso. E quando, nei primi anni Venti, la città comincia anche a pompare l'acqua da sotto terra, dalla falda, la valle capisce che non le resterà niente. Nel maggio del 1924 un gruppo di contadini prende cinquecento libbre di dinamite e fa saltare un pezzo di acquedotto vicino a Lone Pine.[9] Sei mesi dopo, in novembre, un piccolo esercito di valligiani occupa le paratoie delle Alabama Gates e riversa l'acqua della città nel letto del lago che sta morendo.[10] Ci restano quattro giorni, accampati, coi picnic: le foto sembrano una sagra, ed è una rivolta. Nei tre anni seguenti l'acquedotto salta in aria altre undici volte.[9] Le chiamano, senza metafora, le California Water Wars: le guerre dell'acqua.

La valle perde. Ovviamente. La banca locale che finanziava la resistenza fallisce, la città compra quello che resta, e nel 1926 l'Owens Lake – il lago dei battelli a vapore – è secco.[9,11] Non «più basso»: secco. Sparito.

E qui la storia fa il suo primo salto di scala, perché un lago non sparisce e basta. Il fondale esposto, carico di sali alcalini e arsenico, comincia a volare.[12] Ogni volta che il vento si alza, il fantasma del lago morto si solleva in tempeste di polvere finissima, quella che oggi chiamiamo PM10, la polvere che entra nei polmoni e ci resta, e se li mangia. Per decenni quel fondale è stato la più grande sorgente di polveri sottili di origine umana degli Stati Uniti.[11,13] Non una fabbrica, non un'autostrada: il fantasma di un lago assassinato per dissetare una città.

E poi arriva la beffa contabile, tenetevela in mente perché ci servirà: dagli anni Duemila i tribunali hanno obbligato Los Angeles a mitigare quella polvere. A oggi la città ci ha speso più di due miliardi e mezzo di dollari, stendendo migliaia di chilometri di tubi per inumidire il fondale.[14] Tradotto da bar: Los Angeles paga miliardi per bagnare il lago che ha svuotato.

E Mulholland? Prima di proseguire la discesa, chiudiamo il suo, di conto, perché la storia gliel'ha presentato con una puntualità che nessuno sceneggiatore oserebbe. Per gestire tutta quell'acqua rubata serviva stoccarla, e Mulholland costruì dighe. Una di queste, la St. Francis, una sessantina di chilometri a nord-ovest di Los Angeles, la mattina del 12 marzo 1928 mostrava una perdita di acqua sporca. Mulholland andò di persona, la ispezionò per due ore e la dichiarò sicura. Quella notte, poco prima di mezzanotte, la diga collassò. Dodici miliardi di galloni d'acqua si rovescia-

rono a valle e uccisero più di quattrocento persone: il secondo disastro per numero di vittime della storia della California, dopo il terremoto di San Francisco.[3,15] All'inchiesta Mulholland si prese tutta la responsabilità – «se c'è stato un errore di giudizio umano, l'umano ero io» – e disse una frase sola che vale la pena ricordare: «invidio i morti».[3,16] Carriera finita, morì in disgrazia nel 1935.[16] L'uomo che aveva preso l'acqua è stato distrutto dall'acqua. Sembra un contrappasso perfetto, da manuale. Tenetevi questa sensazione, perché tra poco la smonteremo: la storia non stava facendo giustizia. La storia stava solo facendo quello che fa sempre, cioè la storia.

Scendiamo lungo la valle, perché la strada continua. Poco a sud di Independence c'è un posto che si chiama Manzanar. In spagnolo vuol dire «meleto», perché un meleto c'era davvero: una comunità agricola, fondata nel 1910, morta quando Los Angeles ha comprato anche lì terra e acqua.[17] Terreno vuoto, di proprietà del dipartimento dell'acqua della città. E un terreno vuoto, isolato, in mezzo al deserto, con una ferrovia non lontana, nel 1942 all'America serviva eccome.

Febbraio 1942. Dopo Pearl Harbor, il presidente Roosevelt firma l'ordine esecutivo 9066: centoventimila persone di origine giapponese – due terzi delle quali cittadini americani nati in America – vengono deportate in dieci campi di prigionia (eh sì, i lager non li hanno fatti solo i nazisti). Il primo ad aprire è Manzanar: diecimila persone dietro il filo spinato, con le torrette e i riflettori, in baracche di assi e carta catramata montate in fretta sul fondo di una valle che il furto dell'acqua aveva trasformato in una pianura di polvere.[18–20]

E la polvere, a Manzanar, non è un dettaglio scenografico: è una presenza documentata in decine di testimonianze. Le tempeste di sabbia entravano dalle fessure dei pavimenti e dai nodi del legno; la gente si svegliava con il cuscino e i capelli grigi di sabbia, respirando attraverso stracci bagnati.[21–23] D'estate quasi quaranta gradi, d'inverno sotto zero, e in mezzo il vento.[24] I prigionieri – contadini, giardinieri, gente che la terra la sapeva far vivere – fecero l'unica cosa sensata: deviarono di nuovo l'acqua, costruirono canali, orti, persino giardini con stagni e ponticelli, un pezzo di Giappone dentro un campo di prigionia americano.[18] L'ironia è atroce: l'acqua che la città aveva tolto alla valle per legge, i prigionieri della città la riportarono nella valle per sopravvivere.

Il campo chiude nel novembre 1945.[18] Oggi è un sito storico nazionale: ci sono passato, c'è il vento, ci sono i nomi, e c'è ancora la polvere.

La strada continua a scendere, e il paesaggio diventa via via più marziano. Trona: una company town costruita attorno a un impianto chimico che

estrae borace, potassio e soda dal lago secco di Searles. L'aria sa di zolfo, molte case sono abbandonate.[25] Ed è un posto che conosce così bene la scarsità d'acqua da avere un primato nazionale: il liceo di Trona gioca a football su quello che forse è l'ultimo campo in terra battuta d'America. Lo chiamano «The Pit», la fossa. Niente erba: il suolo è troppo salato e l'acqua troppo preziosa. Da più di sessant'anni, generazioni di ragazzini che si placcano sulla sabbia pressata.[26]

Poi Ballarat, che non è nemmeno più una città: è un fantasma con un emporio. Fondata nel 1896 per la corsa all'oro, sette saloon e nemmeno una chiesa, morta nel 1917. Nel cortile c'è ancora un pickup con la firma della famiglia Manson – sì, quel Manson: il loro ranch-covo, il Barker Ranch, stava poco più a sud, su per il Goler Wash. Ci vivono una o due persone.[27] Il resto è vento.

E infine si scende sul serio: sotto il livello del mare, dentro la Death Valley. Furnace Creek. Qui il 10 luglio 1913 – notate l'anno: lo stesso, identico anno in cui Mulholland inaugurava l'acquedotto – è stata registrata la temperatura dell'aria più alta mai misurata sulla Terra: 56,7 gradi. Il record mondiale, ancora oggi.[28] Il 1913 è l'anno in cui la California stabilisce il primato mondiale del caldo e inventa il furto d'acqua su scala industriale. Le due metà di questa storia, insieme.

Eppure Furnace Creek esiste, perché è un'oasi vera: dalle sorgenti sgorgano milioni di litri d'acqua al giorno, acqua antica che risale da falde profonde.[29,30] Su quell'acqua, dal 1927, è cresciuto un resort di lusso.[29] E il resort ha costruito la scena che vi ho descritto all'inizio: il campo da golf più basso del mondo, sessantacinque metri sotto il livello del mare, erba verde nel posto più caldo del pianeta.[31]

Ora, l'ultima informazione, quella che trasforma il golf da stranezza a insulto. Attorno a quelle sorgenti non c'era il nulla. C'era – c'è ancora, in un certo senso – un popolo: i Timbisha Shoshone, che vivono nella Death Valley da oltre mille anni, spostandosi con le stagioni tra le sorgenti.[32] Nel febbraio 1933 il presidente Hoover firma l'atto che trasforma due milioni di acri della loro terra in monumento nazionale.[32,33] Il documento non li menziona.[34] Non dice cosa farne, non dice che diritti abbiano: semplicemente, non esistono. Il governo federale li riconosce come tribù solo nel 1983 – cinquant'anni dopo – e bisogna arrivare al Duemila, al Timbisha Shoshone Homeland Act, perché gli vengano restituiti 7.754 acri, di cui 314 proprio a Furnace Creek, a due passi dal green (consiglio: cercate su Google Earth «furnace creek ranch golf course», e guardate appena a sud).[32,33]

Fine della discesa. Un fiume rubato, un lago fantasma, un campo di prigionia sulla terra svuotata, una città chimica sul lago secco, e un green sotto il livello del mare accanto a un popolo invisibile. Adesso mettiamo tutto sul bancone e guardiamolo con calma.

IL NODO

A questo punto della storia voi state aspettando il processo. Ve lo sentite: c'è un cattivo, ha un nome, William Mulholland, ha pure la faccia giusta per il ruolo, arcigno e coi baffoni da magnate del Monopoli. La città ha mandato i suoi uomini a comprare la valle con l'inganno, il fiume è stato deviato, il lago è morto. Adesso arriva la giustizia, no?

No. E il motivo è la cosa più importante di tutto il capitolo: **non c'è stato nessun crimine.**

Rileggiamo i fatti con gli occhiali dell'avvocato. Comprare terreni da contadini che non sanno chi sei e cosa ci farai? Legale. Comprare i diritti sull'acqua insieme alla terra? Legale, anzi: è il cuore del diritto dell'acqua americano, si chiama *prior appropriation*. Tradotto da bar: l'acqua è di chi se la prende per primo e la usa. Sembra una regola neutra, quasi da far west romantico. Poi ti accorgi di un dettaglio: «prendersela» richiede tubi, dighe, avvocati e geometri. La regola dice «primo arrivato», ma nella pratica vince chi arriva con i tubi più lunghi. Una regola scritta per sembrare uguale per tutti. Sembrare.

E il resto della discesa è uguale. Internare diecimila americani a Manzanar? C'era un ordine esecutivo firmato dal presidente, il numero 9066: legale. Trasformare la casa dei Timbisha Shoshone in un monumento nazionale senza nemmeno nominarli? Un atto federale, timbrato: legale. Ottant'anni di storia, migliaia di atti amministrativi, e non ce n'è uno – dico uno – che un tribunale dell'epoca avrebbe definito un furto.

Ed è qui che la faccenda diventa filosoficamente seria, e ci impelaghiamo sulla distinzione tra legge e morale. Perché siamo attrezzati per l'ingiustizia col cattivo: c'è un reato, c'è un colpevole, c'è un'aula. Ma quando l'ingiustizia è spalmata su mille atti tutti singolarmente conformi, non esiste il momento del crimine. Non c'è la scena da film in cui qualcuno varca la linea. La linea si sposta, un contratto alla volta, finché il fiume scorre da un'altra parte e tutto è in regola. Il furto perfetto non è quello che non lascia impronte: è quello che non lascia nemmeno il reato. E a quel punto la domanda non è più «chi è stato?» – è: se ogni pezzo è legale e l'insieme è mostruoso, il problema sta nei pezzi o nelle regole del gioco?

Ora, so cosa direbbe l'avvocato di Los Angeles, e ha un argomento migliore di «era tutto legale». Direbbe: era tutto **giusto**. E qui serve fermarsi, perché l'argomento morde davvero.

Nel 1913 Los Angeles è una città che cresce e ha sete. Nella Owens Valley vivono poche migliaia di persone.[35] L'acqua può servire un'agricoltura di valle o una metropoli da milioni di abitanti. Fai il conto del bene: da una parte migliaia, dall'altra milioni. Il massimo bene per il massimo numero. Non è cinismo, è l'aritmetica morale più semplice che abbiamo – la usiamo per i vaccini, per i triage, per decidere dove mettere un ospedale. E il conto, qui, torna.

Il punto è *quando* torna. Il conto torna sempre **dopo** che hai deciso chi sta dentro il conteggio. I contadini della valle erano nel conto: pochi, pesati, sacrificati – almeno loro hanno perso ai punti. I Timbisha Shoshone invece nel conto non c'erano proprio. Non «contavano poco»: non erano una riga del foglio. Vivevano su quelle sorgenti da prima che esistesse la parola California. Il monumento nazionale non li ha espropriati: li ha *saltati*. E il lago? Gli uccelli migratori che ci si fermavano a migliaia?[36] Le generazioni che sarebbero venute? Zero righe. L'ecosistema, i suoi abitanti non umani, e gli abitanti umani che quell'ecosistema avrebbe potuto sostenere non contano.

Ecco perché il campo da golf di Furnace Creek non è una bizzarria da cartolina, ma una vera e propria bestemmia, la dimostrazione per assurdo dell'intero teorema. Il posto più caldo della Terra, e lì l'acqua per l'erba c'è. Perché il resort produce una cosa che questo stupido calcolo vede benissimo: fatturato, turisti, valore. Il villaggio tribale a due passi produce una cosa che il calcolo non vede: la continuità di un popolo con la sua terra. Non è che l'utilitarismo abbia fatto male i conti. È che il conto misura solo quello che qualcuno ha deciso di mettere in colonna, e la calcolatrice ce l'ha sempre in mano la parte che vince.

Quindi tenetele insieme, le due lame. La legge vi dice che il furto è in regola. La matematica vi dice che il furto è pure un bene. La morale dissente. Quando le regole e i numeri stanno tutti e due dalla parte del più forte, cosa resta alla parte del più debole?

Resta la polvere. E qui la storia si prende la sua vendetta, perché la realtà tiene una contabilità sua, che non chiede il permesso. Il lago svuotato non è sparito: Los Angeles a oggi ha speso più di due miliardi e mezzo di dollari per bagnare il lago che ha svuotato.[14] Il costo che non era in nessuna colonna del 1913 è arrivato lo stesso, con gli interessi. È il promemoria che chiude il cerchio: puoi tenere fuori dal conteggio chi ti pare – la valle,

l'ecosistema, i nativi americani, il futuro. Ma il conto, quello vero, non smette di correre solo perché hai smesso di guardarlo.

INTANTO, DA NOI

Nell'estate del 2023, guidando lungo quella valle con le taniche nel bagagliaio, credevo di fare una cosa molto americana: il turista delle rovine. Guardavo il passato. Poi è arrivata la realizzazione che avevo sbagliato tempo verbale.

I numeri prima di tutto: nel 2026 l'Europa occidentale ha chiuso il giugno-luglio più caldo mai registrato, ondate di calore una dopo l'altra da maggio, suoli più secchi del 2022, incendi enormi in Spagna e Francia.[37]

E dentro questo forno, sta succedendo una cosa che sembra scritta da chi ha letto la storia della Owens Valley. Il Danubio – il secondo fiume d'Europa, quello dei valzer – è ai minimi storici. E su quel fiume in secca si sta giocando, in tempo reale, la partita del «chi sta nel conteggio». Perché quell'acqua che non basta serve contemporaneamente a troppe cose: alle chiatte che trasportano merci e che ora viaggiano mezze vuote o restano incagliate sui banchi di sabbia; ai campi che muoiono di sete; ai pesci e agli ecosistemi fluviali; e alle centrali nucleari, che senza acqua di raffreddamento si spengono. La centrale ungherese di Paks, che produce il 40% dell'elettricità del paese – energia che, tra parentesi, ci serve anche per far andare i condizionatori, che ormai non sono più velleità da borghesotti, ma strumenti di adattamento e sopravvivenza – ecco, dicevo, la centrale di Paks è scesa a operare a una frazione della sua capacità.[38] La Romania ha dovuto fermare per la prima volta il reattore di Cernavodă raffreddato dal Danubio. E poi il dettaglio che mi ha fatto cadere la mascella: per spingere più acqua verso i sistemi di raffreddamento, Bucarest ha mandato la marina militare a fare esplosioni controllate nel letto del fiume.[39]

Fermi tutti. Riavvolgete. Nel 1924, dei contadini disperati usavano la dinamite contro un acquedotto per riprendersi l'acqua. Nel 2026, uno Stato europeo usa esplosivi nel letto del proprio fiume per portare acqua a un reattore. Cent'anni dopo, solo che adesso la valle è il continente dove viviamo.

E non serve nemmeno andare sul Danubio. Sicilia, 2024: razionamento idrico in oltre cento comuni, tagli fino al 45%, quartieri di Agrigento con l'acqua ogni venti-venticinque giorni, e la marina militare a portare acqua potabile con le navi cisterna.[40,41]

Francia, marzo 2023: a Sainte-Soline, attorno a un mega-bacino irriguo – un'opera che stocca acqua di falda per l'agricoltura intensiva, cioè che

decide *chi* la userà – trentamila manifestanti, secondo gli organizzatori, e tremila gendarmi si sono affrontati in campo aperto.[42] Duecento feriti tra i manifestanti, quaranta gravi, quarantasette tra i gendarmi.[43] In Europa, nel ventunesimo secolo, una battaglia campale per l'acqua è già stata combattuta. Non l'abbiamo chiamata «guerra dell'acqua» solo perché fa paura chiamarla così.

Ecco perché vi ho detto, all'inizio, che la Owens Valley non è il passato ma una finestra sul futuro. Quando l'acqua diventa scarsa, qualcuno deve decidere chi sta nel conteggio e con che peso: le città o i campi, le chiatte o i pesci, il reattore o il raccolto, il golf o il villaggio. Beh, il golf, possiamo dirlo? Vaffanculo al golf. Nel 1913 quella decisione l'hanno presa in pochi, in segreto, con i tubi più lunghi. La domanda per noi non è *se* quelle decisioni arriveranno – sono già qui. È se stavolta il foglio di calcolo lo scriveremo alla luce del sole, assumendoci la responsabilità, di fronte al presente e di fronte al futuro, di decidere chi ha diritto a vivere, e chi invece no. L'alternativa l'abbiamo appena vista: è una valle piena di polvere.

L'ULTIMO GIRO

Vi devo ancora l'alba che vi ho promesso.

Zabriskie Point, Death Valley. Ci siamo andati a camminare prestissimo, prima del sole, perché dopo le otto camminare lì è decisamente sconsigliato dal buonsenso e da diversi cartelli che ti ricordano i vari modi in cui potresti morire. E da lassù, con la luce che accende le colline di sedimenti – onde di roccia gialla e oro, un fondale marino di cinque milioni di anni fa messo in piedi – ho provato la sensazione più strana del viaggio: tutto era bellissimo, e tutto era assolutamente incompatibile con la vita umana. Le due cose insieme, senza contraddizione. Ma al contempo, c'era un sacco di vita non umana – adattata, imbucata, strisciante, nascosta.

Il deserto non ti odia. Fa una cosa molto più pulita: non ti conta. Non sei una riga del suo foglio. Puoi guardarlo quanto vuoi, ma se resti senza acqua, la valle della morte rivendica il proprio nome, senza firmare nessun atto, senza chiedere nessun permesso, senza pagare nessuna mitigazione.

Per tutto il capitolo abbiamo visto esseri umani fare ad altri esseri umani esattamente questo: toglierli dal conto. I contadini pesati e sacrificati, i prigionieri di Manzanar dentro la polvere, i Timbisha saltati a piè pari. Il deserto lo fa per natura. Noi lo facciamo per scelta, e poi la chiamiamo l'aritmetica morale dell'utilitarismo.

L'acqua, in tutto questo, non si crea e non si distrugge: si sposta. E ogni volta che si sposta, qualcuno l'ha spostata – con una firma, un tubo,

un calcolo in cui certe righe c'erano e certe no. Quindi la domanda da portarsi a casa stasera, mentre l'estate del 2026, la più calda della storia europea, ci scorre addosso, non è «ci sarà abbastanza acqua?». È quella che ho imparato guardando un green sotto il livello del mare: quando l'acqua verrà spostata di nuovo – e verrà spostata – chi sarà nel conteggio? E tu, sei proprio sicuro di esserci?

Questa storia ci riguarda, tutte e tutti; capirne le implicazioni potrebbe dare forma ad un futuro meno ingiusto, forse, se saremo bravi e coraggiosi. Magari ce la faremo, ad aggiustare il clima, magari no. In ogni caso, io credo, le nostre scelte di oggi contano, perché se non altro, alla peggio, diranno ai nostri figli e alle nostre figlie: ci abbiamo provato. Che non è un granché, ma è meglio di niente.

Bibliografia

1. Lingenfelter RE. The Desert Steamers. *Journal of the West*. Pubblicato online 1962. Consultato 16 ottobre 2026. https://digital-desert.com/owens-lake/steamboats/
2. Spitzzeri PR. Hail to the Chief: William Mulholland's Rise as Los Angeles' Water Guru, 1877-1902. The Homestead Blog. 8 luglio 2022. Consultato 16 ottobre 2026. https://homesteadmuseum.blog/2022/07/08/hail-to-the-chief-william-mulhollands-rise-as-los-angeles-water-guru-1877-1902/
3. Klein C. The St. Francis Dam Collapse: Los Angeles' Forgotten Disaster. *History.com*. Pubblicato online 18 novembre 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.history.com/articles/st-francis-dam-disaster-los-angeles-ruins
4. Roos D. The California Water Wars: How LA Got Its Water Supply. *History.com*. Pubblicato online 21 gennaio 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.history.com/articles/water-wars-los-angeles-aquaduct
5. Water and Power Associates. Los Angeles Aqueduct – Opening Ceremony. Water and Power Associates. Consultato 16 ottobre 2026. https://waterandpower.org/museum/LA_Aqueduct_Opening_Ceremony.html
6. Ulin DL. There It Is. Take It: 100 Years of the Los Angeles Aqueduct. *Artbound (PBS SoCal / KCET)*. Pubblicato online 1 ottobre 2013. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.pbssocal.org/shows/artbound/there-it-is-take-it-100-years-of-the-los-angeles-aqueduct
7. Stringfellow K. Forget 'Chinatown,' Get the Real Story of California's Most Famous Water War. *Artbound (PBS SoCal / KCET)*. Pubblicato online 23 ottobre 2012. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.pbssocal.org/shows/artbound/forget-chinatown-get-the-real-story-of-californias-most-famous-water-war
8. Polanski R. *Chinatown*. 1974.
9. Farmers Dynamite the Los Angeles Aqueduct. In: *EBSCO Research Starters: Law*. EBSCO. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ebsco.com/research-starters/law/farmers-dynamite-los-angeles-aqueduct
10. Alabama Gates. The Historical Marker Database. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.hmdb.org/m.asp?m=93252
11. National Academies of Sciences E and Medicine. *Effectiveness and Impacts of Dust Control Measures for Owens Lake*. The National Academies Press; 2020. doi:10.17226/25658
12. Reheis M, Plumlee G, Lamothe P, et al. Potential health hazards of Owens Lake dust. Presentato a: GSA Annual Meeting, November 5-8, 2001; novembre 2001. Consultato 16 ottobre 2026. https://gsa.confex.com/gsa/2001AM/webprogram/Paper21889.html
13. The Owens Lake Project. *Nieman Reports*. Pubblicato online 15 marzo 2005. Consultato 16 ottobre 2026. https://niemanreports.org/the-owens-lake-project/

14. Los Angeles Department of Water and Power. Owens Lake. Los Angeles Department of Water and Power. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ladwp.com/who-we-are/ladwp-eastern-sierra/environmental-stewardship/owens-lake
15. The Editors of Encyclopaedia Britannica. St. Francis Dam disaster. In: *Encyclopaedia Britannica*. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.britannica.com/event/St-Francis-Dam-disaster
16. Spitzzeri PR. "The Only Ones I Envy Are Those That Are Dead": A Press Photo of William Mulholland at the St. Francis Dam Disaster Coroner's Inquest, 21 March 1928. The Homestead Blog. 21 marzo 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://homesteadmuseum.blog/2021/03/21/the-only-ones-i-envy-are-those-that-are-dead-a-press-photo-of-william-mulholland-at-the-st-francis-dam-disaster-coroners-inquest-21-march-1928/
17. National Park Service. Town of Manzanar. National Park Service. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.nps.gov/places/town-of-manzanar.htm
18. National Park Service. Manzanar National Historic Site. National Park Service. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.nps.gov/places/manzanar-national-historic-site.htm
19. Kikuchi FI. Frank Isamu Kikuchi Interview. Pubblicato online 6 novembre 2002. Consultato 16 ottobre 2026. https://ddr.densho.org/media/ddr-manz-1/ddr-manz-1-5-5-transcript-6f51f4ca73.htm
20. Kaneko A. *Manzanar, Diverted: When Water Becomes Dust*. InterSection Films; 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://dorothy.library.wisc.edu/catalog/DOR1869
21. National Park Service. Manzanar: Block 14, Barracks 1. National Park Service. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.nps.gov/places/manzanar-block-14-barracks-1.htm
22. Hata G. Grace Hata Interview. Pubblicato online 16 marzo 2012. Consultato 16 ottobre 2026. https://ddr.densho.org/media/ddr-densho-1003/ddr-densho-1003-10-13-transcript-2d2d481d27.html
23. Kageyama K. Keiko Kageyama Interview. Pubblicato online 5 maggio 2012. Consultato 16 ottobre 2026. https://ddr.densho.org/media/ddr-densho-1003/ddr-densho-1003-14-11-transcript-651767173f.htm
24. National Park Service. Weather. Manzanar National Historic Site (National Park Service). Consultato 16 ottobre 2026. https://www.nps.gov/manz/planyourvisit/weather.htm
25. Venturi. Once Booming But Long In Decline Trona Moving Toward Ghost Town Status. *San Bernardino County Sentinel*. 18 giugno 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://sbcsentinel.com/2016/06/once-booming-but-long-in-decline-trona-moving-toward-ghost-town-status/
26. A Shrinking Team, but a Home Field Advantage. *The New York Times*. 15 novembre 2002. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.trona-ca.com/a-shrinking-team-but-a-home-field-advantage/
27. Ballarat Ghost Town. DesertUSA. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.desertusa.com/desert-california/ballarat.html
28. World Meteorological Organization. *WMO Verifies 3rd and 4th Hottest Temperature Recorded on Earth*. 2019. Consultato 16 ottobre 2026. https://wmo.int/news/media-centre/wmo-verifies-3rd-and-4th-hottest-temperature-recorded-earth
29. National Park Service. Tourism – The Entrepreneurs. Death Valley National Park (National Park Service). Consultato 16 ottobre 2026. https://www.nps.gov/deva/learn/tourism-the-entrepreneurs.htm
30. Mayo A, Nelson S, Anderson K, Tingey D. Are high-discharge springs at Death Valley, CA the result of interbasin flow or local recharge? Presentato a: GSA Annual Meeting, Seattle, 2003; 2003. Consultato 16 ottobre 2026. https://gsa.confex.com/gsa/2003AM/webprogram/Paper67358.html
31. The Oasis at Death Valley. The Furnace Creek Golf Course at Death Valley. The Oasis at Death Valley. 25 settembre 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.oasisatdeathvalley.com/furnace-creek-golf-course/
32. Stringfellow K. How the Timbisha Shoshone Got Their Land Back. The Mojave Project. luglio 2016. Consultato 16 ottobre 2026. https://mojaveproject.org/dispatches-item/how-the-timbisha-got-their-land-back/
33. Clarke C. When Green Groups Fought Native Rights: The Timbisha Shoshone in Death Valley. *Tending the Wild (PBS SoCal / KCET)*. Pubblicato online 2 gennaio 2017. Consultato 16 ottobre

2026. https://www.pbssocal.org/shows/tending-the-wild/when-green-groups-fought-native-rights-the-timbisha-shoshone-in-death-valley
34. Hoover H. *Proclamation 2028—Death Valley National Monument-California*. 1933. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.presidency.ucsb.edu/documents/proclamation-2028-death-valley-national-monument-california
35. U.S. Bureau of the Census. *Thirteenth Census of the United States Taken in the Year 1910. Abstract of the Census, with Supplement for California*. Government Printing Office; 1913. Consultato 16 ottobre 2026. https://www2.census.gov/library/publications/decennial/1910/abstract/supplement-california.pdf
36. Novinska V. Owens Lake Birds. Owens Valley Committee. 20 ottobre 2022. Consultato 16 ottobre 2026. https://ovcweb.org/owens-lake-birds/
37. Copernicus Climate Change Service. *Copernicus: Highest July Global Ocean Surface Temperatures as Exceptionally Hot, Dry Conditions Fuel Wildfires in Europe*. 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://climate.copernicus.eu/copernicus-highest-july-global-ocean-surface-temperatures-exceptionally-hot-dry-conditions-fuel
38. Timu A, Escritt T, Hornak D, Dudik A. Danube River Hits Record Lows and Threatens Romania, Hungary Nuclear Plants. *Insurance Journal*. 5 agosto 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.insurancejournal.com/news/international/2026/08/05/880311.htm
39. Meredith S. Europe is blowing up riverbeds as an extreme drought wreaks havoc on its economy. *CNBC*. 5 agosto 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.cnbc.com/2026/08/05/drought-rhine-danube-water-levels-economy.html
40. In Sicilia è stato esteso il razionamento dell'acqua potabile. *Il Post*. 1 marzo 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilpost.it/2024/03/01/razionamento-acqua-sicilia-siccita/
41. Passantino F. Siccità in Sicilia. Da Agrigento a Caltanissetta, interi quartieri a secco da settimane. *AgenSIR*. 10 agosto 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.agensir.it/territori/2024/08/10/siccita-in-sicilia-da-agrigento-a-caltanissetta-interi-quartieri-a-secco-da-settimane/
42. Manifestation du 25 mars 2023 à Sainte-Soline. In: *Wikipédia*. 2026. Consultato 14 ottobre 2026. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Manifestation_du_25_mars_2023_%C3%A0_Sainte-Soline&oldid=239964091
43. Sainte-Soline : la Défenseure des Droits relève des manquements dans la gestion du maintien de l'ordre. Le Club des juristes. 8 luglio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.leclubdesjuristes.com/en-bref/sainte-soline-la-defenseure-des-droits-releve-des-manquements-dans-la-gestion-du-maintien-de-lordre-16860/

31

Cuore nero

Città del Capo, 1968: un cuore attraversa la linea di colore

Uscito il 2 settembre 2026

AL BANCONE

All'ingresso del Museo dell'Apartheid di Johannesburg ti danno un biglietto. Sul biglietto c'è scritto se sei bianco o non bianco. Te lo assegnano a caso, e in base a quello entri da una porta o dall'altra. Due corridoi diversi, due percorsi diversi, e per un po' vedi il museo da una parte sola.

È una trovata da museo, dura tre minuti, e funziona benissimo. Perché la cosa che ti resta addosso è l'**arbitrarietà**. Un pezzo di cartoncino, uscito da una macchinetta, decide da dove passi, cosa vedi, cosa no.

Ci sono stato nel luglio 2026 – e ho scoperto di non essere bianco, come per gli americani, del resto. Ero a Johannesburg per il congresso mondiale di bioetica, e questo giro – lo dico con un certo stupore – sono riuscito a non litigare con nessuno. Anzi. Ho rinsaldato amicizie che mi stanno care: un saluto in particolare a Marco Annoni, che ci segue dal CNR e dalla Fondazione Veronesi, e che è una delle persone con cui è più bello essere in disaccordo.

Sono uscito da quel museo ripensando a una vecchia storia, di cui ho scritto qualche anno fa, con la sensazione che fosse ora di parlarne al bar. E quindi, eccoci qui.

Il 2 gennaio 1968, in un ospedale di Città del Capo, il cuore di un operaio di ventiquattro anni classificato come «coloured» – di colore, che non è

esattamente la stessa cosa di nero, ma è una storia lunga, ecco, quel cuore lì ha ricominciato a battere dentro il petto di un dentista bianco. Nello stesso Paese in cui quei due uomini non avrebbero potuto sedersi sulla stessa spiaggia.

Qualche giornalista dell'epoca, racconta Brandy Schillace, lo fece notare in una riga che vale la storia intera: quel cuore, adesso, poteva andare in posti dove il suo corpo d'origine non aveva mai avuto il permesso di entrare.[1]

Questa storia sembra la più bella storia di fratellanza mai capitata alla medicina, e per un pezzo lo è davvero. Poi si va a vedere chi ha firmato il consenso, e in quali condizioni, e la storia diventa un'altra cosa. Ma non quella che vi aspettate.

COM'È ANDATA

Partiamo dal contesto, perché senza contesto non si capisce il gesto. E l'apartheid è più complicata di quanto sembri.

Population Registration Act, 1950. Ogni essere umano in Sudafrica deve essere registrato in una categoria razziale: bianchi, coloured, neri, e poi anche asiatici.[2,3] Dalla casella dipende dove puoi abitare, che lavoro puoi fare, chi puoi sposare, in quale ospedale ti curano, e su quale pezzo di spiaggia puoi stenderti.

Adesso la parte che, se non fosse tragica, sarebbe comica. Perché una legge del genere ha un problema pratico tutt'altro che negligibile, e meno ovvio di quanto sembri: le persone non arrivano con l'etichetta. Servivano quindi dei criteri «oggettivi» per classificarle. E i criteri che hanno usato per distinguere le razze in Sudafrica sono tra i monumenti più alti mai costruiti alla stupidità amministrativa.

Il più famoso è il **pencil test**. Ti infilano una matita nei capelli, vicino al cuoio capelluto. Poi ti dicono di scuotere la testa. Se la matita resta incastrata, sei nero. Se cade, sei almeno almeno coloured.[4,5 (pp. 210–212)] Questo decideva la tua vita intera.

Il che significa, e non è un modo di dire, che fratelli e sorelle nati dagli stessi genitori potevano finire classificati in razze diverse a seconda di com'erano i loro capelli. Dalle mie parti si dice: mi no diso gnente, ma gnanca no taso.

E siccome la classificazione era palesemente indifendibile, esisteva una procedura per fare ricorso e chiedere di cambiare casella. Ogni anno si pubblicavano i numeri dei cosiddetti «camaleonti». Nel 1984, per dire: 518

persone coloured sono diventate bianche. 89 persone nere sono diventate coloured. E due bianchi sono diventati cinesi.[5 (p. 207)]

Due bianchi. Diventati cinesi. Per legge.

Tenete a mente questo contesto, perché è questo il cuore di tutta la storia, assieme a quello di Clive Haupt: il confine che il cuore di Clive ha attraversato era **enorme** nelle conseguenze e **inventato** nella sostanza.

Ecco, avviciniamoci a Clive, un passo alla volta.

Il 3 dicembre 1967 in Sudafrica succede una cosa che finisce su tutte le prime pagine del mondo.

All'ospedale Groote Schuur di Città del Capo, il chirurgo Christiaan Barnard esegue il primo trapianto di cuore da essere umano a essere umano.[6] La donatrice è Denise Darvall, bianca, venticinque anni, investita da un'auto insieme alla madre mentre attraversava la strada.[7] Il ricevente è Louis Washkansky, cinquantatré anni, ebreo di origine lituana, diabetico, con un cuore ormai finito.[8]

L'operazione riesce. Washkansky si sveglia, parla, viene fotografato. Muore diciotto giorni dopo, il 21 dicembre, di polmonite bilaterale: i farmaci che gli impedivano di rigettare il cuore gli avevano spento anche le difese immunitarie contro tutto il resto.[8,9 (p. 160)]

Una precisazione da fare subito, perché la vulgata la sbaglia sempre e io preferisco essere pedante piuttosto che impreciso. Quello di cui vi parlo stasera, da Clive Haupt a Philip Blaiberg, viene di solito chiamato «il secondo trapianto di cuore». È il secondo **di Barnard**. Nel mondo è il terzo: in mezzo c'era stato quello di Adrian Kantrowitz a Brooklyn, su un neonato, il bambino era sopravvissuto poche ore.[10]

Veniamo a Philip e Clive.

Capodanno del 1968. Clive Haupt, ventiquattro anni, operaio in una fabbrica tessile, si era sposato l'anno prima.[11,12] Clive è in spiaggia con la moglie Dorothy e degli amici, a fare il picnic di Capodanno.

Sulla sezione della spiaggia riservata ai coloured, perché anche il mare era diviso dall'apartheid.[10]

Clive ha un'emorragia cerebrale improvvisa e si accascia. Lo portano al Groote Schuur, dove non c'è niente da fare.

E qui succede una cosa che, come immagine, non ha bisogno di nessun commento da parte mia: qualcuno deve spingere la barella di Clive Haupt – cerebralmente morto, ma col cuore che ancora batte – attraverso la linea che separava il lato «coloured» dal lato «bianco» dell'ospedale.[10] Parentesi: «cerebralmente morto» vuol dire «fattualmente morto» – ci sarebbero un milione di precisazioni da fare: ne parlo nel capitolo 7, *Sepolti vivi*.

Il 2 gennaio, alle prime luci, il cuore di Clive Haupt si ferma. Pochi minuti dopo ricomincia a battere nel petto di Philip Blaiberg: cinquantotto anni, dentista, ebreo, bianco, quartiere ricco, una domestica coloured in casa.

Blaiberg vivrà **diciannove mesi e quindici giorni – farà in tempo a vedere Armstrong ed Aldrin a passeggiare sulla Luna, con Collins che rosica da lassù, in orbita**. Fino ad allora il record erano diciotto giorni.[8,10] Muore il 17 agosto 1969, per via del rigetto cronico.[8]

La notizia fa il giro del pianeta, e il Sudafrica bianco la usa subito come biglietto da visita: guardate che medicina avanzata abbiamo. Ma il dettaglio che nessuno riesce a contenere è l'altro. Il donatore.

Al funerale di Clive Haupt si presentano seimila persone. Tra le più grandi folle mai viste a un funerale a Città del Capo, e – parole dei giornali dell'epoca – una folla **razzialmente mista**.[10] In un Paese dove i raduni misti erano un grosso grattacapo per la polizia.

Poi il corteo finisce, e Clive Haupt viene sepolto nel cimitero per coloured. Antonio de Curtis scriveva che la morte è una livella (sì, non lo sanno in tanti, ma Totò ha scritto diverse poesie) – ecco, nell'apartheid sudafricana la morte NON è una livella.[13]

Il suo cuore era passato dall'altra parte. Lui no.

IL NODO

Torniamo indietro. A quel corridoio di ospedale, al momento in cui questa storia diventa un problema di bioetica.

I medici comunicano alla famiglia che Clive Haupt non ce la farà. Poi chiedono il consenso al prelievo del cuore.

Il consenso arriva. Non è stato estorto con la forza, non c'è stata violenza, nessuno ha mentito a nessuno. Secondo la ricostruzione storica più accurata, è la madre di Clive, Muriel, a dire di sì.[10]

E adesso guardiamo le condizioni in cui quel sì è stato detto.

A chiedere sono medici bianchi. Il posto è un ospedale con i reparti divisi per razza. La famiglia di Clive campa con salari al confine della miseria e vive in una baracca. Il Paese è uno in cui dire di no a un'autorità bianca, nel 1968, ti costa qualcosa: magari non necessariamente una manganellata, molto spesso solo un problema – una pratica che si incaglia, una porta che da domani è più dura da aprire.

E con quel sì il corpo di Clive Haupt attraversa la linea. I medici lo spostano in un reparto specializzato, dall'altra parte dell'ospedale: il lato bianco.

Ora, sulle donazioni anatomiche io ci ho scritto un libro, e il criterio eticamente accettabile di consenso che ci mettevo dentro era questo: un dono è gratuito quando il donatore ha l'altro come fine, mai soltanto come mezzo.[14] Ti dono questa parte di me (o di mio figlio) perché mi curo di te – non per un qualsivoglia ipotetico vantaggio, o per evitare delle grane. È un criterio sull'intenzione. Funziona benissimo, finché ti immagini un donatore (o un parente) che decide in un contesto ideale.

Le intenzioni però non nascono nel vuoto. Nascono dentro una stanza, e ogni stanza ha una temperatura, per così dire.

La domanda scomoda di oggi è quindi questa: **che differenza c'è tra un sì libero e un sì che ti conviene dire, perché altrimenti...?**

Perché visti da fuori sono identici. Stessa parola, stessa firma, stesso modulo.

E qui devo fermarmi su una cosa, perché è il punto in cui le fonti litigano e io preferisco dirvelo invece di scegliere la versione che mi torna comoda.

La ricostruzione storica più attenta, quella che vi ho appena raccontato, dice che il sì fu della madre. I giornali dell'epoca raccontarono che al capezzale c'erano entrambe, la moglie e la madre, e che entrambe acconsentirono, e su questo dettaglio costruirono il racconto del dono generoso attraverso la linea di colore.[10] E nel 2025 un quotidiano di Città del Capo, raccogliendo i ricordi della famiglia, ha scritto che il permesso lo diede Dorothy, la moglie.[12]

Non ho gli elementi per dirvi quale sia esatta, e diffidate di chi ve lo dice con sicurezza. Ma notate una cosa: la versione che ha viaggiato per il mondo, quella finita sui giornali, è la più pulita delle tre. Quella in cui non bisogna chiedersi a chi è stato chiesto, e perché proprio a quella persona.

E notate anche l'altra cosa, quella che fa più male. Su tutta questa storia abbiamo date, orari, età, i giorni che Blaiberg è sopravvissuto, il numero di persone al funerale. Del gesto su cui poggia tutto, il sì, non sappiamo nemmeno con certezza chi l'ha detto. Il consenso, in questa storia, è la cosa che nessuno si è preso la briga di scrivere bene.

Vi do il termine di paragone, così vediamo dove passa il confine per davvero.

24 maggio 1968, Virginia, Stati Uniti. Bruce Tucker, cinquantaquattro anni, operaio nero, cade e batte la testa. Meno di ventiquattr'ore dopo il suo cuore è nel petto di un uomo bianco. La famiglia non è stata informata: lo scopre il fratello, presentandosi in ospedale due giorni dopo. Fanno causa, e nel 1972 una giuria interamente bianca dà ragione all'ospedale.[10,15] La

stampa afroamericana scrisse che quel cuore era stato **strappato**, non donato.[10]

Haupt non è Tucker. La differenza c'è, è reale, e conta.

Il punto è che quella differenza è fatta di documenti e di buone maniere. Il potere, nelle due stanze, era lo stesso identico – ed era bianco.

Barnard viene accusato di aver preso un cuore coloured per metterlo in un petto bianco. La frase che è rimasta su questa storia, però, non è sua. La scrive Blaiberg, il ricevente, nella sua autobiografia: «non ci sono cuori neri o cuori d'oro, né cuori chiari o cuori di pietra; sono pompe muscolari, alcune più forti di altre».[16 (p. 104)]

È una frase velatamente antirazzista – o almeno così mi piace pensare. È anche una frase che, per vincere, deve buttare via il dono. E fa un certo effetto che a buttarlo via sia proprio l'uomo che quel dono se lo porta nel petto. Nel mulino che vorrei a rispondere all'accusa sarebbe stato Barnard, il chirurgo, quello con l'autorità per dirlo. Qualcosa tipo: no, poveri minchioni, non ho «rubato» un cuore coloured per darlo a un bianco – quel cuore è stato donato con il consenso della famiglia, e per inciso mi vergogno di operare in un ospedale in cui vite di colori diversi hanno dignità diverse, la segregazione razziale è un'aberrazione imbecille e presto finirà nella pattumiera della storia, e... ma questo è il mulino che vorrei. Non la realtà.

Perché se quel cuore era soltanto una pompa, se l'umanità non conta, allora Clive Haupt e la sua famiglia non hanno donato niente a nessuno. È stato smontato un pezzo e rimontato altrove, e quella che vi sto raccontando è una storia di idraulica.

E qui c'è la cosa che mi ha convinto a raccontare questa storia. La stampa nera, davanti alla stessa notizia, ebbe una reazione doppia. Da un lato l'entusiasmo: se il cuore di un uomo nero batte in un petto bianco, allora tutta l'impalcatura pseudo-biologica della segregazione è sonoramente crollata in sala operatoria. Dall'altro lato la paura, e la paura era lucidissima: se i corpi sono tutti equivalenti e intercambiabili, allora i corpi *disponibili* diventano un magazzino di ricambi. E i corpi disponibili, in Sudafrica come in Virginia, erano sempre gli stessi. Quelli non bianchi.[10]

Ci sono due universalismi che si somigliano fino a confondersi. Uno dice: siamo tutti fatti della stessa carne. L'altro dice: e quella carne è disponibile.

Allora provo a dire come se ne esce, che è poi probabilmente l'unica cosa utile che io abbia scritto.

Il dono di un organo non funziona perché il cuore è neutro e intercambiabile. Attenzione: ho detto «il dono», non «il trapianto». Anche qui, sarebbe una lunga digressione che per oggi vi risparmio – in sintesi, il dono è il costrutto filosofico, culturale e sociale all'interno del quale il trapianto, atto clinico, può esistere.

Il dono funziona perché di chi te lo ha fatto tu sai **una cosa sola**: che era una persona. Non il nome, non il volto, non il mestiere, non il colore. Solo quello. È una relazione strana, che non lega due individui specifici e identificati, ma lega te a chiunque possa essere descritto in quell'unico modo – essere persona. Nel libro la chiamavo relazione punto-insieme, che è un nome orrendamente tecnico per una cosa bellissima: ringrazi qualcuno di cui conosci soltanto l'umanità, e quindi finisci per ringraziare l'umanità intera.

E adesso guardate cos'era l'apartheid, e capirete perché questa storia doveva succedere proprio lì, perché il destino ha chiaramente il senso dell'umorismo.

L'apartheid era la macchina costruita apposta per rendere impronunciabile quella frase, «di te conosco solamente l'umanità». Per fare in modo che la prima cosa da sapere di un essere umano – quella che decide dove dormi, chi sposi e su quale pezzo di spiaggia puoi morire – non fosse «è una persona», ma invece «è bianco, nero, o giallo, e la matita gli sta o non gli sta tra i capelli».

Il cuore di Clive Haupt ha attraversato quel confine non perché fosse un pezzo di ricambio anonimo. L'ha attraversato perché era **suo**. Perché la sua famiglia ha scelto, in un contesto disumano, di riconoscere l'umanità propria e altrui, e la possibilità di mutare tragedia in speranza. E dentro il petto di Philip Blaiberg quel confine, di colpo, non aveva più nessun senso.

Solo che tutto questo vale a una condizione. Che gliel'abbiamo chiesto davvero, e che gliel'abbiano chiesto come si deve.

Nel gennaio del 1968, in quell'ospedale, non abbiamo modo di sapere cosa esattamente sia successo. Ma sognare è gratis.

INTANTO, DA NOI

Questa storia, che parte da un cuore e attraversa l'insensatezza dell'apartheid, non finisce nel 1968 con Clive e Philip.

16 giugno 1976, Soweto. Migliaia di studenti sfilano contro l'obbligo di studiare in afrikaans, la lingua dei bianchi al potere. La polizia spara su un corteo di ragazzini. Il primo a morire, o comunque il primo la cui fotografia fa il giro del mondo, è Hector Pieterson, dodici anni. Il bilancio

ufficiale di quel giorno parla di ventitré morti; le stime arrivano molto più in alto – la commissione d'inchiesta del governo, la commissione Cillié, ne conterà 575 fra quel giorno e il febbraio dell'anno dopo.[17,18]

L'anno dopo tocca a Steve Biko. Fondatore del Black Consciousness Movement, trent'anni. Arrestato a un posto di blocco, interrogato, picchiato. Muore il 12 settembre 1977 su un pavimento di cemento, nudo, in una cella di Pretoria, dopo essere stato trasportato per oltre mille chilometri nel retro di una Land Rover, con un trauma cranico grave.[19]

Ed è qui che questa storia torna a essere una storia di medicina, perché Steve Biko dei medici li ha visti. Il dottor Ivor Lang, che firmò un certificato in cui dichiarava di non aver riscontrato alcuna evidenza di patologia.[20] Il dottor Benjamin Tucker, che lo visitò e disse che andava ricoverato; poi la polizia di sicurezza obiettò, e lui cambiò idea.[19] Biko fu caricato su quella Land Rover e morì la notte seguente.

Nessuno dei due fu sanzionato per anni. Quando finalmente il procedimento disciplinare arrivò, Lang se la cavò con una sospensione di tre mesi, a sua volta sospesa, e continuò a esercitare fino alla pensione. Tucker fu radiato, chiese pubblicamente scusa, e ottenne di essere reintegrato.[19,21,22]

Nel 1968 la medicina sudafricana aveva compiuto, in quello stesso Paese, il gesto tecnico più spettacolare del secolo. Nove anni dopo, la stessa professione, nello stesso Paese, firmava carte false per coprire un omicidio di Stato.

Non erano due medicine diverse. Era la stessa. In un caso il confine l'ha attraversato, nell'altro ha aiutato a mantenerlo invalicabile – e a schiacciare chi provava a scavalcarlo.

Nel 2007, all'Università del Witwatersrand di Johannesburg, apre un centro di bioetica. Lo intitolano a Steve Biko.[22,23]

Pensateci, perché è una scelta tutt'altro che ovvia. Un centro di etica medica poteva chiamarsi come un grande clinico, come un premio Nobel, come un filosofo. Magari come Barnard. E invece l'hanno intitolato a un uomo che la medicina l'ha **subita**. Che è morto perché due medici hanno guardato dall'altra parte.

È il modo più duro possibile che una professione ha di dire: il nostro problema non è stato la mancanza di competenza tecnica, ne avevamo da vendere, tanto da trapiantare un cuore prima di chiunque altro al mondo. Il nostro problema è stato non essere capaci di dire: ci sono linee stupide, tipo quelle della segregazione razziale, e linee da non attraversare, tipo quelle dell'etica.

L'ULTIMO GIRO

Nel museo di Johannesburg, alla fine, i due corridoi si ricongiungono. Chi è entrato dalla porta dei bianchi e chi è entrato dall'altra si ritrovano nella stessa sala. Si inizia divisi, si prosegue riuniti. È una trovata scenografica, l'abbiamo detto. Ma è anche un bel concetto per provare a riassumere la storia della segregazione razziale e della successiva zoppicante riconciliazione.

Clive Haupt non si è svegliato la mattina di Capodanno pensando di fare un gesto politico. È andato in spiaggia, ed è morto. Sulla sua spiaggia, quella che qualcuno aveva deciso fosse la sua. Non ha scelto niente di quello che gli è successo dopo, e probabilmente la sua famiglia ha scelto molto meno di quanto ci piacerebbe credere.

E però qualcosa, in quell'ospedale, è successo lo stesso. Perché quando qualcuno dona una parte di sé, la cosa di lui che arriva dall'altra parte è la sua umanità. Non la casella. Non il documento. Non la matita nei capelli.

Per dire questa cosa esisteva già una parola. Solo che era in una delle lingue che l'apartheid aveva deciso non contassero niente.

Ubuntu.

Lo so cosa state pensando: è diventata una parola da poster motivazionale, da slide aziendale sulla sinergia, e c'è pure una distribuzione di Linux che si chiama così.[24]

Ma il proverbio da cui viene, in lingua nguni, dice una cosa molto più affilata di qualunque poster. *Umuntu ngumuntu ngabantu.* Una persona è una persona attraverso le altre persone.

Non è un invito alla gentilezza. È un'affermazione su cosa ti rende persona: quella qualità lì non ce l'hai per conto tuo, ti arriva dagli altri, e agli altri arriva da te.

Nel mio libro ci avevo messo duecento pagine per arrivare a dire che chi riceve un organo conosce del donatore un'unica cosa, il suo essere persona, e che è proprio quella l'unica relazione possibile. Avrei fatto prima a imparare lo nguni.

Quella parola è entrata una volta sola in una costituzione sudafricana: nella conclusione della costituzione provvisoria del 1993, la riga che ha aperto la strada alla Commissione per la verità e la riconciliazione. Diceva che serviva comprensione e non vendetta, riparazione e non ritorsione, ubuntu e non vittimizzazione.[25] Un Paese che usciva da quarant'anni di caselle ha scritto **quella** parola nel primo testo scritto da tutti.

Allora ve la lascio così.

Per diciannove mesi e quindici giorni, Philip Blaiberg è stato una persona attraverso Clive Haupt. Letteralmente. Con il suo cuore dentro.

Noi siamo bravissimi a inventare confini, è forse la cosa che ci riesce meglio: dividere, classificare, e poi difendere le caselle come se fossero vere. Spoiler: una descrizione della realtà non è la realtà. Ne abbiamo parlato nel capitolo 29, *Code di ratto*.

Siamo una specie capace di cose orribili. Ma siamo anche capaci di cose bellissime – tipo questa intercorporeità del dono, non solo simbolica, ma anche molto, molto pratica. Ogni giorno, in ogni Paese, mentre stiamo parlando.

Se dovessi riassumere quel libro in una riga, oggi la scriverei così, e non sono ancora riuscito a dirlo meglio: l'umanità non sarà perduta finché non avremo perduto la nostra umanità.

Le caselle le abbiamo inventate noi. Ma anche quell'altra cosa lì.

Andate ad ascoltarvi l'album *Freedom songs* dell'African Cream Freedom Choir – sulla vostra piattaforma di streaming preferita.[26] Vale la pena.

Bibliografia

1. Schillace B. Organ Harvesting's Troubled Past — and Complicated Present. *Undark*. Pubblicato online 15 aprile 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://undark.org/2021/04/15/organ-harvesting-troubled-past-complicated-present/
2. Union of South Africa. *Population Registration Act*. 1950.
3. South African History Online. The Population Registration Bill is read for the first time. South African History Online. Consultato 16 ottobre 2026. https://sahistory.org.za/dated-event/population-registration-bill-read-first-time
4. Harrison D. *The White Tribe of Africa: South Africa in Perspective*. University of California Press; 1982. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/whitetribeofafri00harr
5. Bowker GC, Star SL. *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. MIT Press; 1999.
6. Barnard CN. The operation. A human cardiac transplant: an interim report of a successful operation performed at Groote Schuur Hospital, Cape Town. *South African Medical Journal*. 1967;41(48):1271-1274.
7. Yount L. *Medical Technology*. Facts on File; 1998. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/medicaltechnolog00youn
8. Brink JG, Hassoulas J. The first human heart transplant and further advances in cardiac transplantation at Groote Schuur Hospital and the University of Cape Town. *Cardiovascular Journal of Africa*. 2009;20(1):31-35.
9. Logan C. *Celebrity Surgeon: Christiaan Barnard – A Life*. Jonathan Ball; 2003. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/celebritysurgeon0000loga
10. Koretzky MO. 'A Change of Heart': Racial Politics, Scientific Metaphor and Coverage of 1968 Interracial Heart Transplants in the African American Press. *Soc Hist Med*. 2017;30(2):408-428. doi:10.1093/shm/hkw052
11. Another Heart Transplant Successful in South Africa. *Victoria Daily Times*. 2 gennaio 1968. Consultato 16 ottobre 2026. https://archive.org/details/victoriadailytimes19680102
12. Serra G. Dorothy Jacobs: The woman behind South Africa's second heart transplant. *Cape Argus*. 8 luglio 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://iol.co.za/capeargus/news/2025-07-08-dorothy-jacobs-the-woman-behind-south-africas-second-heart-transplant/

13. Fofi G. De Curtis, Antonio. In: *Dizionario Biografico degli Italiani*. Vol 33. Istituto dell'Enciclopedia Italiana; 1987. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.treccani.it/enciclopedia/antonio-de-curtis_(Dizionario-Biografico)/
14. Spitale G. *Il dono nelle donazioni: una prospettiva bioetica*. Il poligrafo; 2015.
15. *Tucker v. Lower*. (Circuit Court of Virginia 1972).
16. Blaiberg P. *Looking at My Heart*. Stein and Day; 1968. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/lookingatmyheart00blai
17. South African History Online. 16 June 1976 – Soweto Uprising. South African History Online. Consultato 16 ottobre 2026. https://sahistory.org.za/article/june-16-soweto-youth-uprising
18. Truth and Reconciliation Commission of South Africa. Regional profile: Transvaal. In: *Truth and Reconciliation Commission of South Africa Report*. Vol 3. 1998. Consultato 16 ottobre 2026. https://sabctrc.saha.org.za/reports/volume3/chapter6/subsection20.htm
19. Truth and Reconciliation Commission of South Africa. Institutional Hearing: The Health Sector. In: *Truth and Reconciliation Commission of South Africa Report*. Vol 4. 1998. Consultato 16 ottobre 2026. https://sabctrc.saha.org.za/reports/volume4/chapter5/subsection1.htm
20. Bernstein H. IX – The Doctors. In: *No. 46 – Steve Biko*. 1978. Consultato 16 ottobre 2026. https://sahistory.org.za/archive/ix-doctors
21. Baxter L. Doctors on Trial: Steve Biko, Medical Ethics, and the Courts. *South African Journal on Human Rights*. 1985;1:137-151.
22. Kuljian C. How scientific racism's history shapes modern medical ethics. Wits University. 17 settembre 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.wits.ac.za/news/latest-news/opinion/2024/2024-09/how-scientific-racisms-history-shapes-modern-medical-ethics.html
23. University of the Witwatersrand. Steve Biko Centre for Bioethics. Wits University. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.wits.ac.za/bioethics/
24. Canonical. About the Ubuntu project. Ubuntu. Consultato 16 ottobre 2026. https://ubuntu.com/about
25. Republic of South Africa. *Constitution of the Republic of South Africa*. 1993. Consultato 16 ottobre 2026. https://ccac.concourttrust.org.za/constitutional-links/national-unity-and-reconciliation-interim-constitution-of-south-africa-chapter-16
26. African Cream Freedom Choir. *Freedom Songs*. African Cream; 2008. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.discogs.com/release/33808548-African-Cream-Freedom-Choir-Freedom-Songs

32

Timmy!

Quando quello che fai non cambia niente, e conta lo stesso

Uscito il 16 settembre 2026

AL BANCONE

Immaginate l'ultimo essere umano rimasto sulla Terra.

Non è una metafora, state dentro la scena. Il mondo è finito, non c'è più nessuno, e questa persona qui è l'ultima. Lo sa. Sa con certezza assoluta che dopo di lei non ci sarà nessun altro, mai più, per sempre. E questa persona ha davanti a sé l'ultimo albero rimasto in piedi. Prende un'ascia, e lo abbatte. Così, debbrutto.

Ha fatto qualcosa di sbagliato?

Quasi tutti, a questa domanda, rispondono di sì. Di pancia, immediatamente, senza doverci pensare. E quasi nessuno sa spiegare **perché**. Perché guardate cosa manca in quella scena: non c'è nessuno che soffre. Non c'è nessuno che perde qualcosa. Non c'è nessuno a cui dispiace, nessuno che lo verrà a sapere, nessun futuro rovinato, nessun danno a nessuno. Il conto delle conseguenze, in quella scena, fa esattamente zero.

Eppure ci viene intuitivo dire che è sbagliato.

Questo esperimento mentale ha più di cinquant'anni. Se lo è inventato un filosofo australiano nel 1973 – nella sua versione l'ultimo uomo non si ferma a un albero: fa fuori ogni essere vivente che riesce a raggiungere – e serviva a tutt'altro: a dimostrare che la natura vale qualcosa di suo, e non

solo perché fa comodo a noi.[1,2] Ma a noi stasera serve per un'altra cosa ancora, e vi avviso che è più scomoda.

Perché adesso ve la giro in una versione che vi riguarda molto più da vicino.

C'è un orfanotrofio che sta bruciando.

Dentro ci sono i bambini. Si chiamano tutti Timmy, perché in questi esperimenti mentali si chiamano sempre Timmy. Sono bambini tristi ma speranzosi, di quelli con gli occhioni, e zoppicano appena – niente di grave, giusto quel tanto che quando provano a correre verso di voi vi si spacca il cuore in due. E ognuno di loro, il mese scorso, ha adottato un cucciolo. Fate voi se cane o gatto, cambia poco: l'importante è lo sguardo languido, e che segua il suo Timmy dappertutto, e che gli voglia un bene dell'anima.

Sì, sto calcando la mano. Apposta, e tra dieci secondi vi dico perché.

L'orfanotrofio brucia. I pompieri non arrivano in tempo, e questo è **dato**: non esiste niente, ma proprio niente, che possa cambiare come va a finire. E voi siete lì davanti sul marciapiede, e in mano avete una molotov. Oh, io non giudico la gente che va in giro negli esperimenti mentali con una molotov in mano.

Adesso il punto per cui ho calcato. Ho appena alzato la posta al massimo che potevo: i bambini, la zoppia, i cuccioli, gli occhioni. E la cosa che dovreste notare è che nel calcolo non è cambiato assolutamente niente. Zero. Prima che aggiungessi i Timmy, la vostra molotov non spostava l'esito di un millimetro. E nemmeno dopo che ho aggiunto i Timmy e i cuccioli la vostra molotov sposta l'esito. Zero prima, zero dopo.

Il che vuol dire che se quello che conta è la differenza che fate, io posso caricare quella scena quanto mi pare, all'infinito, metterci pure il topolino dei denti e la Madonna e Gesù Bambino, e voi restate liberi di tirare la vostra molotov, perché comunque bruciano tutti.

E allora spiegatemi perché all'idea di lanciarla vi si torcono le budella.

Vi avviso subito che stasera è un capitolo un po' diverso. Di solito qui c'è una storia, e a un certo punto la storia diventa scomoda. Stasera invece andiamo a smontare un pezzo di meccanica – quella che sta sotto a certe intuizioni morali che abbiamo tutte e tutti e che nessuno sa spiegare. Sempre da bar, tranquilli, non servono né carta e penna per gli appunti, né una laurea per interpretarli. E qui dovrei ruttare per stabilire chiaramente il tono, ma ho ancora un po' di pudore. Non tanto.

E un'altra cosa. Io su questa faccenda una posizione ce l'ho, e alla fine ve la dico. Prima però provo a raccontarvi gli argomenti contrari nella

loro versione migliore, non in quella facile da buttare giù. Quello che non voglio fare è finire con «eh, sono questioni complesse, ognuno decida per sé». Quello non è fare filosofia, e men che meno da bar: è lavarsene le mani nascondendosi dietro a paroloni e credenziali. Ciao, accademico italiano medio, sto parlando proprio a te, pavido coniglio.

Stasera vi racconto anche di un professore di latino che ha giurato fedeltà a Mussolini tre volte, e che sta dalla parte giusta della storia proprio per questo. E vi prometto che quando avrete capito com'è possibile, avrete capito anche perché quella molotov non la tirate.

COM'È ANDATA

Partiamo dai conti, perché prima di litigare sulla morale conviene sapere come tiriamo le somme.

C'è una cosa che facciamo tutte e tutti, di continuo, e che è una delle invenzioni migliori del pensiero umano: valutiamo le azioni dalle conseguenze. Serve o non serve? Migliora o peggiora le cose? È il modo in cui decidiamo se approvare un farmaco, quanti letti mettere in un reparto, se una legge funziona o va buttata. Ed è un'ottima cosa che esista, perché l'alternativa storica era decidere in base a chi urlava più forte o a chi aveva il cappello più bello.

Il problema è che questo metodo, in certe situazioni, dà un risultato che nessuno accetta.

La prima situazione la conoscete già, e l'abbiamo raccontata nel capitolo 28, *L'ultima spiaggia*. È quella in cui il danno **si somma**. Voi da soli, in vacanza, non rovinate niente; tutti insieme siamo la fine di Maya Bay. Ognuno è innocente, il risultato è un disastro. Lì il ragionamento sembra rompersi, ma in realtà tiene: se mille persone fanno una cosa piccola e il totale è enorme, il totale è di tutti, e nessuno può chiamarsi fuori dicendo «io ho fatto solo la mia parte».

L'esempio classico è un filino brutale, ed è di uno dei filosofi più rigorosi del Novecento. Nei brutti tempi antichi, mille torturatori torturavano mille vittime, uno a testa. Poi hanno modernizzato il processo: adesso ogni torturatore preme un bottone che fa avanzare la tortura di uno scatto su tutti e mille gli strumenti di tortura contemporaneamente. Le vittime soffrono esattamente come prima. Ma ogni singolo torturatore, preso da solo, non ha reso il dolore di nessuno **percettibilmente** peggiore. Nessuno di loro ha fatto una differenza avvertibile. E ovviamente stanno tutti facendo qualcosa di mostruoso.[3]

Questo è il caso della somma, e ha una soluzione. Anche se le soluzioni sono complicate e i filosofi ci litigano ancora adesso.[4]

Prendete il caso più discusso di tutti: il clima. Walter Sinnott-Armstrong ha sostenuto, in un saggio del 2005 che ha fatto arrabbiare parecchia gente, che non esiste nessun principio morale decente che condanni la gita della domenica pomeriggio col fuoristrada, quella fatta solo per il gusto di sentire il motore. Non perché sia una bella cosa, ma perché il contributo di quel singolo giro al riscaldamento globale è talmente vicino allo zero che nessuna regola morale sensata riesce ad agganciarlo. La conclusione era: smettete di sentirvi in colpa per la gita e andate a rompere le balle ai governi, perché il problema è politico, non morale.[5]

E gli hanno risposto una cosa semplice: fate i conti sul serio, invece di dire che sono troppo piccoli.[6,7]

E i conti, nel frattempo, li hanno fatti. Nel 2021 è uscita una metrica che si chiama *mortality cost of carbon*, il costo in morti del carbonio: quante morti in più nel mondo causa ogni tonnellata di anidride carbonica che emettiamo. Il numero per tonnellata è ridicolo, due decimillesimi di morte. Ma giratelo, e diventa questo: le emissioni dell'arco di vita di **tre americani e mezzo** causano, da qualche parte nel mondo, entro il 2100, una morte in più.[8] Non in senso figurato. Una persona, morta.

E non è aritmetica da salotto, perché la stessa metrica è già stata puntata su un caso nostrano: le emissioni di un solo anno dell'acciaieria di Taranto, il 2020, sono state stimate causare 1.876 morti nel mondo entro fine secolo.[9]

Adesso però vi devo l'altra metà, perché altrimenti faccio esattamente la cosa che vi ho promesso di non fare. Quel numero è una stima centrale dentro un intervallo largo, e l'estremo basso dell'intervallo è negativo. Vuol dire che esiste uno scenario in cui il riscaldamento riduce la mortalità netta. Gli autori lo scrivono nero su bianco. Scrivono però anche un'altra cosa: che il loro conto include solo le morti legate alla temperatura, e lascia fuori infezioni, alluvioni, fame e guerre per le risorse.[8] Quindi sì, l'incertezza è grande. Ma è sbilanciata: quasi tutto quello che manca al conto è danno che non è stato contato.

Ecco. Tenete da parte questo, perché è importante: nel caso della somma, il calcolo alla fine **funziona**. Basta farlo bene.

Ma stasera noi non siamo lì.

Stasera siamo nel secondo caso, quello che il calcolo non copre nemmeno facendolo bene. Quello in cui il vostro gesto non si somma a niente, perché il risultato è già deciso (tipo l'orfanotrofio che brucia), oppure

perché la scala è già a fine corsa e non c'è più un'altra tacca dopo. Tipo: la spiaggia è già coperta di rifiuti fino all'ultimo centimetro e la vostra bottiglia, onestamente, non la nota nessuno.

Qui non c'è nessun conto da fare meglio. Qui il conto fa zero, e continuerà a fare zero per quanto lo rifacciate.

E allora la domanda vera di stasera è questa: quando il conto fa zero, resta qualcosa?

Adesso vi porto in un posto dove questa domanda non era teorica.

Ventotto agosto 1931, brutti anni. Il governo italiano pubblica un regio decreto, il numero 1227. Dentro c'è una cosa nuova per i professori universitari: un giuramento. Non il vecchio giuramento al Re, che c'era già. Un giuramento in cui prometti di essere fedele al Re **e al regime fascista**, e in cui ti impegni a formare cittadini «devoti alla Patria e al Regime Fascista».[10,11]

Non è una firma qualsiasi. È il momento in cui lo Stato fascista dice all'università: non mi basta che tu lavori, che scopri cose, che insegni; mi serve anche che tu dichiari da che parte stai. La mia.

I professori chiamati a firmare sono milleduecentoventicinque.[12] Dodici rifiutano. Circa, i dati non sono chiarissimi. Tra i prof ribelli che conosciamo ci sono Francesco ed Edoardo Ruffini – padre e figlio, sai che belle conversazioni a tavola.[10,11]

Adesso facciamo il conto, quello vero, quello che avrebbe fatto il nostro amico che valuta tutto dalle conseguenze.

Effetto del loro rifiuto sul regime fascista: nessuno. Effetto sulle università italiane: nessuno. Hanno aperto regolarmente. Effetto sull'opinione pubblica: praticamente nessuno, perché la stampa era controllata e in Italia la notizia passò come un dato amministrativo.[11] Effetto sulla vita di quei dodici: pesantissimo. Cattedra persa per tutti; chi aveva vent'anni di servizio fu messo in pensione d'autorità, gli altri rimasero senza niente. Lionello Venturi finì in esilio, Piero Martinetti fu arrestato nel 1935.[13,14] Costo massimo. Rendimento zero.

Un ragionamento puramente basato sui risultati, messo davanti a questo foglio, deve concludere che i dodici prof hanno sbagliato. Hanno pagato tutto quello che avevano per comprare niente.

Tenete il pensiero, perché adesso arriva il tredicesimo uomo, dritto da Padova, la mia alma mater.

Concetto Marchesi era un latinista. Uno dei più grandi che abbiamo avuto, uno di quelli che ti fanno venire voglia di leggere Tacito anche se non hai mai fatto il classico. Era anche entrato nel Partito Comunista

d'Italia nel 1921.[15] Cioè: dal punto di vista del fascismo, esattamente il nemico. Nel 1931 Marchesi giura.

E non è nemmeno l'unica volta. Giura di nuovo nel 1935, quando entra all'Accademia dei Lincei. E ancora nel 1939, quando entra all'Accademia d'Italia. Tre volte.[15]

Su perché abbia giurato si discute ancora. Molte ricostruzioni dicono che lo fece su indicazione del partito – l'idea era che restare in cattedra rendesse di più che uscirne – e che avesse persino annunciato in pubblico il rifiuto prima di tornare sui suoi passi.[13] Altre fonti fanno notare che la direttiva non è documentata e che la versione fu contestata già negli anni Cinquanta. Il riferimento serio per chi vuole scendere nel dettaglio è *Il sovversivo* di Luciano Canfora.[16] A noi stasera basta il fatto incontestato: firmò, e restò dentro.

E dentro fu utile. Dalla cattedra faceva lezione su Tacito e sulla lotta contro la tirannide, e gli studenti capivano benissimo di chi stava parlando.[17]

Poi arriva il 1943, e la storia accelera.

A Marchesi la nomina a rettore dell'Università di Padova arriva dal governo Badoglio, dopo la caduta di Mussolini. Si insedia il 7 settembre 1943.[17] Il giorno dopo viene annunciato l'armistizio. Cioè: Marchesi diventa rettore di un'Italia che dura ventiquattr'ore. Dopo l'8 settembre il paese è spaccato in due, il Nord è sotto la RSI, e il nuovo rettore di Padova si ritrova dalla parte sbagliata della linea.

Il 9 novembre è l'inaugurazione dell'anno accademico. Il settecentoventiduesimo, perché Padova è vecchia.[18] Nell'Aula Magna del Bo ci sono gli studenti fascisti in divisa della milizia, e l'idea è che la cerimonia diventi una manifestazione di sostegno alla guerra a fianco dei nazisti.

Marchesi entra in toga insieme al prorettore Egidio Meneghetti. E i due, davanti a tutti, cacciano fisicamente i fascisti dal podio e dall'aula.[19] Io, gli applausi a scena aperta, me li immagino.

Poi Marchesi tiene il suo discorso. Un discorso sull'università come fortezza inespugnabile, sul lavoro, sulla dignità di chi lavora. E lo chiude così: dichiaro aperto il settecentoventiduesimo anno dell'Università di Padova «nel nome di questa Italia dei lavoratori, degli artisti, degli scienziati».[18,19]

Nel 1943, sotto occupazione tedesca, in un'aula piena di camicie nere, dice «l'Italia dei lavoratori».

Il 30 novembre lascia Padova. È ricercato.

Il primo dicembre porta la data di un testo, scritto da clandestino, che verrà distribuito a mano. Si chiama *Appello agli studenti*, e chiama gli stu-

denti a prendere le armi contro il fascismo e contro l'occupazione nazista. È considerato una delle prime chiamate alle armi esplicite della Resistenza italiana.[17,20]

Poi passa in Svizzera, in Canton Ticino, e da lì tiene i contatti che fanno arrivare alla Resistenza veneta soldi, armi e munizioni.[17] Nel 1946 viene eletto all'Assemblea Costituente e partecipa a scrivere la nostra Costituzione.[15]

Adesso mettete in fila le due cose.

Un uomo che aveva giurato tre volte per il fascismo scrive, nel dicembre del 1943, un foglio clandestino che chiama gli studenti alla lotta armata. Sapendo perfettamente – perché era un uomo intelligentissimo e non aveva nessuna illusione – che un professore di latino con un ciclostile non rovescia né una dittatura né tantomeno l'esito di una guerra mondiale.

E allora c'è una domanda che tiene insieme tutto quello che ci siamo detti finora, anzi, due. Perché i dodici del 1931, che hanno ottenuto zero, ci sembrano dei giganti integerrimi? E soprattutto: perché Marchesi, che ha giurato tre volte per il Duce, ci sembra dalla parte giusta? E perché tutti e tredici insieme, che hanno fatto la cosa opposta l'uno dagli altri, ci sembrano lo stesso genere di persona?

IL NODO

Adesso mettiamo un avventore ipotetico al bancone. Uno che ragiona solo sulle conseguenze.

Non è un mostro e non è un cinico. È la persona più ragionevole del bar, quella con cui vorreste che ragionasse il vostro ministro della salute. Gli offro da bere e gli faccio la domanda facile. Spiaggia già distrutta, rifiuti ovunque fino all'orizzonte, tu hai in mano la tua bottiglia. La butti a terra?

E lui dice di no, ovviamente. Sono tutte persone perbene, gli utilitaristi. Il punto è: **perché?** Perché, secondo la sua stessa teoria, quella bottiglia non fa nessuna differenza. Non c'è nessuna riga del conto che si muove, perché la tacca del danno è già a fine scala.

L'utilitarista ha tre strade. Sono tre strade serie, studiate, difese da gente sveglia. E tutte e tre gli costano qualcosa.

Prima strada: la regola. «Io non giudico il singolo gesto, giudico la regola. La regola *non buttare rifiuti in giro* produce ottimi risultati nel mondo, quindi la tengo. E la tengo anche nei casi in cui violarla non costa niente.» È una posizione vera, organizzata, con una letteratura sua.[21,22]

Il problema è che ha cambiato discorso. La domanda era su quel gesto lì, e lui mi ha risposto parlando d'altro, canaglietta. E soprattutto: se la regola

è buona **perché** produce buoni effetti, in un caso dove violarla non produce nessun effetto, cosa la tiene su? Cosa la fa pesare? A quel punto la regola non lo vincola più in quanto utile: lo vincola e basta. Che è esattamente la cosa che voleva evitare.

Seconda strada: la goccia. «Magari sei tu quello che fa traboccare. Non lo sai. La soglia potrebbe essere proprio lì.»

Questa è ottima, e in tantissimi casi è pure vera – è la risposta giusta per i mille torturatori e per la gita della domenica col maledetto SUV. Solo che noi stasera abbiamo scelto apposta i casi dove non funziona. La spiaggia è già andata. L'orfanotrofio brucia comunque. L'ultimo albero è l'ultimo. Qui la probabilità di essere la goccia non è bassa: è **zero**.

E c'è una controprova che dovrebbe farci pensare. Se il motivo fosse davvero quello, allora nel momento esatto in cui io vi dimostro, numeri alla mano, che la vostra bottiglia è irrilevante, voi dovreste sentirvi perfettamente a posto. Provate a farlo davvero. Nessuno si sente a posto. C'è qualcosa che continua a tirarvi la giacca anche dopo che il calcolo ha detto zero, e quel qualcosa non sta nel calcolo.

Terza strada: il carattere. «Buttarla ti rende uno che butta le cose per terra. E uno così, prima o poi, dei danni veri li fa.»

Vero. Verissimo. Ma guardate cosa è appena successo: l'utilitarista ha smesso di dirmi che *quell'atto* è sbagliato e mi ha detto che è sbagliato *diventare un certo tipo di persona*. Ha portato in casa la moneta dell'avversario. Ha ammesso che sulla bottiglia, presa da sola, la sua teoria non ha niente da dire, e che per condannarla deve andare a prendere in prestito un altro modo di ragionare.

Tre strade, e tutte e tre finiscono nello stesso cortile. Tradotto da bar: se misuri un gesto solo dalla differenza che fa, allora nei casi in cui non fa differenza il gesto è gratis. E il fatto che nessuno di noi, nemmeno l'utilitarista al bancone, si comporti come se fosse gratis, ci sta dicendo che stiamo usando anche qualcos'altro. Solo che fatichiamo a dire cosa.

E adesso la cosa si fa seria, perché il ragionamento gira.

Se vale per «non fare il male inutile», deve valere anche per «fare il bene inutile».

Ed è qui che tornano i dodici prof e Concetto Marchesi, con l'asimmetria che rende questa faccenda difficile invece che carina. Non buttare la bottiglia sulla spiaggia **è gratis**. Non vi costa niente, ve la riportate a casa, fine. Rifiutare il giuramento nel 1931 costava sicuramente la cattedra e lo stipendio, e magari pure la casa, il futuro dei vostri figli, o peggio. Chissà le discussioni, in casa Ruffini. Se la mia tesi funziona solo dove non costa

niente, allora è una tesi da salotto, roba per gente che si sente l'anima pulita a prezzo zero. Il banco di prova vero è lì, sui dodici prof, dove il gesto inutile ti presenta un conto salatissimo.

E in mezzo c'è Marchesi, che è il caso più scomodo di tutti, perché non sta da nessuna delle due parti.

Marchesi giura. Tre volte. Resta dentro la macchina fascista, e da dentro è utile davvero. Sulla colonna dei risultati Marchesi **vince**, e vince contro i dodici prof senza nemmeno bisogno di discutere.

Poi arriva il novembre del '43, e quello stesso uomo caccia i fascisti dal palco della sua aula magna e tre settimane dopo scrive agli studenti di prendere le armi.

Quindi non è che uno dei due modi fosse quello giusto e l'altro quello sbagliato. È che stanno nella stessa persona, a dodici anni di distanza. Il calcolo è una cosa buona, ed è la cosa giusta per moltissimo tempo. Ma il calcolo **finisce**. Arriva un punto in cui non c'è più niente da ottenere, in cui restare dentro non compra più niente, e lì il calcolo tace.

Marchesi nel 1943 non ha cambiato idea. È arrivato al punto in cui la sua logica degli anni prima non aveva più niente da dirgli.

Adesso però devo girarmi contro la mia stessa posizione, perché contro questa roba ci sono due obiezioni, e la seconda è brutta.

La prima la conoscete già anche se non sapete che ha un nome. Se l'unica ragione per non lanciare la molotov nell'orfanotrofio in fiamme è che *io* non voglio essere uno che lancia molotov, allora io non sto pensando all'incendio, ai Timmy, o agli animaletti pucciosi: sto pensando alle mie mani. È il rimprovero classico a chi difende questa posizione. Bello, nobile, e profondamente egocentrico – uno che si preoccupa di restare pulito mentre il mondo va a fuoco.[23]

La seconda obiezione è peggio, ed è quella che vi farebbe uno sveglio al bar dopo il terzo giro: **«quindi la tua morale è solo simbolica. È teatro senza pubblico.»** Se l'ultimo uomo abbatte l'ultimo albero e non c'è nessuno che guarda, nessuno che soffre, nessuno che lo saprà mai, e nessuna conseguenza – cosa resta esattamente? A chi lo stai dicendo?

E qui c'è la distinzione su cui secondo me sta in piedi tutto il resto, quindi statemi dietro trenta secondi che poi abbiamo finito.

Un atto può fare due cose diverse.

Può **produrre un effetto**. E per produrre un effetto ha bisogno di un mondo che gli risponda: se non c'è il mondo, non c'è l'effetto.

Oppure può **riconoscere o misconoscere un valore**. E per fare quello non gli serve niente. Non gli serve un pubblico, non gli serve una conseguenza, non gli serve che qualcuno tenga il verbale.

L'ultimo uomo che alza l'ascia non danneggia nessuno e non comunica con nessuno. Però mentre lo fa sta dicendo una cosa precisissima: *questa roba qui non conta niente.* E quella frase è completa. È intera. Non le manca un pezzo per il fatto che non c'è nessuno ad ascoltarla, esattamente come una somma resta giusta anche se bruciate il foglio su cui l'avete scritta. Il valore di un gesto sta anche in quello che il gesto **dichiara**, e la dichiarazione non ha bisogno di destinatari per essere quello che è.[24]

Il che, tra l'altro, sistema anche la prima obiezione. Perché quello che l'atto dichiara non è rivolto a me: è rivolto alla cosa. Non sto dicendo «io sono una brava persona». Sto dicendo «quell'albero conta qualcosa», «quella spiaggia conta qualcosa», «quegli orfanelli e le loro bestiole contano qualcosa». Che è la direzione esattamente opposta a guardarsi le mani.

Quindi la mia posizione, e ve l'avevo promessa: **l'inutilità non è un permesso.**

Il fatto che un gesto non serva a niente non vi autorizza a sciacquarvene i rispettivi genitali. Perché quando tirate quella molotov, voi non state peggiorando quell'incendio. Non gli aggiungete un grado, non gli aggiungete un secondo. State dichiarando che quei bambini, e i loro cuccioli, non contano abbastanza da meritarsi che voi teniate ferma la mano.

E quella dichiarazione è sbagliata mentre la fate. Non dopo. Non quando qualcuno verrà a controllare. E non nel karma o nei conti di Dio, che per come la vedo io stanno insieme alla famosa teiera: fino a prova contraria, non ho nessun motivo di crederci. Anche se poi voi ci credete – liberissimi – non cambia una virgola. Quella dichiarazione è sbagliata mentre la fate, per il motivo semplicissimo che quell'albero o quegli orfanelli contano.

Ecco, e qui vi devo l'unica cosa di stasera che non posso dimostrarvi. Vi sto chiedendo di accettare che contino **davvero**. Non che contino per me, o per voi, o per chi ne avrebbe sentito la mancanza. Che contino, punto.

Però guardate bene cosa **non** vi sto chiedendo, perché è la roba che di solito ci si infila di straforo. Non vi chiedo che ci sia qualcuno a guardare. Non vi chiedo un aldilà, né un archivio dell'universo, né che il valore resti a galleggiare da qualche parte dopo che si è spento tutto. Non mi serve niente di tutto questo. Perché voi la dichiarazione la fate mentre i bambini ci sono ancora: è lì che sbagliate, ed è lì che è finita.

Quindi sì, c'è una cosa che vi chiedo di comprare. Una sola. Ed è la più piccola che sono riuscito a trovare.

INTANTO, DA NOI

Adesso usciamo dall'orfanotrofio e torniamo qui, che è peggio, perché è reale.

Nell'estate del 2026, in Europa occidentale, giugno e luglio sono stati i più caldi mai registrati. Media di 21,62 gradi, sopra il precedente record del 2022.[25,26] Da maggio il continente ha incassato quattro ondate di calore. Senna, Reno e Danubio con portate eccezionalmente basse.[26,27] E gli incendi: al 17 agosto, nell'Unione Europea e nei paesi monitorati, erano bruciati **seicentomila ettari**. Contro una media degli ultimi vent'anni di duecentoquarantatremila.[28]

E adesso la frase. La frase che avete sentito nell'estate del 2026 almeno una volta, magari da qualcuno che vi sta anche simpatico, magari da voi stessi in una brutta giornata: «Tanto ormai è tardi. Tanto è deciso. Tanto la Cina».

Riconoscete la forma? È la spiaggia già distrutta. È l'orfanotrofio che brucia comunque. È esattamente il ragionamento che abbiamo smontato in questo capitolo, solo che stavolta non è un esperimento mentale: è il modo in cui un sacco di gente, oggi, si sta dando il permesso di sciacquarsi i genitali.

E attenzione, perché la parte tecnica di quella frase potrebbe anche essere vera. Io non lo so se ce la facciamo. Le curve non sono incoraggianti e io non sono un climatologo. Ma il punto di stasera è che **anche se fosse vera non sarebbe un permesso**. Se domani mi dimostraste che è finita davvero, che è tutto deciso e non c'è più niente da salvare, non avreste dimostrato che tanto vale fare schifo.

Contro questa posizione però esiste un'obiezione seria, la più seria di tutte, e ve la devo dare al massimo della sua forza.

Un filosofo americano si è messo a ragionare su una domanda che sembra assurda: cosa succederebbe alle nostre vite se sapessimo con certezza che, trenta giorni dopo la nostra morte, l'umanità finisce? Non voi: voi morireste comunque alla vostra età, di vecchiaia, nel vostro letto. Solo che dopo non ci sarebbe più nessuno.

La sua conclusione è inquietante: moltissime cose perderebbero senso **adesso**. Non dopo la nostra morte. Adesso. Il ricercatore smetterebbe di cercare cure per le malattie. Nessuno costruirebbe cattedrali, nessuno pianterebbe alberi. E non per disperazione: proprio perché il senso di quelle attività sta dentro una catena che continua, e se togli il seguito, togli il punto. La sua tesi è che quasi tutto quello a cui teniamo poggia, senza che ce ne accorgiamo, sull'idea che ci sarà un dopo.[29,30]

È un argomento forte, ed è forte contro di me. Perché se ha ragione lui, allora nel mondo senza dopo la mia bottiglia tenuta in mano non vale più niente, insieme a tutto il resto.

La mia risposta è che sta dimostrando una cosa un po' diversa da quella che sembra. Sta dimostrando che senza un dopo crollano i **progetti** – le cose che hanno senso perché arrivano da qualche parte, e che senza arrivo restano a metà. E su quello ha ragione, e fa impressione averlo capito.

Ma tenere ferma la mano non è un progetto. Non arriva da nessuna parte, non deve, non serve. È l'unica cosa che continua a funzionare quando hai tolto tutto il resto, precisamente perché non aveva bisogno di arrivare da nessuna parte nemmeno prima.

E lasciatemi fare un'ultima cosa in trenta secondi, per farvi vedere che questa non è (solo) filosofia da apocalisse (che pure, secondo me, ci serve).

Pensate a un reparto di cure palliative. A qualcuno che accompagna un genitore con la demenza avanzata, uno che non lo riconosce più e non lo riconoscerà mai più. Fate il conto come lo abbiamo fatto stasera: cosa cambia se quella persona viene lavata con delicatezza invece che con l'idropulitrice? Se le parlate mentre lo fate? Se le pettinate i capelli come li portava lei? Non cambia la prognosi di un giorno. Non lo saprà, non lo ricorderà, non ci sarà nessun dopo in cui quel gesto renderà qualcosa.

E qui non c'è nessuno, nemmeno l'utilitarista più duro del bancone, che vi dica che tanto vale usare l'idropulitrice.

Ecco, quella è la stessa macchina. È la stessa identica meccanica dell'ultimo albero, solo che qui la vediamo tutti al primo colpo e nessuno ha bisogno di un filosofo per capirla. Quello che facciamo davanti a chi non potrà più restituire niente è la versione domestica dell'ultimo uomo con l'ascia. E il fatto che lì non abbiamo dubbi dovrebbe darci un po' di coraggio anche sul resto.

L'ULTIMO GIRO

Torniamo all'ultimo albero, che è dove abbiamo cominciato.

L'ultima persona sulla Terra, l'ascia in mano, nessun futuro, nessun testimone. E la domanda che vi ho fatto all'inizio era: cosa cambia?

Adesso la giro, e questa è la domanda che vi lascio: **davanti a chi?**

Davanti a nessuno. Non c'è nessuno. Ed è esattamente il punto, perché quel gesto lì continua a dire qualcosa anche in una stanza vuota, anche in un pianeta vuoto. Non ha bisogno del nostro permesso per significare quello che significa. Le cose contano o non contano prima e indipendentemente dal fatto che ci sia qualcuno a tenere il conto.

Quindi sì: come dicevo nel capitolo 30, *L'acqua degli altri*, probabilmente cadremo. Non lo so, ma mettiamo. E il modo in cui ci siamo comportati mentre cadevamo non ci salverà, non fermerà niente, non sposterà una virgola di quello che succede.

Conta lo stesso. Conta perché dice a cosa tenevamo, e lo dice per davvero, non per finta, non per gli archivi che non ci saranno. Lo dice oggi.

E poi c'è una cosa che ho tenuto per ultima, perché è quella che mi convince di meno e che funziona di più.

Tutto quello che ci siamo detti stasera riguarda **cosa rende sbagliato un gesto**, e lì dentro tu non c'entri: c'entra l'albero, c'entra la spiaggia, c'entrano i Timmy e i loro canetti o gattini. Ma c'è una seconda domanda, ed è un'altra cosa: **cosa ti trattiene dal farlo lo stesso.** Lì sul marciapiede, alle tre di notte, la molotov in mano, nessuno che guarda, e tanto bruciano comunque.

E lì, onestamente, ci sei tu.

Metti caso che sia vero: nessun aldilà, nessun registro, nessuna commissione d'esame alla fine del corso. Però una persona in quel momento lì c'è per forza, e sei tu. Non puoi cambiare bar, non puoi cambiare tavolo, non puoi uscire a fumare (che fa male alla salute).

E bada bene, non perché dopo ti verrà chiesto conto. Ma perché è lì che sei, mentre succede.

Che poi è tutto quello che vuol dire, secondo me, la frase che vorremmo poter dire tutti, alla fine: tutto sommato, ne è valsa la pena. Ecco: sorpresa, non è un bilancio da chiudere alla fine. È una cosa che o è vera adesso, o non lo diventa dopo.

Questa storia raccontata alla persona giusta – magari quella che quell'estate vi ha detto «tanto ormai è tardi» – non costa niente. E sì, lo so cosa sto facendo: vi sto chiedendo un gesto piccolo che da solo non cambia niente. Ci ho pensato. Fatelo lo stesso.

Bibliografia

1. Routley R. Is There a Need for a New, an Environmental, Ethic? In: *Proceedings of the XV World Congress of Philosophy*. Vol 1. 1973:205-210.
2. Lamb R. The Last Man. *AJL*. 2018;15(2):513-591. doi:10.26686/ajl.v15i2.4871
3. Parfit D. *Reasons and Persons*. 1ª ed. Clarendon Press; 1984. doi:10.1093/019824908X.001.0001
4. Nefsky J. Collective harm and the inefficacy problem. *Philosophy Compass*. 2019;14(4):e12587. doi:10.1111/phc3.12587
5. Sinnott-Armstrong W. It's Not My Fault: Global Warming and Individual Moral Obligations. In: Sinnott-Armstrong W, Howarth RB, a c. di. *Perspectives on Climate Change: Science, Economics, Politics, Ethics*. Vol 5. Advances in the Economics of Environmental Resources. Elsevier; 2005:285-307. doi:10.1016/S1569-3740(05)05013-3

6. Broome J. *Climate Matters: Ethics in a Warming World*. W. W. Norton; 2012.
7. Broome J. The Public and Private Morality of Climate Change. Presentato a: The Tanner Lectures on Human Values, University of Michigan; 16 marzo 2012. Consultato 16 ottobre 2026. https://tannerlectures.org/wp-content/uploads/2024/05/Broome-Lecture.pdf
8. Bressler RD. The mortality cost of carbon. *Nat Commun*. 2021;12(1):4467. doi:10.1038/s41467-021-24487-w
9. Giannico OV, Baldacci S, Bisceglia L, Minerba S, Conversano M, Mincuzzi A. Il «mortality cost» delle emissioni di CO2 di uno stabilimento siderurgico nel Sud Italia: una valutazione degli impatti sanitari derivanti dal cambiamento climatico. *E&P*. 2023;47(4-5):273-280. doi:10.19191/EP23.4-5.A616.067
10. Istituto storico bellunese della Resistenza e dell'età contemporanea. *Il giuramento rifiutato 1931-2021. La triste e nobile vicenda dei dodici professori universitari che rifiutarono di giurare fedeltà al fascismo*. 2022. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.istorbive.it/wp-content/uploads/2022/04/giuramento-rifiutato.pdf
11. Giuramento di fedeltà al fascismo. In: *Wikipedia*. 2026. Consultato 14 ottobre 2026. https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Giuramento_di_fedelt%C3%A0_al_fascismo&oldid=152689590
12. Corlazzoli A. Il prete, il filosofo, il linguista, il criminologo: le storie dei 12 accademici che non giurarono fedeltà al fascismo (e gli eventi per ricordarli). *Il Fatto Quotidiano*. 20 settembre 2021. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilfattoquotidiano.it/2021/09/20/il-prete-il-filosofo-il-linguista-il-criminologo-le-storie-dei-12-accademici-che-non-giurarono-fedelta-al-fascismo-e-gli-eventi-per-ricordarli/6325567/
13. Valabrega P. I dodici professori che non hanno giurato. Presentato a: Politecnico di Torino; 6 maggio 2014. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.swas.polito.it/services/poli_flash/foto/I%20dodici%20professori%20che%20non%20hanno%20giurato.pdf
14. Vigorelli A. Martinetti, Piero. In: *Dizionario Biografico degli Italiani*. Vol 71. Istituto dell'Enciclopedia Italiana; 2008. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.treccani.it/enciclopedia/piero-martinetti_(Dizionario-Biografico)/
15. Concetto Marchesi. In: *Wikipedia*. 2026. Consultato 14 ottobre 2026. https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Concetto_Marchesi&oldid=152880744
16. Canfora L. *Il sovversivo. Concetto Marchesi e il comunismo italiano*. Prima edizione. Laterza; 2019.
17. Zaccaria G. L'antifascismo di Concetto Marchesi. *Il Bo Live*. Pubblicato online 5 dicembre 2013. Consultato 16 ottobre 2026. https://ilbolive.unipd.it/it/news/concetto-marchesi-antifascismo-seconda-guerra-mondiale
18. Università di Padova. Concetto Marchesi address. heritage.unipd.it. Consultato 16 ottobre 2026. https://heritage.unipd.it/en/timeline/discorso-di-concetto-marchesi/
19. *Concetto Marchesi inaugura l'anno accademico 1943/1944: Marchesi allontana i fascisti dall'aula*. 1943. Consultato 16 ottobre 2026. https://phaidra.unipd.it/detail/o:6313
20. Marchesi C. Appello agli studenti. Associazione Concetto Marchesi Gallarate. 1 dicembre 1943. Consultato 16 ottobre 2026. https://assconcettomarchesigallarate.wordpress.com/concetto-marchesi-appello-agli-studenti/
21. Hooker B. Rule Consequentialism. In: Zalta EN, Nodelman U, a c. di. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Spring 2023. Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2023. Consultato 16 ottobre 2026. https://plato.stanford.edu/archives/spr2023/entries/consequentialism-rule/
22. Hooker B. *Ideal Code, Real World: A Rule-Consequentialist Theory of Morality*. Oxford University Press; 2000.
23. Williams B. Utilitarianism and moral self-indulgence. In: *Moral Luck: Philosophical Papers 1973–1980*. 1ª ed. Cambridge University Press; 1981:40-53. doi:10.1017/CBO9781139165860
24. Anderson E. *Value in Ethics and Economics*. 2. print. Harvard University Press; 1993.
25. Copernicus Climate Change Service. *Copernicus: Record Heatwave Brings Hottest June for Western Europe during Second-Warmest June Globally*. 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://climate.copernicus.eu/copernicus-record-heatwave-brings-hottest-june-western-europe-during-second-warmest-june-globally

26. Copernicus Climate Change Service. *Copernicus: Highest July Global Ocean Surface Temperatures as Exceptionally Hot, Dry Conditions Fuel Wildfires in Europe*. 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://climate.copernicus.eu/copernicus-highest-july-global-ocean-surface-temperatures-exceptionally-hot-dry-conditions-fuel
27. Massariolo A. Caldo, siccità e incendi: l'estate estrema dell'Europa occidentale. *Il Bo Live*. Pubblicato online 13 agosto 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://ilbolive.unipd.it/it/news/societa/caldo-siccita-incendi-estate-estrema-europa
28. Incendi 2026, Copernicus: oltre 600 mila ettari interessati nell'UE. nelcuore.org. 18 agosto 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.nelcuore.org/incendi-2026-copernicus-oltre-600-mila-ettari-interessati-nellue/
29. Scheffler S. *Death and the Afterlife*. (Kolodny N, a c. di). Oxford University Press; 2013.
30. Scheffler S. The Afterlife. Presentato a: The Tanner Lectures on Human Values, UC Berkeley; 13 marzo 2012. Consultato 16 ottobre 2026. https://tannerlectures.org/wp-content/uploads/2024/07/Scheffler-Lecture.pdf

33

Sangue di Dio

I Testimoni di Geova, la mia famiglia, e la fatica di essere giusti

Uscito il 30 settembre 2026

AL BANCONE

Diciassette anni fa la mia famiglia, una parte della mia famiglia, ha cercato di ammazzarmi.

Il fatto che io sia ancora qui a chiacchierarmela allegramente al bar è la prova che quella parte della mia famiglia non è particolarmente brava ad ammazzare le persone. Eppure il gruppo a cui appartengono, in questo senso, ha diversi precedenti di successo.

Non è interamente vero, eh. Questa è la versione clickbait. Ma è vero, verissimo, che quando la mia vita dipendeva dal sangue degli altri, una parte della mia famiglia ha deciso che il suo sangue agli altri non l'avrebbe dato. Né a me, né a nessuno come me. Hanno seriamente pensato di lasciarmi morire, e hanno fatto, o meglio *non* fatto, passi concreti per ottenere il delizioso risultato.

Vi faccio leggere un paio di vocali.

IL MIO VOCALE A ZIA SIMPLICIO

Buongiorno zia, che mattino lieto, questo. Ascolta... la cosa del sangue me la devi spiegare. Cioè, nel senso... devi spiegarmi il tuo punto di vista da Testimone di Geova su questo cambio di rotta. Perché io ho

ovviamente il mio punto di vista. Il tuo punto di vista faccio fatica ad immaginarlo, e mi piacerebbe conoscerlo. Ciao.

LA RISPOSTA DI ZIA SIMPLICIO

In pratica la situazione non è cambiata. Rifiutiamo ancora oggi le trasfusioni di sangue intero.
Qual è la differenza? Mentre in passato, se qualcuno lo riteneva opportuno, se la sua coscienza glielo permetteva, poteva accettare alcune frazioni del sangue, e però era una questione personale. Mentre si rifiutavano i quattro elementi principali: il plasma, i globuli rossi, i globuli bianchi e le piastrine.
Ma grazie agli studi medici che sono stati effettuati, è emerso che questi quattro componenti principali del sangue contengono una frazione minima di sangue, e alcuni di questi ne contengono meno che alcune frazioni.
Per questa ragione, ognuno personalmente, in base alla propria coscienza, potrà decidere se accettare le frazioni, se accettare qualche componente principale del sangue, ma comunque le trasfusioni intere sono sempre rifiutate.
Spero di essere stata chiara. Comunque il video spiega bene la questione. Appena abbiamo informazioni in più, te le faccio avere. Ok? Ciao, buona giornata.

Signore e signori, allacciate le cinture, e allacciatele belle strette, perché oggi vi prometto una montagna russa niente male. C'è dentro la mia storia clinica, che trovate raccontata abbastanza bene in questo libro qui, *Hestia*.[1] C'è la strada che mi ha portato a diventare il bioeticista più chiacchierone dell'internet (spoiler: per quanto ne so sono pure l'unico, il che mi mette nella posizione di detenere diversi record del cazzo tipo questo). C'è ovviamente un po' di storia familiare e un po' di dramma. E probabilmente anche stavolta c'è il rischio querela: forza, conigli, venitemi a prendere.

Sotto a tutto c'è una strana, stranissima religione che, per via di una sua interpretazione tutta storta di certe righe della Bibbia, ha lasciato morire uomini e donne, ragazzi e ragazze, bambini e bambine. E che il 18 settembre 2026 ha cambiato idea. Un po'. Nella maniera più ridicola che potete immaginare, e che avete appena sentito spiegata da mia zia.

E c'è rabbia. Un sacco, un sacco di rabbia. Verso i miei parenti, verso gli imbecilli che li hanno circuiti, e verso gli imbecilli che da loro si fanno

circuire, porta a porta. Verso questa stupidissima idea di morire per Dio, verso Dio, verso la religione, anzi, verso le religioni in quanto tali, in quanto sacrificio della ragione sull'altare della credenza. Che, come abbiamo già detto più volte in questo bar, è buona per tenerci le grappe. E anche verso me stesso: verso la mia incapacità di perdonare e lasciar correre, ma anche verso la mia incapacità di essere arrabbiato come Cristo comanda, in nome della fottutissima gentilezza. Oggi provo a porre rimedio a questa cosa.

Chiedo scusa, una volta sola, adesso, a chiunque potesse sentirsi offeso da questo capitolo. Mi dispiace che i fatti vi offendano. Mi dispiace proprio.

Vaffanculo all'avo che non sapeva tenersi il cazzo nei pantaloni. Che è causale, non casuale. Ma no, questa non ve la spiego.

Signore e signori, buttatene giù uno di forte, perché le luci vanno giù e non si scherza più.

COM'È ANDATA

Prima di cominciare vi devo una regola del gioco, perché oggi la rompo e voglio che lo sappiate.

Un professore, uno di quelli con la P maiuscola, una volta mi ha insegnato che quando parli a qualcuno devi dichiarare molto limpidamente da dove parli. Così chi ascolta può distinguere cosa viene dalla tua posizione e cosa viene dall'argomento. L'ho scritto nel 2010, nelle pagine che sarebbero diventate *Hestia*, e da allora ci provo.

Quindi oggi i fatti sono due mucchi, e li teniamo separati. Il primo mucchio è mio: è la mia storia, e ve la racconto come la ricordo e come l'ho scritta. È soggettiva, e lo dichiaro. Il secondo mucchio è la storia del sangue per i Testimoni di Geova, e quella ve la racconto nel modo più freddo possibile, usando quasi solo le loro fonti ufficiali: *La Torre di Guardia*, *Svegliatevi!*, jw.org, i video del loro Corpo Direttivo. Non i siti degli ex, non i giornalisti, non io. Loro.

Agosto 2009. Accompagno un gruppo di scout lungo l'Alta Via numero 1, in Dolomiti. Una notte, sotto la Croda del Becco, mi metto a fare una di quelle liste da ventenne: le cose da fare prima di morire. Al primo posto scrivo: salvare la vita a qualcuno.

Il modo più semplice che trovo è diventare donatore di midollo osseo. Per entrare nel registro serve un esame del sangue, la tipizzazione. Prendo appuntamento. Un venerdì di fine ottobre porgo il braccio, contentissimo, anche se gli aghi li ho sempre odiati (beh, era prima di tutti questi tatuaggi). Il lunedì dopo mi chiama mia madre. Le analisi non vanno bene.

Volevo donare il midollo, e il mio aveva smesso di funzionare.

Aplasia midollare idiopatica. Tradotto da bar: la fabbrica del sangue chiude, e nessuno sa perché. Il midollo smette di produrre globuli rossi, globuli bianchi e piastrine. Qualche numero, che agli adulti servono i numeri: una persona sana ha più di 12 grammi di emoglobina per decilitro di sangue, un uomo di solito sopra i 13. Io ne avevo 4. Le piastrine, quelle che servono quando ti tagli facendoti la barba, di solito sono tra 150.000 e 400.000 per millimetro cubo. Io ne avevo 3.000. I globuli bianchi, gli sbirri del corpo, praticamente spariti. Avevo 21 anni e una paura fottuta.

Ematologia, stanza 22. Ricordo i nomi, le facce, gli odori. Franco il baffo, Natalino, Sladan. Una routine fatta di fogli della mensa e di sacche appese. Perché in quelle settimane, e poi nei mesi e negli anni dopo, quello che mi teneva in vita era molto semplice: il sangue di qualcun altro. Sacche di globuli rossi. Sacche di piastrine. Sangue di sconosciuti che un giorno, senza sapere niente di me, si erano sdraiati su un lettino e avevano allungato il braccio. Ricordo la speranza, e le bestemmie.

Il donatore di midollo compatibile, quello per il trapianto, non l'hanno mai trovato. Sono vivo lo stesso, e le ragioni per cui lo sono le conoscono solo in parte i medici, e io ancora meno. Ma so per certo una cosa: senza le trasfusioni di quei mesi non sarei arrivato a scoprirlo.

E qui entra la famiglia.

Io non sono stato battezzato. I miei genitori hanno scelto così: non mi hanno lasciato una specifica fede in eredità, piuttosto una inclinazione alla ricerca (spoiler: ha funzionato fin troppo bene). Ma una parte della famiglia allargata è Testimone di Geova.

E poi c'è la cosa che mi ha fatto più male, anche se sembra la più piccola.

Quando hai bisogno di un trapianto di midollo, il primo posto dove si cerca è la famiglia. Le risposte sono state miste. Qualcuno si è fatto tipizzare. Ma solo per me. Di sangue, per quello che so, non ne ha donato nessuno.

E qui dovete capire una cosa su come funziona il sangue, perché è la cosa che per me conta di più. Se oggi vai a donare, il tuo sangue non arriva a tuo cugino. Non arriva a chi ami. Va in una banca, viene separato, e finisce nelle vene di qualcuno che non conoscerai mai. Il tuo sangue non arriverà a me. Arriverà a qualcuno come me.

Qualcuno che è figlio di qualcuno, come me. Che ha sogni, desideri, progetti, come me. Siamo uguali, io e quella persona. Ed è esattamente per questo che il sangue che ho ricevuto io veniva da gente che non sapeva

niente di me: perché qualcuno, prima, aveva deciso che non serviva sapere chi fossi.

Non doni a chi ti ha dato qualcosa: doni a qualcun altro, e qualcun altro donerà a chi viene dopo. Una catena dove nessuno pareggia i conti e tutti sono in debito, e va benissimo così. Il «solo per lui» – solo per mio cugino, o nipote, o fratello – «solo lui» rompe questa catena. Dice: tu sì, perché sei del clan. Gli altri no, s'inculassero.

Per capire bene questa cosa dovete capire come funziona il registro dei donatori di midollo osseo. È un catalogo, una lista di potenziali donatori, tipizzati attraverso un esame del sangue o della saliva. Se sei compatibile con qualcuno in attesa, ti chiamano per la donazione vera e propria. Il registro italiano a fine 2025 contava 525.682 donatori attivi.[2] È collegato con tutti gli altri registri nazionali: di fatto è un unico database mondiale. Chi si iscrive non sceglie a chi donare. Mette il proprio midollo a disposizione di chiunque, da qualunque parte del mondo, gli risulti compatibile. Che ha senso, anche perché mediamente la probabilità di trovare un donatore compatibile è una su centomila.[3] Quella probabilità, in famiglia, per ovvie questioni di prossimità genetica, è molto più alta.

E attenzione, perché qui non c'entra nemmeno la dottrina. Per i Testimoni di Geova il midollo osseo non è sangue: donarlo o riceverlo è una decisione personale, lo dicono loro stessi dal 1984.[4,5] Quindi quel «solo per lui» non era un divieto religioso. Era una scelta. Tradotto da bar: la vita di questo imbecille qui vale più di quella del figlio di qualcun altro, e quindi il mio midollo è per lui e basta. Possa maledirvi il vostro dio.

Lo so, verrebbe comodo, a me per primo. E vi confesso che trovo questa idea fottutamente ripugnante. La trovo ripugnante perché contraddice tutto quello in cui credo. Perché sì, spoiler: credo anch'io, in un sacco di cose. Ci arriviamo.

Poco dopo il ricovero mi è arrivata una lettera. L'ha scritta una mia zia, che in *Hestia* ho chiamato zia Simplicio, e a buon intenditor. La stessa zia che avete letto in apertura. Mi chiedeva, con molta gentilezza, cosa pensassi di ottenere prendendomela con chi la vede diversamente da me. E mi citava il profeta Geremia: all'uomo non appartiene nemmeno di dirigere il proprio passo. Geremia 10,23.

E io che ho fatto? Mi sono incazzato, certo. Ma poi ho fatto un'altra cosa, ed è quella di cui oggi, a diciassette anni di distanza, sono più fiero e più stanco. Mi sono seduto con quattro versioni diverse della Bibbia (la Nuova Riveduta, la CEI, la Diodati, la Vulgata in latino) e mi sono letto uno per uno tutti i passi sul sangue. Genesi, Levitico, Deuteronomio, Samuele, Atti

degli Apostoli, i Vangeli. Per capire. Per trovare la versione più forte del loro argomento, non solo del mio. Ne è uscito un capitolo di *Hestia* che si intitola, non a caso, «Sangue di Dio!».

Tenetevelo in mente, questo gesto, perché è il cuore del problema di stasera.

Ecco, questa è una parte del primo mucchio di fatti, quella mia e soggettiva. Per chi volesse approfondire, *Hestia* è una lettura interessante. Da qui in poi inizia il secondo mucchio; io parlo il meno possibile e parlano loro, i Testimoni di Geova.

I Testimoni di Geova sono un movimento cristiano nato negli Stati Uniti a fine Ottocento, con sede mondiale oggi a Warwick, nello stato di New York.[6] Nel 2025, secondo il loro rapporto ufficiale, la punta massima di proclamatori nel mondo era 9.205.326. In Italia 252.521: circa uno ogni 234 abitanti.[7] Non stiamo parlando di quattro gatti.

Sono guidati da un piccolo gruppo di uomini, il Corpo Direttivo, che interpreta le Scritture per tutti gli altri. E su tante cose hanno idee loro. Per esempio, Gesù per loro non è morto su una croce. Nella loro traduzione della Bibbia è un «palo di tortura»; sul sito ufficiale, «un palo diritto».[8,9] Tenetevelo, il palo, che ci torna utile alla fine.

Veniamo al sangue. Il punto di partenza sono i versetti che mi ero letto per bene in ospedale: Genesi 9,4, il comando a Noè di non mangiare la carne con il suo sangue, e soprattutto Atti 15,29, dove gli apostoli dicono ai primi cristiani di «astenersi dal sangue». Il resto del mondo cristiano, cattolici, ortodossi, protestanti, lo ha sempre letto come una regola alimentare: tant'è che gli ortodossi, nel 692, ne fecero un canone contro chi mangia sanguinacci (peccato: il Blutwurst della Schlachtplatte del Törggelen e il boudin valdostano sono tra le cose più ghiotte che la gastronomia alpina offra).[10] I Testimoni no: per loro vale anche per la medicina, e una trasfusione equivale a mangiare sangue.

Adesso la cronologia, e ogni data viene da una loro pubblicazione.

1945. *La Torre di Guardia* del 1° luglio 1945 spiega «diffusamente» la posizione cristiana sulla santità del sangue. Comincia il rifiuto delle trasfusioni.[11 (p. 183)]

1961. Il rifiuto diventa obbligo, con una sanzione. Nella rubrica *Domande dai lettori* della *Torre di Guardia* del 15 gennaio 1961 qualcuno chiede se un battezzato che accetta una trasfusione può essere disassociato, cioè espulso dalla congregazione. La risposta comincia così: le Scritture ispirate rispondono di sì.[12] E da quel momento chi accetta una trasfusione viene espulso, e da espulso va evitato.

1967. Anche i trapianti d'organo vengono vietati. La *Torre di Guardia* del 15 novembre 1967 dice che chi si sottopone a un trapianto vive della carne di un altro essere umano. Testuale: «È cannibalismo».[13]

1980. Contrordine sui trapianti. La *Torre di Guardia* del 15 marzo 1980 dice che il trapianto è una questione di coscienza, da decidere per conto proprio.[14 (p. 31)] Tredici anni di cannibalismo, e poi non più. Una cosa vietata ieri è permessa oggi, e fra le due date c'è gente morta.

1994. Il numero di *Svegliatevi!* del 22 maggio 1994 esce con una copertina intitolata «Giovani che hanno messo Dio al primo posto». Dentro ci sono le storie di ragazzi e bambini Testimoni che hanno rifiutato il sangue. Diversi sono morti. La presentazione dice che un tempo migliaia di giovani morivano per mettere Dio al primo posto, e che lo fanno ancora oggi, solo che adesso il dramma si svolge negli ospedali e nei tribunali.[15] Le ho lette, quelle storie, una per una. Leggetele anche voi, sono in bibliografia, come al solito – fatevi voi un'opinione. La mia è piuttosto netta, ma qui non stiamo parlando delle mie opinioni.

E fermatevi un secondo su questa cosa. Non è un sito di ex Testimoni di Geova arrabbiati a mettere quei ragazzi in copertina. È la rivista ufficiale. E li presenta come esempi di pio martirio.

2000 e 2004. Primo ammorbidimento. Il sangue, spiegano, è fatto di quattro «componenti principali»: globuli rossi, globuli bianchi, piastrine e plasma. Quelli restano vietati. Ma da quei componenti si possono estrarre delle «frazioni», come l'albumina, le immunoglobuline, i fattori della coagulazione. Sulle frazioni ciascun cristiano deve decidere secondo coscienza.[16] Nel 2004 lo ribadiscono con una frase netta: accettare sangue intero, o uno qualsiasi dei quattro componenti principali, «viola la legge di Dio».[17]

Tenete a mente anche questa frase: viola la legge di Dio.

Marzo 2026. Nell'*Aggiornamento dal Corpo Direttivo* numero 2 annunciano che usare il proprio sangue, conservarlo e ritrasfonderlo durante un intervento diventa una scelta personale. La Bibbia, dicono, non dice nulla sull'uso del proprio sangue per autotrasfusioni.[18]

18 settembre 2026. *Aggiornamento dal Corpo Direttivo* numero 6. Ve lo leggo dai sottotitoli ufficiali italiani. Il Corpo Direttivo ha deciso che lo stesso principio si applica anche ai quattro componenti principali del sangue: globuli rossi, globuli bianchi, plasma e piastrine, presi da un'altra persona. Da oggi ogni cristiano decide da sé se accettarli. E anche se donarli. Il sangue intero no: quello resta vietato, sia riceverlo sia donarlo.[19,20]

La motivazione ufficiale è che la Bibbia non parla dei prodotti che si possono ricavare dal sangue, e non si può «andare oltre ciò che è scritto». E nel video c'è anche un'indicazione su come ragionare per decidere. Ve la leggo testuale, perché è la frase su cui passeremo il resto della serata:

«Alcuni componenti principali costituiscono una percentuale del sangue intero più piccola di certe frazioni che magari alcuni di noi potrebbero già essere disposti ad accettare.»[19]

Insieme al video hanno pubblicato una scheda informativa, «Prodotti ricavati dal sangue intero». Ve la riassumo. Plasma: circa il 55% del sangue intero. Globuli rossi: circa il 45%. Albumina, che è una frazione: circa il 2%. Immunoglobuline, frazione: circa l'1%. Globuli bianchi: meno dell'1%. Piastrine: meno dell'1%.[21]

Il portavoce ufficiale, Paul Gillies, ha detto alla stampa che il sangue resta sacro per i Testimoni.[22,23] E in Italia qualche titolo ha scritto «sì alle trasfusioni», che non è vero: il sangue intero è vietato come prima.[24]

Ecco. Questi sono i fatti. Adesso posso smettere di essere freddo. Perché, di nuovo: una cosa vietata ieri è permessa oggi, e fra le due date c'è gente morta.

IL NODO

Rileggiamo mia zia.

Il passaggio chiave è questo: «è emerso che questi quattro componenti principali del sangue contengono una frazione minima di sangue, e alcuni di questi ne contengono meno che alcune frazioni».

Bisogna sul serio essere imbecilli. E lo dico con affetto, zia, ma lo dico.

Smontiamola in tre pezzi, dal più piccolo al più grosso.

Primo pezzo: «è emerso». Non è emerso un cazzo. Che il plasma sia più o meno metà del sangue e le piastrine una parte minuscola lo sapevano i medici del 1945, quelli del 1961 e quelli del 2004, quando la vostra dannata *Torre di Guardia* scriveva che accettare le piastrine viola la legge di Dio. Non c'è nessuno studio nuovo. E infatti il video ufficiale non parla di scienza: dice che il Corpo Direttivo ha deciso «dopo aver pregato ulteriormente».[19] Mia zia attribuisce alla medicina una scoperta che il Corpo Direttivo attribuisce alla preghiera, BIOPARCO. Nessuno dei due ha scoperto niente.

Secondo pezzo: «contengono una frazione minima di sangue». Qui c'è l'errore logico, ed è da manuale. C'è una bella differenza tra *quanta parte del sangue è una cosa* e *quanto sangue c'è dentro una cosa*. Le piastrine sono meno dell'1% del sangue intero. Ma una sacca di piastrine è fatta al cento

per cento di roba che viene dal sangue di un altro. Non «contiene poco sangue». È sangue, tutta, per definizione, che Aristotele vi strafulmini.

Tradotto da bar: la schiuma è una parte piccola della birra. Ma se vi servo un boccale di sola schiuma, non vi sto servendo un boccale che «contiene poca birra». Vi sto servendo birra. Quella cazzo di schiuma esce dalla stessa cazzo di spina. Qui nessuno misura quanto sangue c'è nella sacca. Stanno misurando quanto è grande la fetta. E la scheda ufficiale, va detto, questo errore non lo fa: parla correttamente di «percentuale del sangue intero».[21] Lo fa la zia, e secondo me lo fa perché la scheda è costruita apposta per indurlo. Metti in fila i numeri, piastrine sotto l'1%, albumina al 2%, e lasci che la gente ci arrivi da sola: se è così poco, non sarà mica peccato, no? A pensar male si fa peccato, ma spesso ci si indovina. E dire che mi ero ripromesso di non citare il Divo Giulio. Che comunque non l'ha detta per primo: l'aveva sentita da un cardinale, che l'aveva sentita da un papa.[25,26] Pure le citazioni, da queste parti, passano di mano in mano come le dottrine.

Terzo pezzo, il più grosso: la somma. Da qualche giorno un Testimone può accettare, in coscienza, globuli rossi. E plasma. E piastrine. E globuli bianchi. Tutti e quattro. Prendete la loro scheda e fate la somma: plasma 55, globuli rossi 45, e siete già a cento. Senza neanche contare le briciole. Ma se glieli dai tutti insieme, nella stessa sacca, cioè il sangue intero, allora no: quello resta vietato. E c'è una nota in fondo alla scheda, scritta in piccolo, come le cose importanti nei contratti: il sangue intero è fatto per l'ottanta per cento di acqua.[21] Quindi ricapitoliamo. I pezzi uno per uno, sì. Tutti insieme, no. E il tutto insieme è, per quattro quinti, acqua. Qualcuno avvisi il Corpo Direttivo che anche l'acqua, messa nella sacca giusta, diventa peccato.

Quattro cose lecite, messe insieme, fanno una cosa proibita. Puoi bere la schiuma. Puoi bere la birra che sta sotto. Ma guai se le bevi insieme, dallo stesso boccale: quello è peccato.

E c'è una beffa in più. La medicina, dagli anni Settanta, ha smesso quasi del tutto di trasfondere sangue intero: si separa il sangue donato nei suoi componenti e si dà a ciascun paziente quello che gli manca. È la cosiddetta terapia con emocomponenti. Le sacche che hanno tenuto in vita me erano quelle: globuli rossi e piastrine. Quindi, in pratica, oggi un Testimone può accettare quasi tutte le trasfusioni che un ospedale fa davvero, e continuare a vietarsi quella che si fa di meno. COMODO, no? Con un'eccezione: diversi centri traumatologici stanno tornando al sangue intero proprio per

i pazienti in shock emorragico. Cioè per chi sta morendo dissanguato, tipo dopo un incidente.[27]

Allora la domanda vera non è se questa dottrina sia coerente. Non lo è, e non servono gli occhi di un bioeticista per vederlo – basta un cervello normale. Che i conti non tornano lo scriveva già nel 1998 Osamu Muramoto sul *Journal of Medical Ethics*, e dalla Watch Tower gli rispondevano, sulla stessa rivista, che fraintendeva le loro credenze.[28,29] La domanda vera è un'altra, e sono due domande.

Io qui ho sempre cercato di fare la cosa difficile: prendere la versione più forte del loro argomento. Come nel capitolo 23, *Corpi estranei*, quando ci siamo chiesti se amputare una gamba sana a chi non la sente sua possa essere cura e non mutilazione. Il criterio è lo stesso: le intuizioni sono gratis, il ragionamento no. Allora facciamolo.

La versione più forte suona più o meno così.

Uno: il corpo è mio. Un adulto capace ha il diritto di rifiutare qualunque cura, anche se ne muore. In Italia è legge. La legge 219 del 2017, articolo 1, dice che ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, qualsiasi trattamento sanitario.[30] E io sono d'accordo, fino in fondo. Nel 2010, nei testi poi usciti in *Hestia*, scrivevo che ognuno deve disporre di sé come preferisce, e lo penso ancora.

Due: se ci credi davvero, è perfino razionale (con asterisco e note a piè di pagina). Se sei convinto che una trasfusione ti costi la vita eterna, rinunciare a qualche anno di vita qui per non perdere l'eternità è un calcolo che torna. È la scommessa di Pascal applicata a una sacca di sangue. Le note a piè di pagina: assumendo che possa esistere una giustificazione della premessa metafisica, non puoi dare dell'irrazionale a qualcuno solo perché parte da premesse che tu non condividi.

Tre, e questo è l'argomento più onesto che hanno: la loro ostinazione ha fatto bene anche a noi. Per curare pazienti che rifiutavano il sangue, i chirurghi hanno dovuto inventarsi tecniche per perderne di meno e per usarne di meno. Da lì è nato un pezzo di quello che oggi si chiama *patient blood management*, la gestione del sangue del paziente. Uno studio americano del 2012 ha confrontato 322 Testimoni operati al cuore con pazienti simili trasfusi: a un anno i Testimoni sopravvivevano un po' di più, 95% contro 89%, e a vent'anni non c'era differenza.[31] E una meta-analisi del 2019, su quasi 236.000 pazienti, ha trovato che i programmi di gestione del sangue riducono le trasfusioni del 39% e anche un po' la mortalità.[32]

Ecco. Questa è la versione forte, e l'ho fatta bene. Adesso guardiamo dove si rompe. Si rompe in tre punti.

Primo punto. Ricordate cosa dice il video del 18 settembre? Testuale: «Questa presa di posizione ha protetto i servitori di Geova spiritualmente e fisicamente».[19] Sullo «spiritualmente» non discuto: non ho strumenti per misurare le anime, e non ne ha nessuno, mi risulta. Ma «fisicamente» si misura. E i numeri dicono che è falso. Lo studio sul cuore riguarda interventi programmati, su pazienti selezionati, con settimane per prepararsi. Quando il sangue lo perdi tutto e subito, la storia è un'altra. Uno studio del 2002 su pazienti che rifiutavano la trasfusione dopo un intervento ha trovato che, fra i trecento scesi sotto gli 8 grammi di emoglobina, ogni grammo in meno moltiplica il rischio di morire per due volte e mezzo. Tra 4 e 5 grammi, moriva più di un paziente su tre.[33] Io, vi ricordo, ero arrivato a 4. E nei Paesi Bassi, tra le donne Testimoni che partoriscono, il rischio di morire è sei volte quello delle altre, e il rischio di morire per un'emorragia grave del parto è 130 volte più alto.[34]

Tradotto da bar: quello che la loro ostinazione ha insegnato alla medicina è vero, e ne beneficiamo tutti. Ma l'hanno pagato loro, in morti. Non c'è nessuna protezione fisica.

Secondo punto: i figli. Tutto quello che ho detto sull'autonomia vale per un adulto che decide per sé. Un bambino di due anni non decide niente. Nel 1944 la Corte suprema degli Stati Uniti, in una causa che guarda caso riguardava una Testimone di Geova, ha scritto una frase che vale la pena imparare a memoria: i genitori possono essere liberi di diventare martiri, ma non ne segue che siano liberi di martirizzare i loro figli.[35]

E non c'è bisogno di andare in America. Cagliari. Isabella Oneda nasce il 28 dicembre 1977, con una beta-talassemia major. È una malattia che si tiene sotto controllo con trasfusioni regolari, e per due anni i suoi genitori, cattolici, gliele fanno fare. Nel 1979 diventano Testimoni di Geova, e smettono. Il Tribunale per i minorenni ordina il ricovero forzato, la bambina viene trasfusa. Appena dimessa, le trasfusioni si fermano di nuovo. Un secondo ordine, del 3 marzo 1980, viene notificato e mai eseguito. A giugno Isabella arriva in ospedale d'urgenza e muore cinque ore dopo: insufficienza cardiaca acuta da anemia. Aveva circa due anni e mezzo.[36 (p. 22)] Figli della merda.

I genitori vengono condannati in primo grado, nel 1982, a quattordici anni per omicidio volontario. La Cassazione annulla, e alla fine la condanna è di tre anni e otto mesi, per omicidio colposo.[36 (p. 22)]

E poi c'è la copertina di *Svegliatevi!* del 1994, di cui abbiamo parlato. Bambini morti come esempi. Qui secondo me la lama taglia fino all'osso: non si tratta più di una persona che sceglie di rischiare. Un'organizzazione

mette in vetrina bambini morti come modelli da imitare per altri bambini. Vaffanculo, con proprio tutto il cuore.

Terzo punto, il più sottile: chi sta davvero scegliendo? Il pilastro della versione forte è l'autonomia: il corpo è mio, decido io. Ma dal 1961 al 2026 la regola non era «decidi tu».[37] Era: se accetti il sangue, sei fuori. Fuori dalla congregazione, e quindi fuori dalla famiglia, dagli amici, spesso da tutta la tua rete sociale, perché i Testimoni evitano chi viene espulso. Lo dicono loro stessi: con quella persona smettiamo di frequentarci.[38]

Allora chiediamoci: quanto è libera una scelta, quando dall'altra parte della bilancia c'è la morte sociale? Muramoto nel 1998 lo diceva così: l'idea che i Testimoni rifiutino il sangue in modo autonomo e uniforme va seriamente messa in discussione.[28] E c'è un dettaglio che lo conferma, ed è proprio il cambio di rotta sul sangue. Se la scelta di ciascuno fosse davvero sua, uscita dalla sua lettura della Bibbia, non cambierebbe in blocco, per milioni di persone, nello stesso giorno, perché un pugno di figli della merda a Warwick ha pregato ancora un po'. Una posizione che si aggiorna con un video non è una posizione. È adeguamento a una circolare.

Quindi, la mia risposta alla prima domanda. Un adulto che rifiuta il sangue per sé, informato, libero, senza una pistola sociale puntata alla testa: io lo rispetto, e lo difenderei davanti a un medico che volesse forzarlo. Il problema è che quell'adulto, libero davvero, è molto più raro di quanto la parola «autonomia» ci lasci credere. E sui figli non c'è niente da discutere: lì la convinzione personale smette di essere personale.

E c'è un'ultima cosa, che mi prude da quando ho finito di mettere in fila le date. Cannibalismo dal 1967 al 1980. Piastrine contro la legge di Dio fino al 17 settembre 2026, e dal 18 no. Chi è morto dentro quelle finestre di tempo è morto per una regola che poi è stata cambiata. Non per Dio. Per un maledetto calendario. E nessuno, in nessun aggiornamento, ha mai chiesto scusa a quei morti. Non che mi risulti, per lo meno. Pavidi conigli.

Adesso però devo girarmi contro me stesso, come faccio sempre. Perché qualcuno al bancone, a questo punto, ha tutto il diritto di dirmi: Spit, tu non sei credibile. Ti hanno fatto male, e adesso ti vendichi con le armi della bioetica.

Ha ragione a metà. Ed è la metà interessante.

C'è un'idea di oggettività che il filosofo Thomas Nagel ha chiamato «la visione da nessun luogo»: guardare le cose da fuori, da nessun punto in particolare, come se chi guarda non avesse un corpo, una storia, una famiglia.[39] È un ideale bellissimo. E nessuno ci ha mai vissuto dentro.

Nel 1988 la filosofa Donna Haraway gli ha dato un nome meno lusinghiero: il «trucco di Dio». Fingere di vedere tutto da ovunque e da nessuna parte. La sua proposta è che l'oggettività vera non consiste nel far finta di non avere un punto di vista, ma nel dichiararlo, nel risponderne, e nel metterlo accanto ad altri punti di vista parziali, per vedere insieme a loro senza pretendere di essere loro.[40]

Tradotto da bar: chi ti dice «io sono neutrale» di solito ti sta vendendo la sua posizione con l'etichetta di un'altra.

Io non sono neutrale. Su questa storia non lo sarò mai. Il mio punto di vista è situato, anzi, è stato ricoverato in ematologia, stanza 22. E far finta che non lo sia sarebbe la cosa più ipocrita che potrei fare stasera.

Ma essere situati non vuol dire essere autorizzati a dire qualunque cosa. Vuol dire fare più fatica, non meno. Per questo stasera ho fatto le cose in un certo ordine: prima ho dichiarato da dove parlavo, poi ho tenuto separati i due mucchi di fatti, poi ho usato le loro fonti e non le mie, poi ho costruito la versione più forte del loro argomento, e solo alla fine ho detto dove secondo me si rompe. È esattamente quello che facevo nel 2010 con quattro Bibbie sul letto d'ospedale. È una fatica della madonna. E io l'ho fatta per diciassette anni.

E qui arriva la cosa che mi interessa di più, perché riguarda anche voi. Per tutto questo tempo ho pensato che la mia rabbia fosse il problema. Il rumore che disturba il segnale, la cosa da togliere per poter ragionare. E la gentilezza, il tono compassato, la calma: il prezzo da pagare per essere preso sul serio.

La filosofa Amia Srinivasan, in un articolo del 2018 che si intitola «L'appropriatezza della rabbia», contesta esattamente questa idea. La risposta classica a chi si arrabbia per un'ingiustizia è: la tua rabbia è controproducente, così non convinci nessuno. Lei distingue: una cosa è chiedersi se la rabbia *serve*, un'altra è chiedersi se è *appropriata*. E la rabbia può essere giusta, adeguata ai fatti, anche quando non serve a niente. Anzi: chiedere a chi ha subito un torto di stare calmo per essere più efficace è un modo di fargli pagare un'altra tassa, sopra quella che ha già pagato.[41]

Tradotto da bar: la mia rabbia non è una distorsione dei fatti. È un modo di vederli. Sta dentro il quadro, non fuori.

Quindi il patto che vi propongo stasera è questo. L'oggettività la tengo sui fatti: date, numeri, citazioni, e se ne sbaglio uno correggetemi. La rabbia la tengo sul giudizio, e ve la dichiaro, perché è mia e me ne sono guadagnato il diritto. Quello che non farò mai più è fingere di non averla per sembrare un bravo bambino.

INTANTO, DA NOI

Torniamo al presente, e a quello che succede in Italia a un bambino figlio di Testimoni che ha bisogno di sangue.

La legge 219 del 2017 dice che per il minore il consenso lo danno i genitori, tenendo conto della volontà del figlio in base alla sua età e maturità, ma con uno scopo preciso: «la tutela della salute psicofisica e della vita del minore». E se i genitori rifiutano una cura che il medico ritiene appropriata e necessaria, la decisione passa al giudice tutelare.[30] Tradotto da bar: nel nostro sistema la fede dei genitori non ha l'ultima parola sulla vita dei figli. Ce l'ha un giudice. E la vita del figlio sta scritta nella legge come scopo del giudizio.

In pratica funziona, ma non senza attriti. 2019, Legnano, una bambina di nove o dieci mesi con un ematoma cerebrale dopo una caduta: i genitori rifiutano la trasfusione, e alle tre di notte, a intervento in corso, un magistrato del Tribunale per i minorenni di Milano la autorizza.[42,43] Un anno dopo la Corte d'Appello revoca il decreto, dicendo che il semplice disaccordo dei genitori con le trasfusioni non basta a dimostrare che siano genitori inadeguati.[44,45] La bambina, intanto, era viva. Se poi la trasfusione gliel'abbiano fatta davvero, non è nemmeno chiaro: le cronache del 2019 dicono di sì, quelle del 2020 dicono che durante l'intervento l'ospedale non la fece. Nel caso, chissà quale dio misericordioso l'avrebbe spedita all'inferno, per quella trasfusione.

Nel 2025 la Cassazione ha confermato la nomina di un curatore speciale per le decisioni sanitarie di un ragazzo di quindici anni che, insieme ai genitori, rifiutava il sangue dopo un incidente in motorino.[46]

E sugli adulti? La Cassazione nel 2008 ha detto che un cartellino in tasca con scritto «niente sangue» esprime una volontà astratta, non concreta: il rifiuto per valere deve essere espresso, inequivoco, attuale, informato.[47] E adesso, piccolo dettaglio pratico, i Testimoni dovranno aggiornare tutte le loro direttive anticipate, perché da qualche giorno quello che c'era scritto sopra non vale più.

Adesso il punto che più mi interessa: l'uscita. Perché il vero strumento di potere non è il divieto del sangue. È quello che succede a chi se ne va.

Nel 2024 hanno ammorbidito le parole. Non si dice più «disassociato», si dice «rimosso dalla congregazione», e adesso chi viene rimosso si può persino salutare – magnanimi. Ma la sostanza resta: con quella persona si smette di stare insieme.[38] In Norvegia lo Stato ha provato a togliere ai Testimoni la registrazione e i fondi pubblici proprio per questo ostracismo. Primo grado allo Stato, appello ai Testimoni, e nell'aprile 2026 la

Corte suprema norvegese ha dato ragione ai Testimoni: all'unanimità sui minori, tre giudici contro due sul diritto di andarsene.[48]

Ve lo dico perché è giusto dirlo, anche se non mi piace: un tribunale serio, dopo averci pensato, si è diviso. Ci sono studi, piccoli, su ex Testimoni che raccontano l'ostracismo come un lutto per persone ancora vive, con danni alla salute mentale che durano anni.[49,50] E c'è un'indagine su più di seicento ex membri di gruppi religiosi chiusi, due terzi dei quali ex Testimoni, in cui la maggioranza dice che dopo l'uscita la salute mentale è migliorata, ma circa tre su dieci dicono che è peggiorata.[51]

Tradotto da bar: uscire fa bene a molti e malissimo ad alcuni – probabilmente per le stesse ragioni. E quasi a tutti costa tantissimo. Ed è questo il prezzo che chi resta usa, senza nemmeno doverlo dire, per tenere dentro chi vorrebbe andarsene.

E la domanda che vi lascio per l'attualità è questa. Dal 18 settembre 2026, in tutto il mondo, ci sono persone che fino al giorno prima avrebbero rischiato la morte sociale per una sacca di piastrine, e oggi possono accettarla con la benedizione di Warwick. E soprattutto ci sono genitori che hanno lasciato morire un figlio per una regola che adesso non c'è più. Che cosa dicono stasera quei genitori ai loro morti?

L'ULTIMO GIRO

E adesso la parte per cui non mi serve nessuna fonte.

Vi avevo promesso che ci arrivavamo: anch'io credo in un sacco di cose. Credo che le cose contino o non contino a prescindere da chi tiene il conto. È quello che ci siamo detti nel capitolo 32, *Timmy!*: un gesto può essere giusto o sbagliato mentre lo fai, senza bisogno che ci sia qualcuno a guardarti. Nessun testimone, nessun archivio dell'universo, nessun aldilà. Se tu vuoi crederci, fai pure, ma ti prego: non far morire gente in nome della tua personale metafisica.

Il mio criterio per decidere in cosa credere riguarda il qui, l'oggi, quello che mi sta intorno. Il sangue di tanti sconosciuti nelle mie vene dal 2009. Franco il baffo che non c'è più. Le ragazze e i ragazzi che si sono fatti bucare il braccio senza sapere per chi. A me non serve la minaccia dell'inferno per non essere un figlio della merda, né la promessa del paradiso per scegliere di comportarmi da persona decente. Ed è per questo che il «solo per lui» di alcuni miei parenti mi fa più schifo di qualunque versetto: perché lì non c'era nemmeno Dio a cui dare la colpa.

Io questa croce non la porto più, non sono mica Gesù Cristo – come cantano la Bull Brigade e Giancane in *Lividi*.[52] Che comunque, per i Testi-

moni, di croci non ce ne sono. Al massimo un palo. Diritto, perché non sanno tradurre il greco. Ecco, questa, il sangue e i Testimoni di Geova, è la mia croce. O il mio palo, fate voi. Per diciassette anni me la sono portata addosso in silenzio, con la gentilezza e con la fatica di essere bravo. Stasera l'ho appoggiata qui sul bancone, e vi ho fatto vedere com'è fatta. Non ho più intenzione di riprenderla in spalla.

L'ultimo pensiero, però, non è per chi resta dentro. È per chi esce.

Un cinque alto, enorme, a Giorgia, mia cugina, e a Giorgio, suo marito. Hanno deciso di uscirne, sapendo benissimo cosa voleva dire: l'ostracismo, la rete di amici e di famiglia che si spacca, la gente con cui sei cresciuto che smette di frequentarti. E l'hanno fatto lo stesso. Il cinque alto va a loro, e a tutte le persone che in questo momento, dentro questa setta del cazzo o dentro altre uguali o peggiori, stanno trovando il coraggio di andarsene. Non siete soli. C'è un mondo, fuori.

E a te, zia, che in fondo al vocale mi chiedevi se eri stata chiara. Sì, zia. Chiarissima.

Se avete tra i 18 e i 35 anni e pesate più di 50 chili, andate sul sito di ADMO e iscrivetevi al registro dei donatori di midollo. Non per me: io il mio donatore non l'ho mai trovato, e sono qui lo stesso. Per qualcuno che non conoscerete mai. E se potete, donate sangue. Intero, in componenti, come volete: qui al bar sulla composizione dei cocktail non ci formalizziamo.

Bibliografia

1. Spitale G. *Hestia. Come sopravvivere alla fine del mondo (o quantomeno del proprio)*. Il Poligrafo; 2017.
2. Midollo osseo, 24mila giovani iscritti al registro donatori in 8 mesi. *ANSA.it*. 21 settembre 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2026/09/21/midollo-osseo-24mila-giovani-iscritti-al-registro-donatori-in-8-mesi_d22aa6ee-2b4d-4c71-ba57-60ad59b4cc5b.html
3. ADMO. Domande frequenti sulla donazione di midollo osseo. ADMO. Consultato 16 ottobre 2026. https://admo.it/domande-frequenti-donazione-midollo-osseo/
4. Domande dai lettori. *La Torre di Guardia*. Pubblicato online 15 maggio 1984:30-31.
5. Religious and Ethical Position on Medical Therapy. jw.org (Medical Library). Consultato 16 ottobre 2026. https://www.jw.org/en/medical-library/medical-information/ret/religious-ethical-position/
6. Proclaiming the Lord's Return (1870-1914). In: *I Testimoni di Geova proclamatori del Regno di Dio*. 1993. Consultato 16 ottobre 2026. https://wol.jw.org/en/wol/d/r1/lp-e/1101993006
7. *2025 Service Year Report of Jehovah's Witnesses Worldwide*. jw.org; 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.jw.org/en/library/books/2025-Service-Year-Report-of-Jehovahs-Witnesses-Worldwide/2025-Grand-Totals/
8. Gesù morì su una croce? jw.org. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.jw.org/it/cosa-dice-la-Bibbia/domande/ges%C3%B9-mor%C3%AC-su-una-croce/
9. Matteo 27. In: *Traduzione del Nuovo Mondo delle Sacre Scritture (edizione per lo studio)*. Consultato 16 ottobre 2026. https://wol.jw.org/it/wol/b/r6/lp-i/nwtsty/40/27

10. Council in Trullo (A.D. 692). In: *Nicene and Post-Nicene Fathers, Second Series*. Vol 14. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.newadvent.org/fathers/3814.htm
11. Recognized by Our Conduct. In: *I Testimoni di Geova proclamatori del Regno di Dio*. 1993:172-187. Consultato 16 ottobre 2026. https://wol.jw.org/en/wol/d/r1/lp-e/1101993015
12. Domande dai lettori. *La Torre di Guardia*. Pubblicato online 15 gennaio 1961:63-64.
13. Domande dai lettori. *La Torre di Guardia*. Pubblicato online 15 novembre 1967:702-704.
14. Domande dai lettori. *La Torre di Guardia*. Pubblicato online 15 marzo 1980:31.
15. Giovani che hanno messo Dio al primo posto. *Svegliatevi!*. Pubblicato online 22 maggio 1994:2-15.
16. Domande dai lettori. *La Torre di Guardia*. Pubblicato online 15 giugno 2000:29-31.
17. Domande dai lettori. *La Torre di Guardia*. Pubblicato online 15 giugno 2004:29-31.
18. *Aggiornamento dal Corpo Direttivo n. 2 (2026)*. jw.org; 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.jw.org/it/news/area-geografica/dal-mondo/Aggiornamento-dal-Corpo-Direttivo-n-2-2026/
19. *Aggiornamento dal Corpo Direttivo n. 6 (2026)*. jw.org; 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.jw.org/it/news/area-geografica/dal-mondo/Aggiornamento-dal-Corpo-Direttivo-n-6-2026/
20. In che modo i Testimoni di Geova mostrano rispetto per la vita? jw.org. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.jw.org/it/biblioteca-digitale/articoli/altri-argomenti/testimoni-geova-sangue/
21. *Products Derived From Whole Blood*. jw.org; 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.jw.org/en/library/series/more-topics/products-derived-from-whole-blood/
22. *Jehovah's Witnesses: Each Witness Now Decides Whether to Accept or Donate Main Blood Components*. jw.org; 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.jw.org/en/global-communications/country/global-news/Jehovahs-Witnesses-Each-Witness-Now-Decides-Whether-to-Accept-or-Donate-Main-Blood-Components/
23. Associated Press. Jehovah's Witnesses allow blood-derived products but keep ban on whole-blood transfusions. *STAT*. 19 settembre 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.statnews.com/2026/09/19/jehovahs-witnesses-blood-derived-products-transfusions/
24. Svolta tra i Testimoni di Geova: sì alle trasfusioni del sangue, decide la coscienza del fedele. *La Sicilia*. 22 settembre 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.lasicilia.it/news/tendenze/3075504/svolta-tra-i-testimoni-di-geova-si-alle-trasfusioni-del-sangue-decide-la-coscienza-del-fedele.html
25. Chi l'ha detto? *Focus Storia*. 2017;(128). Consultato 16 ottobre 2026. https://archive.org/details/f-0cs-st-0r-n.-128
26. Di Michele S. E sui muri spuntò Bettino lo smilzo. *l'Unità*. 18 marzo 1992. Consultato 16 ottobre 2026. https://archive.org/details/unita_1992-03-18
27. Carmichael SP, Lin N, Evangelista ME, Holcomb JB. The Story of Blood for Shock Resuscitation: How the Pendulum Swings. *Journal of the American College of Surgeons*. 2021;233(5):644-653. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2021.08.001
28. Muramoto O. Bioethics of the refusal of blood by Jehovah's Witnesses: Part 1. Should bioethical deliberation consider dissidents' views? *J Med Ethics*. 1998;24(4):223-230. doi:10.1136/jme.24.4.223
29. Ridley DT. Jehovah's Witnesses' refusal of blood: obedience to scripture and religious conscience. *J Med Ethics*. 1999;25(6):469-472. doi:10.1136/jme.25.6.469
30. *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. 2017. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2017-12-22;219
31. Pattakos G, Koch CG, Brizzio ME, et al. Outcome of Patients Who Refuse Transfusion After Cardiac Surgery: A Natural Experiment With Severe Blood Conservation. *Arch Intern Med*. 2012;172(15). doi:10.1001/archinternmed.2012.2449
32. Althoff FC, Neb H, Herrmann E, et al. Multimodal Patient Blood Management Program Based on a Three-pillar Strategy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Surgery*. 2019;269(5):794-804. doi:10.1097/SLA.0000000000003095

33. Carson JL, Noveck H, Berlin JA, Gould SA. Mortality and morbidity in patients with very low postoperative Hb levels who decline blood transfusion. *Transfusion*. 2002;42(7):812-818. doi:10.1046/j.1537-2995.2002.00123.x
34. Van Wolfswinkel M, Zwart J, Schutte J, Duvekot J, Pel M, Van Roosmalen J. Maternal mortality and serious maternal morbidity in Jehovah's witnesses in the Netherlands. *BJOG*. 2009;116(8):1103-1110. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02191.x
35. *Prince v. Massachusetts*. U.S. 321, 158 (Supreme Court of the United States 1944). Consultato 16 ottobre 2026. https://www.law.cornell.edu/supremecourt/text/321/158
36. Di Costanzo C. Il dissenso alle emotrasfusioni a beneficio di una minore. Considerazioni in calce a un provvedimento del giudice tutelare del Tribunale di Firenze. *dirittoesalute.org*. Pubblicato online 2019. Consultato 16 ottobre 2026. http://www.dirittoesalute.org/wp-content/uploads/2019/12/03_il_dissenso_alle_emotrasfuzioni_a_beneficio_di_una_minore.pdf
37. Associated Press. Jehovah's Witnesses still ban most blood transfusions. *Deseret News*. 24 giugno 2000. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.deseret.com/2000/6/24/19514449/jehovah-s-witnesses-still-ban-most-blood-transfusions/
38. Aiutiamo chi è stato rimosso dalla congregazione. *La Torre di Guardia (edizione per lo studio)*. Pubblicato online agosto 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.jw.org/en/library/magazines/watchtower-study-august-2024/Help-for-Those-Who-Are-Removed-From-the-Congregation/
39. Nagel T. *The View from Nowhere*. 9. [Dr.]. Oxford University Press; 1986.
40. Haraway D. Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*. 1988;14(3):575. doi:10.2307/3178066
41. Srinivasan A. The Aptness of Anger. *J Political Philosophy*. 2018;26(2):123-144. doi:10.1111/jopp.12130
42. Accorsi A. Giudice ordina trasfusione a bimba figlia di testimoni di Geova: salvata a Legnano. *Malpensa24*. 25 settembre 2019. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.malpensa24.it/giudice-ordina-trasfusione-a-bimba-figlia-di-testimoni-di-geova-salvata-a-legnano-ospedale/
43. Bernasconi F. Testimoni di Geova negano la trasfusione alla figlia: salvata dal giudice e dai medici. *il Giornale*. 25 settembre 2019. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilgiornale.it/news/cronache/testimoni-geova-negano-trasfusione-figlia-salvata-giudice-e-1758090.html
44. Accorsi A. Trasfusione di sangue imposta dal giudice a Legnano: accolto il ricorso dei genitori. *Malpensa24*. 4 ottobre 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.malpensa24.it/trasfusione-di-sangue-imposta-dal-giudice-a-legnano-accolto-il-ricorso-dei-genitori-religione-fede/
45. Caso trasfusione: Testimoni Geova, appello a favore genitori. *ANSA.it*. 12 ottobre 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ansa.it/oltretevere/notizie/2020/10/12/caso-trasfusione-testimoni-geova-appello-a-favore-genitori_ba2f4a45-c691-42c7-8f57-f5100683076e.html
46. Maciocchi P. Trattamenti salvavita sul figlio di testimoni di Geova: legittimo il curatore. *Il Sole 24 Ore*. 7 febbraio 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ilsole24ore.com/art/legittimo-curatore-i-trattamenti-salvavita-figlio-testimoni-geova-AGOiknkC
47. *Cass. civ., sez. III, sentenza 15 settembre 2008, n. 23676*. EIUS (Corte di Cassazione, sez. III civile 2008). Consultato 16 ottobre 2026. https://www.eius.it/giurisprudenza/2008/127
48. Eide M. Jehovas vitner beholder statsstøtte og registrering som trossamfunn. Norges institusjon for menneskerettigheter (NHRI). 6 maggio 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.nhri.no/2026/jehovas-vitner-beholder-statsstotte-og-registrering-som-trossamfunn/
49. Ransom HJ, Monk RL, Heim D. Grieving the Living: The Social Death of Former Jehovah's Witnesses. *J Relig Health*. 2022;61(3):2458-2480. doi:10.1007/s10943-020-01156-8
50. Luther R. What Happens to Those Who Exit Jehovah's Witnesses: An Investigation of the Impact of Shunning. *Pastoral Psychol*. 2023;72(1):105-120. doi:10.1007/s11089-022-01051-x
51. Thoma MV, Rohner SL, Heim E, et al. Identifying well-being profiles and resilience characteristics in ex-members of fundamentalist Christian faith communities. *Stress and Health*. 2022;38(5):1058-1069. doi:10.1002/smi.3157

52. Bull Brigade, Giancane. *Lividi*. Motorcity Produzioni; 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://musicbrainz.org/release/877676e6-6efe-4aec-b908-db18db655a61

34

Piccole cavie

Willowbrook, l'epatite servita a merenda

Uscito il 14 ottobre 2026

AL BANCONE

Fine 1964, Staten Island, New York. In una cucina, una madre apre una lettera. La carta intestata è quella della Willowbrook State School, la più grande istituzione per bambini con disabilità intellettiva degli Stati Uniti. La lettera dice, con il garbo burocratico delle cattive notizie: siamo pieni, non ci sono posti per vostro figlio, il vostro nome è in lista d'attesa.

Per capire il peso di quella lettera bisogna capire cosa significava avere un figlio con una disabilità grave nell'America del 1964. Niente scuole che lo accettassero, niente servizi territoriali, niente sostegno a casa. Alle famiglie veniva detto, spesso dal pediatra stesso, che l'unica cosa da fare era istituzionalizzare. Willowbrook era la porta. E la porta era chiusa.

Poi arriva una seconda lettera. Stessa carta intestata, a volte una settimana dopo la prima. Dice: in realtà qualche posto ci sarebbe. Non nei padiglioni normali, quelli restano pieni. Nel reparto di ricerca sull'epatite. Se i genitori volessero considerare di offrire il loro bambino come volontario per lo studio, la domanda di ammissione potrebbe essere riconsiderata.[1]

Molti genitori firmano.

Cosa succedeva esattamente in quel reparto, chi lo dirigeva, e perché quindici anni dopo quella storia avrebbe cambiato per sempre le regole della ricerca medica, ve lo racconto tra poco. Vi anticipo solo due cose:

c'entra un bicchiere di latte al cioccolato, e c'entra un vaccino che quasi certamente avete nel braccio anche voi.

COM'È ANDATA

La Willowbrook State School apre nel 1947 su Staten Island. È progettata per 4.000 ospiti. Nel 1965 ne contiene più di 6.000, ed è diventata la più grande istituzione del suo genere del Paese.[2] All'epoca si chiamavano «schools for mental defectives» – scuole per deficienti mentali. Il vocabolario ve lo riporto com'era, perché è parte della storia: dice esattamente quanto valevano quei bambini agli occhi di chi li amministrava.

Le condizioni dentro Willowbrook le descrive un testimone d'eccezione. Nel settembre 1965 il senatore Robert Kennedy fa un'ispezione a sorpresa e ne esce sconvolto: parla di persone che vivono «nella sporcizia e nel sudiciume, con addosso stracci, in stanze meno confortevoli e accoglienti delle gabbie in cui mettiamo gli animali allo zoo». Davanti alle telecamere definisce Willowbrook uno «snake pit», una fossa dei serpenti.[2,3 (p. 23)]

Un inserviente ogni decine di bambini. Bambini nudi che si dondolano sui pavimenti di cemento. Feci ovunque. E, inevitabilmente, malattie infettive ovunque: morbillo, shigellosi, parassiti. E soprattutto epatite. Un bambino appena ammesso a Willowbrook si infettava di epatite entro sei, dodici mesi. Praticamente sempre.

In questo posto, a metà degli anni Cinquanta, arriva come consulente per le malattie infettive un pediatra della New York University. Si chiama Saul Krugman, ed è tutto tranne che un mostro da fumetto. Ai bambini di Willowbrook, va detto, ha anche fatto del bene: nei primi anni Sessanta sperimenta lì il vaccino contro il morbillo appena sviluppato dal gruppo di Enders, e funziona. Il morbillo, che nell'epidemia del 1960 aveva fatto a Willowbrook seicento casi e sessanta morti stando ai suoi resoconti, dal 1963 sparisce dall'istituto.[4]

Ma il morbillo è il capitolo secondario. Quello principale comincia nel 1956, quando Krugman decide di affrontare l'epatite.[5] E il modo che sceglie è questo: visto che i bambini si infettano comunque, tanto vale infettarli apposta, in condizioni controllate, e studiare tutto.

Funziona così. I nuovi ammessi arruolati nello studio entrano in un reparto separato, sedici letti, pulito, ben attrezzato, con personale dedicato.[1] Lì viene somministrato loro un estratto preparato dalle feci di altri bambini malati di epatite, diluito e mescolato in una bevanda. In diverse ricostruzioni, latte al cioccolato.[2] Nelle fasi successive dello studio si passa alle iniezioni di siero infetto. I bambini si ammalano, i ricercatori osserva-

no, misurano, raccolgono dati. Le ricostruzioni parlano di circa settecento bambini arruolati in quindici anni di studi.[5]

Perché – e qui la storia si fa scomoda – la scienza che esce da quel reparto è enorme. È a Willowbrook che Krugman e i suoi dimostrano che «l'epatite» in realtà è due malattie diverse: due ceppi, MS-1 e MS-2, quelle che oggi chiamiamo epatite A ed epatite B.[6] Trasmissione diversa, incubazione diversa, immunità diversa. È a Willowbrook che si dimostra che la gamma globulina protegge dall'infezione. Ed è a Willowbrook, nel 1970, che Krugman fa bollire il siero infetto, scopre che perde l'infettività ma mantiene la capacità di indurre immunità, e produce di fatto il prototipo del vaccino contro l'epatite B.[7] Il vaccino che oggi viene somministrato ai neonati di mezzo mondo discende in linea diretta da quegli esperimenti.

I dubbi però esistono da subito, e crescono. Nel 1966 Henry Beecher pubblica sul *New England Journal of Medicine* il suo famoso articolo sulle ricerche non etiche condotte in istituzioni rispettabili: ventidue esempi, e Willowbrook è uno di questi.[8] Nel 1971 la miccia arriva alla polveriera: un medico inglese, Stephen Goldby, scrive al *Lancet* che l'intero studio di Krugman è ingiustificabile, qualunque siano i risultati.[4] Krugman risponde. Si accodano altri: Pappworth all'attacco, Edsall in difesa.[4,9,10] Il *Lancet*, che quegli studi li aveva pubblicati senza fiatare, risponde a Goldby dandogli ragione: la speranza di prevenire l'epatite non poteva giustificare la somministrazione di materiale infetto a bambini che non ne avrebbero avuto alcun beneficio diretto.[11]

Anni dopo, Maurice Hilleman – il più grande vaccinologo del ventesimo secolo, uno che di vaccini ne ha sviluppati una quarantina – userà per gli studi di Willowbrook una formula che non ha bisogno di commenti: «gli esperimenti medici più non etici mai condotti su bambini negli Stati Uniti».[12,13 (p. 27)]

Questa è la scena. Un istituto infernale, un medico stimato, settecento bambini, una scienza che funziona. Adesso mettiamoci al bancone e facciamo quello per cui siamo qui: capire dove esattamente questa storia si rompe.

IL NODO

Partiamo dalla cosa più scomoda: gli argomenti di Krugman non sono stupidi. Vale la pena metterli sul bancone uno per uno, perché se li liquidiamo come follia di un mostro non capiamo niente di questa storia.

Primo: quei bambini si sarebbero infettati comunque. L'epatite a Willowbrook era ovunque, un nuovo ammesso la prendeva entro sei, dodici

mesi. Secondo: nel reparto ricerca stavano oggettivamente meglio. Pulito, personale abbondante, isolati dalla shigellosi e dai parassiti che giravano nei padiglioni normali. Un'infezione controllata, con assistenza medica dedicata, invece di un'infezione selvaggia sul pavimento di un dormitorio. Terzo: nei bambini l'epatite è in genere più mite che negli adulti. Quarto: i genitori avevano firmato, dopo riunioni informative, con tempo per pensarci, e lo studio era stato approvato da una fila di comitati con nomi importanti.[4]

Messi in fila così, funzionano. Ed è esattamente per questo che Willowbrook è più istruttiva di Mengele: qui non c'è un sadico, c'è un ragionamento. Quindi prendiamolo sul serio, e smontiamolo.

Tutti e quattro gli argomenti poggiano su una parola: *comunque*. Si sarebbero infettati comunque. È la natura di Willowbrook, e contro la natura che ci puoi fare? Aspetta un attimo, però. Chi l'ha fatta, quella natura? L'epatite non era endemica a Staten Island. Era endemica a Willowbrook, perché lo Stato di New York aveva stipato seimila bambini in un posto costruito per quattromila, con personale insufficiente per lavarli, nutrirli, portarli in bagno. L'inevitabilità dell'infezione non era un fatto di natura: era il prodotto di una negligenza istituzionale che durava da anni e che nessuno aveva intenzione di sanare.

E c'è un dettaglio che rende il *comunque* ancora più fragile. Una protezione parziale esisteva già: la gamma globulina, la cui efficacia era stata dimostrata proprio nei primi studi di Willowbrook. Dal settembre 1966 l'istituto la somministra di routine a ogni nuovo ammesso, e i casi di epatite conclamata crollano dell'80-85%. Nota a margine, mica tanto a margine: al personale dell'istituto la profilassi di routine era arrivata *prima* che ai bambini. Eppure il reparto ricerca continua ad arruolare e infettare nuovi bambini fino al 1972, per altri sei anni, mentre là fuori l'inevitabile era già diventato evitabile.[1,5]

Questo è il meccanismo da tenere a mente, perché è il cuore della storia: l'istituzione crea le condizioni che rendono il danno inevitabile, e poi usa quell'inevitabilità come licenza etica per sfruttare i corpi che ci vivono dentro. Il dovere di un pediatra davanti a Willowbrook, scrive Goldby nel 1971, è migliorare quella situazione, non trasformarla nel proprio vantaggio sperimentale.[4] E Pappworth pianta il chiodo fino in fondo: i medici sperimentatori non hanno mai il diritto di scegliere martiri per la società.[9]

E il consenso? C'era, formalmente impeccabile. Ma torniamo alle due lettere dell'inizio. Prima lettera: non c'è posto per vostro figlio, siete in lista d'attesa. Seconda lettera, a volte una settimana dopo: veramente qualche

posto ci sarebbe, nel reparto epatite, se voleste considerare di offrire vostro figlio come volontario.[1] Ora mettiti nei panni di quei genitori. Hai un figlio con una disabilità grave, che non riesci più a gestire a casa, in un'America che non ti offre nessuna alternativa. Ti dicono che l'unica porta aperta è quella del reparto sperimentale. Quella firma è un consenso o è un pedaggio?

Le due lame tagliano la stessa corda. La vulnerabilità che giustifica l'esperimento è fabbricata dall'istituzione, e il consenso che lo legittima è estratto dalla stessa disperazione fabbricata. Il sistema si autoassolve usando come prove le condizioni del proprio crimine. E la domanda che rimane sul bancone, quella vera, è: il bene comune può comprare qualcosa, a questo prezzo? O meglio: chi ha reso vulnerabile qualcuno può poi presentarsi alla cassa a riscuotere, in nome dell'umanità?

INTANTO, DA NOI

Willowbrook non finisce con le lettere al *Lancet*. Finisce con una telecamera. Nel gennaio 1972 un giovane cronista di nome Geraldo Rivera entra nei padiglioni con una troupe, aiutato da un medico dell'istituto che era appena stato licenziato per aver organizzato i genitori.[3 (pp. 16 e 44)] Il documentario si intitola *Willowbrook: The Last Great Disgrace*, e mostra all'America in prima serata quello che Kennedy aveva raccontato a parole sette anni prima.[14] Lo scandalo è nazionale. Due mesi dopo parte la class action, New York ARC contro Rockefeller.[15] Nel 1975 arriva il consent decree che impone lo smantellamento progressivo. Gli ultimi residenti escono nel 1987, dodici anni dopo il consent decree, e Willowbrook chiude per sempre.[16]

Ma la vera eredità è normativa, e ci riguarda tutti. Willowbrook esplode nella stessa stagione di Tuskegee – ne ho parlato nel capitolo 27, *Sangue cattivo*, e queste due storie sono sorelle. Insieme, questi scandali producono il National Research Act del 1974, il Belmont Report del 1979, e le regole federali che oggi proteggono in modo speciale i bambini nella ricerca: un minore può essere esposto a più di un piccolo aumento sul rischio minimo solo se c'è la prospettiva di un beneficio diretto per lui.[2,17 (§ 46.405-46.406)] Non per la scienza. Per lui. Quella regola è la lapide giuridica del reparto epatite di Willowbrook.

E funziona, nel senso che la lezione si può fare nel modo giusto. Nel 2021, in piena pandemia, sono ripartiti gli human challenge trials: persone infettate deliberatamente con SARS-CoV-2 per studiare la malattia. Adulti, sani, informati fino allo sfinimento, pagati, liberi di andarsene, selezionati

per rischio minimo.[18] L'infezione deliberata non è vietata in sé. È vietata quando il corpo che la riceve non ha voce per rifiutarla.

E Krugman? Krugman non ha mai chiesto scusa. Ha difeso gli studi per tutta la vita, sostenendo fino all'ultimo che erano etici e giustificati.[19] Nel 1972, mentre Willowbrook crollava sotto lo scandalo, la American Pediatric Society lo ha eletto presidente.[2,5] Nel 1983 ha ricevuto il Lasker per il servizio pubblico. Lo stesso anno, lo stesso premio, è andato anche a Maurice Hilleman.[20] La comunità scientifica non lo ha punito. Lo ha premiato, e ha continuato a premiarlo fino alla fine.

L'ULTIMO GIRO

Resta l'ultimo argomento, quello che nessuno dice ad alta voce ma tutti pensano: però il vaccino funziona. È vero. Se siete nati in Italia dopo il 1991, l'epatite B ve l'hanno tolta dal destino con tre punture nel primo anno di vita.[21,22] Il conto di quella protezione è stato pagato a Willowbrook, da bambini che non potevano firmare, offerti da genitori che non potevano davvero scegliere. Noi siamo i beneficiari di quel credito. Tutti quanti.

Pappworth, in quella lettera del 1971, ha scritto la frase che chiude il cerchio: un esperimento è etico o non etico nel momento in cui comincia, e non lo diventa dopo, per il fatto di essere riuscito.[9] Il successo non assolve. Il beneficio non retrodata il consenso.

Due lettere, una settimana di distanza. Nella prima non c'è posto per tuo figlio. Nella seconda un posto c'è, basta firmare. Cinquant'anni di bioetica, in fondo, servono a una cosa sola: che nessuno debba mai più aprire la seconda lettera.

Bibliografia

1. Ramsey P. Judgment on Willowbrook. In: *The Patient as Person: Explorations in Medical Ethics*. Yale University Press; 1970.
2. Rosenbaum L. The Hideous Truths Of Testing Vaccines On Humans. *Forbes*. Pubblicato online 12 giugno 2020. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.forbes.com/sites/leahrosenbaum/2020/06/12/willowbrook-scandal-hepatitis-experiments-hideous-truths-of-testing-vaccines-on-humans/
3. Rothman DJ, Rothman SM. *The Willowbrook Wars*. Harper & Row; 1984. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/willowbrookwars00roth
4. Krugman S. EXPERIMENTS AT THE WILLOWBROOK STATE SCHOOL. *The Lancet*. 1971;297(7706):966-967. doi:10.1016/S0140-6736(71)91462-0
5. Elliott C. The Horrors of Hepatitis Research. *The New York Review of Books*. 2024;71(18). Consultato 16 ottobre 2026. https://www.nybooks.com/articles/2024/11/21/the-horrors-of-hepatitis-research-dangerous-medicine-sydney-halpern/
6. Krugman S. Infectious Hepatitis: Evidence for Two Distinctive Clinical, Epidemiological, and Immunological Types of Infection. *JAMA*. 1967;200(5):365. doi:10.1001/jama.1967.03120180053006

7. Krugman S. Viral Hepatitis, Type B (MS-2 Strain): Studies On Active Immunization. *JAMA*. 1971;217(1):41. doi:10.1001/jama.1971.03190010023005
8. Beecher HK. Ethics and Clinical Research. *N Engl J Med*. 1966;274(24):1354-1360. doi:10.1056/NEJM196606162742405
9. Pappworth MH. The Willowbrook experiments. *The Lancet*. 1971;297(7710):1181. doi:10.1016/S0140-6736(71)91686-2
10. Edsall G. Experiments at Willowbrook. *The Lancet*. 1971;298(7715):95. doi:10.1016/S0140-6736(71)92069-1
11. Advisory Committee on Human Radiation Experiments. *Final Report*. U.S. Government Printing Office; 1995. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/the-advisory-committee-on-human-radiation-experiments-achre-final-report-1994
12. Newman L. Maurice Hilleman. *BMJ*. 2005;330(7498):1028. doi:10.1136/bmj.330.7498.1028
13. Offit PA. *Vaccinated: One Man's Quest to Defeat the World's Deadliest Diseases*. Smithsonian Books / Collins; 2007. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/vaccinatedoneman00offi
14. Willowbrook: The Last Great Disgrace. Pubblicato online 2 febbraio 1972.
15. *New York State Ass'n for Retarded Children v. Rockefeller*. F. Supp. 357, 752 (U.S. District Court for the Eastern District of New York 1973).
16. Wright CV. *Staten Island*. Blue Guides / W. W. Norton; 2013. Consultato 16 ottobre 2026. http://archive.org/details/statenisland0000wrig
17. United States. *Additional Protections for Children Involved as Subjects in Research*. Vol 45. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.ecfr.gov/current/title-45/subtitle-A/subchapter-A/part-46/subpart-D
18. Killingley B, Mann AJ, Kalinova M, et al. Safety, tolerability and viral kinetics during SARS-CoV-2 human challenge in young adults. *Nat Med*. 2022;28(5):1031-1041. doi:10.1038/s41591-022-01780-9
19. Krugman S. The Willowbrook Hepatitis Studies Revisited: Ethical Aspects. *Clinical Infectious Diseases*. 1986;8(1):157-162. doi:10.1093/clinids/8.1.157
20. Lasker Foundation. 1983 Winners. Lasker Foundation. Consultato 16 ottobre 2026. https://laskerfoundation.org/year_of_award/1983/
21. EpiCentro – Istituto Superiore di Sanità. Calendario vaccinale del Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2018. EpiCentro. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.epicentro.iss.it/vaccini/calendario
22. EpiCentro – Istituto Superiore di Sanità. Epatite B. EpiCentro. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.epicentro.iss.it/epatite/epatite-b

35

Un anno al bar

La bioetica spessa, le parole che fanno male, e perché da qui in poi parliamo come mangiamo

Uscito il 28 ottobre 2026

AL BANCONE

Ti dico una frase. «Il tuo medico ha violato il principio di beneficenza.»

Fermati un attimo e senti cosa ti fa. Probabilmente niente. Al massimo un vago senso di burocrazia, come una multa per divieto di sosta arrivata a casa tua ma intestata a qualcun altro.

Adesso te ne dico un'altra. Stesso medico, stessa storia, stesso fatto. «Il tuo medico ti ha tradito. Te l'ha malamente buttato nel culo senza chiedere permesso, e senza nemmeno la grazia di un po' di sputo.»

Ecco. Questa entra. Ti si stringe qualcosa sotto lo sterno, ti viene voglia di sapere chi, quando, come. Magari ti viene in mente una persona precisa.

Sono due frasi che descrivono la stessa cosa, e una ti scivola addosso mentre l'altra ti resta in gola. Non è una questione di stile – non solo. Dentro quella differenza c'è un'intera idea di cosa dovrebbe essere la bioetica, e c'è anche, se ci penso, tutto quello che abbiamo fatto qui sopra nell'ultimo anno. Perché è passato un anno. Il primo episodio di questo canale è uscito il 13 ottobre 2025, e stasera, invece di raccontarvi una storia sola, vi racconto il filo che tiene insieme tutte le altre. E vi dico cosa cambia da qui in avanti, e cosa invece non cambia.

COM'È ANDATA

Partiamo da una confessione. Quando riguardo i video o riascolto i podcast non mi riconosco del tutto. Mi vengono un po' i brividi, tipo uncanny valley. Un mio amico, che chiameremo Giancalvo per tutelarne la privacy, ha trovato la descrizione perfetta: guardarmi in video, dice, è un po' come vedere il suo amico, cioè io, ridotto a marionetta, come se qualcuno gli avesse ficcato una mano nel culo e lo facesse parlare a comando. Effetto muppet. E Giancalvo ha ragione.

Io gli episodi li scrivo. Tutti, parola per parola. E non perché mi piaccia leggere. Li scrivo perché mi serve mettere in fila con rigore fatti, numeri, e fonti; e perché se non li scrivessi mi perderei per strada. Al bar, quello vero, io sono il re dell'excursus: apro una parentesi, dentro ci apro un'altra parentesi, dentro quella ne apro una terza, e quando arrivo in fondo nessuno, me compreso, si ricorda più da dove eravamo partiti. Al bar, nel regno dell'effimero, non c'è problema. Ma queste storie invece restano, e preferirei se rimanessero precise ed intelligibili. La scrittura è la mia ringhiera. Ma una ringhiera, a lungo andare, ti tiene in piedi e ti tiene anche fermo. Ci torno alla fine.

Trentacinque episodi. Ve li racconto per famiglie, perché messi in fila uno dopo l'altro sembrano un mercatino dell'usato: nasi rifatti con la pelle del braccio, cadaveri in frigorifero che aspettano di essere svegliati, nazisti strafatti di metanfetamina, scimmie chiuse in un pozzo che si chiamava, testuale, la fossa della disperazione. Messi in famiglia, invece, fanno una specie di mappa.

C'è la famiglia dei corpi usati. Tuskegee, quarant'anni di sifilide lasciata correre in uomini neri dell'Alabama convinti di essere curati.[1] Willowbrook, i bambini con disabilità intellettiva infettati apposta di epatite, con i bicchieroni di latte e merda al cioccolato.[2] Clive Haupt, operaio sudafricano classificato *coloured*, il cui cuore nel 1968 va a battere nel petto di un dentista bianco, in un paese dove i due non avrebbero potuto sedersi sulla stessa panchina.[3]

C'è la famiglia delle misure che diventano bersaglio. La taglia sulle code dei ratti ad Hanoi, i cardiochirurghi che smettono di operare i pazienti gravi perché rovinano il grafico. E i crani misurati col pallino di piombo per dimostrare che certi esseri umani valevano meno di altri.

C'è la famiglia delle cose che sono di tutti e quindi di nessuno. L'acqua della Owens Valley, portata via a Los Angeles con 375 chilometri di canali e tubi. La spiaggia del film con Leonardo DiCaprio, chiusa quando il corallo, che copriva quasi tutto il fondale, era sceso sotto l'otto per cento.

C'è la famiglia delle domande che non servono a niente e servono a tutto: se una cosa sbagliata resta sbagliata anche quando non cambia niente, se ha senso lanciare una molotov in un orfanotrofio che sta già bruciando.

E poi c'è la famiglia delle storie che mi riguardano. *Sangue di Dio* (capitolo 33), sui Testimoni di Geova e le trasfusioni, che per me non era un tema ma un pezzo di famiglia. Come un pezzo di famiglia è il libro di mia sorella Gaia, *Diritto ad amare*, sulla sessualità delle persone con disabilità intellettiva.[4]

Questo è il bar. Poi c'è l'altro lavoro, quello che mi paga l'affitto, e anche lì è stato un anno, diciamo, ricco di spunti comici.

A giugno è arrivato il verdetto dell'Abilitazione Scientifica Nazionale, che in Italia è la patente da professore all'università. Un po' perché sono un troll ho mandato lo stesso identico dossier a due commissioni. Quella di filosofia della scienza mi ha abilitato. Quella di filosofia morale mi ha bocciato all'unanimità, perché il mio lavoro sarebbe troppo applicativo, troppo operativo, non abbastanza inserito nel dibattito etico-teorico. Tradotto da bar: troppa pratica per essere etica. Bacetti ai commissari.

Ho scritto un pesto e mezzo di progetti di ricerca, perché un ricercatore è prima di tutto perennemente alla ricerca di soldi, anche nella ridente Svizzera, da prendere a pugno alzato come Super Mario (cantava Caparezza) saltando da contratto precario a contratto precario. Ma chevveddeovddì – il precariato è uno stile di vita. Screening genetici del microbioma, uso dell'IA nell'amministrazione pubblica, educazione e pensiero critico, e pure uno, bello, sulle zecche. Chissà che vada qualcosa, che così nel 2027 continuo a pagare le bollette.

Nello stesso anno, una lettera scritta con Federico Germani e Nikola Biller-Andorno, su come certi accordi di open access vengono usati per farsi mettere fra gli autori di un paper, è uscita su *Nature*.[5] *Nature*. La rivista più fighetta dell'accademia. Uno come me, su *Nature*, è una barzelletta: evidentemente non se ne sono accorti. E siccome le barzellette vanno in coppia, a Ginevra ci hanno pure dato un premio, l'International Geneva Award dello SNIS, per un paper sull'intelligenza artificiale e la disinformazione.[6] Quindi, riassumendo: per lo Stato italiano non sono un filosofo morale, per *Nature* sono pubblicabile e per Ginevra sono premiabile. Per i Testimoni di Geova sono un dito nel culo, a quanto pare, così come per altre due o tre religioni diverse che potrebbero o meno aver scritto il mio nome sulla lista dei bambini cattivi.

Io intanto sono qui, al bar, con voi, perché il bar di BdB resta il mio secondo posto preferito, dopo il cielo. Del cielo apprezzo la solitudine, ma un po' mi manca la compagnia.

E poi, quest'anno, c'è stato un paper. Lo abbiamo scritto in nove, io e otto colleghe e colleghi sparsi fra Zurigo, l'Italia e mezzo mondo, e dopo centoquarantotto commenti discussi uno per uno sta per partire verso una rivista. Si chiama *Thick bioethics*, bioetica spessa. Ed è la chiave di tutto quello che vi ho raccontato finora, compresa la bocciatura. Ve la apro adesso.

IL NODO

Torniamo alle due frasi dell'inizio. «Il tuo medico ha violato il principio di beneficenza.» «Il tuo medico ti ha tradito.»

Nel 1985 un filosofo inglese, Bernard Williams, ha dato un nome a questa differenza. Ci sono parole che lui chiama sottili: giusto, sbagliato, lecito, buono. Ti dicono se una cosa va bene o va male, e finisce lì. Poi ci sono parole «spesse»: tradimento, crudeltà, vigliaccheria, abbandono. Queste fanno due lavori insieme: ti dicono cosa è successo, e ti dicono che è grave.[7,8] Te la fanno sentire, quella gravità. Se ti dico che qualcuno è stato crudele, sai già un sacco di cose. C'era qualcuno che soffriva, c'era qualcuno che poteva evitarlo, e se n'è fregato (come avrebbe detto il povero duce). «Sbagliato», di tutto questo, ti dice meno di metà.

La bioetica che si studia nelle università e si applica negli ospedali, negli ultimi cinquant'anni, ha scelto le parole sottili. E non per pigrizia: aveva ottime ragioni. Facciamo le cose per bene e partiamo dalla versione più forte.

Nel 1972 un'agenzia di stampa americana, l'Associated Press, racconta al mondo Tuskegee.[9] Due anni dopo il Congresso approva una legge, il National Research Act, che istituisce una commissione nazionale per la protezione delle persone coinvolte nella ricerca. E il 18 aprile 1979 quella commissione pubblica il Belmont Report. Tre principi: rispetto per le persone, beneficenza, giustizia.[10] Lo stesso anno esce il manuale di Tom Beauchamp e James Childress, che di principi ne mette quattro.[11] Da lì nascono i comitati etici, i moduli di consenso, le regole che oggi proteggono chiunque entri in uno studio clinico. Anche voi, se vi è capitato.

I principi sottili hanno vinto per tre ragioni serie.

Uno: viaggiano: «autonomia» (dicono i principialisti) si traduce uguale a Zurigo e a Nairobi, mentre «tradimento» si porta dietro una cultura intera.

Due: si insegnano: a uno specializzando di cardiologia non puoi chiedere di leggersi Williams, ma quattro principi li impara in un pomeriggio.

E soprattutto, tre, si controllano. Un comitato può verificare se c'è un consenso firmato; non può verificare se c'è stato un tradimento. Tradotto da bar: le parole sottili sono un'impalcatura. Bella non è, ma non ti fa cadere di sotto.

Fin qui, tutto (abbastanza) vero. Adesso le crepe, e non devo andarle a cercare lontano: stanno nel capitolo 34, *Piccole cavie*.

Willowbrook. Le due lettere. Willowbrook viene prima del Belmont, d'accordo. Ma rifate la prova oggi, con i principi in mano. Consenso: c'è, firmato dai genitori. Beneficio: c'è, da lì è uscito il primo prototipo del vaccino contro l'epatite B. Giustizia, eh, dovremmo parlarne, ma dai, sono due su tre quindi passa, no? E tutti, ma proprio tutti, sentiamo che c'è qualcosa di marcio, solo che nel vocabolario sottile non c'è una casella per dirlo. Per dirlo servono parole spesse. Quella firma era un pedaggio. Era un ricatto. Erano famiglie abbandonate dallo Stato e poi usate dallo Stato.[12]

Un principialista serio, a questo punto, alza la mano. E ha ragione ad alzarla: «Guarda che un consenso estorto non è un consenso. Il Belmont lo scrive nero su bianco.» Vero. Testuale: il consenso informato richiede condizioni libere da coercizione e da influenze indebite.[10 (parte C)] Ma come se ne accorge uno, che quel consenso è estorto? Se ne accorge guardando le due lettere. Chi le mandava, in che ordine, cosa c'era fuori da quella porta, che cosa voleva dire avere un figlio con una disabilità grave nell'America del 1964. Te ne accorgi con il CONTESTO. Cioè, facendo il lavoro spesso. Il principio arriva dopo, a mettere il timbro su una cosa che hanno già visto gli occhi.

È esattamente la tesi del paper su cui stiamo lavorando. La bioetica spessa non butta via l'impalcatura: le costruisce intorno una casa. Una casa che guarda il contesto, perché il sì detto a Città del Capo nel 1968 per il cuore di Clive Haupt è stato detto in una stanza in cui un bianco e un non bianco non pesavano uguale.

Una casa che si tiene le parole che fanno male, quando devono fare male. Che usa i dati per costruire il ragionamento e non per decorarlo. Che dichiara da dove parla, come ho provato a fare con i Testimoni di Geova, tenendo i miei fatti in un mucchio e i loro in un altro. Che entra nelle istituzioni, dove una misura diventa un bersaglio e una casella diventa un destino. E che guarda abbastanza lontano da vedere l'acqua, il clima, la terra sotto i piedi. Se avete seguito il canale quest'anno, queste stanze le avete girate tutte. Solo che non vi avevo detto come si chiamava la casa, chi

è l'architetto, come è stata disegnata, a che servono le stanze e soprattutto dove stanno le grappe (il pubblico attento lo sa bene: nella credenza).

E adesso rileggete con questi occhiali la mia bocciatura all'Abilitazione Scientifica Nazionale in filosofia morale. «Troppo applicativo.» È una parola sottile che fa il lavoro di una casella: ti dice dove non stai, e non ti dice niente di quello che fai. Nessuno, in quella commissione, si è chiesto se il lavoro fosse fatto con creanza. Si sono chiesti in che scaffale andasse. Ma ci sono già passato, e il rancore, al bar, si beve una volta sola.

E, in cauda venenum, un'informazione di servizio. Dal secondo anno, al bar si parla più da bar. Turpiloquio incluso. Non è solo che mi sono rotto i coglioni di stare composto come un chierichetto davanti alla telecamera: c'entra Williams. Prendete «stronzata». Harry Frankfurt, filosofo americano, ci ha scritto un saggio intero, *On Bullshit (libretto bellissimo e accessibilissimo che mi sento di consigliare caldamente)*. La sua tesi è questa: chi dice stronzate non è un bugiardo. Il bugiardo la verità la conosce, e te la nasconde. A chi spara stronzate, della verità non frega un cazzo.[13] Quindi «stronzata» è una parola spessa perfetta: descrive, perché ti dice che c'è indifferenza al vero, e condanna, nello stesso colpo.

Però la stessa parola sa fare anche il lavoro opposto. «È una stronzata», detto per chiudere una discussione, è una parola sottile con il volume alzato: un verdetto senza descrizione, uno «sbagliato» corretto con tanta sgnappa. Ed è esattamente il rischio di un bar. Quindi ecco la regola che mi do, e che vi chiedo di aiutarmi a rispettare: il turpiloquio entra quando si porta dentro un fatto. Possiamo dire «stronzata». Quello che non possiamo fare è dire stronzate.

INTANTO, DA NOI

Quindi, cosa cambia.

Cambia che si parla di più come si parla davvero. Meno conferenza, meno predica, più spontaneità, più bar, più tutto giocando e niente per gioco. Cambia che la scrittura resta, perché senza ringhiera io cado dentro la quarta parentesi e non ne esco più, ma non chiude più la porta all'improvvisazione. Se mi viene in mente una cosa mentre registro, e la cosa vale, la dico. Il re dell'excursus esce un po' dalla gabbia, con il guinzaglio lungo.

E cambia la durata. Sticazzi. Se una storia ci sta in mezz'ora, bene. Se ne vuole un'ora, si prende un'ora. Lo sapete, questo non è il mio lavoro. Devo seguire già un sacco di regole quando faccio quello che mi paga le bollette – BdB è una cosa che ho iniziato anche per sentirmi più libero sul mio

terreno di casa. Non ottimizzo per le visualizzazioni né per il tempo medio di permanenza: ottimizzo per il contenuto. Certe storie vogliono respiro, e strozzarle per farle stare in un formato sarebbe, appunto, assottigliarle.

Poi c'è quello che non cambia. Sono quattro cose, ve le dico una per una perché da stasera sono un patto.

I fatti. Ogni dato che sentite qui viene da una fonte che ho aperto e letto, e le fonti le trovate tutte in descrizione. Quando la fonte non c'è, ve lo dico. Il bar non è una licenza di inventare.

La chiarezza del ragionamento. Si può arrivare a una conclusione per strade tortuose, si può anche ridere lungo il percorso, ma il percorso si deve vedere. Se vi dico «quindi», il «quindi» deve reggere.

L'attualizzazione. Una storia del 1854 o del 1968 sta qui solo se ci dice qualcosa su questa settimana. Su di me, su di te, su di noi e sulle nostre vite. Pensate al capitolo 2, *Nasi dal braccio*. Non esiste (solo) perché mi piace la storia della medicina, specie quella creepy, ma perché ci aiuta a capire, oggi, certe nostre ossessioni per l'estetica e la normalità. E perché ci riguarda tutte e tutti. Che è anche il motivo per cui la bioetica spessa, adesso, serve più di prima.

Una mappatura pubblicata nel 2025 ha guardato gli studi su come la bioetica è entrata nelle università: l'81,3 per cento viene dalle scienze della salute.[14] Il resto, le scienze sociali, le discipline umanistiche, la biologia, l'ingegneria, si divide le briciole. Che vuol dire? Che la bioetica, istituzionalmente, abita quasi tutta in ospedale. E va benissimo che ci abiti, perché in ospedale (la storia insegna) servono comitati etici seri. Ma intanto fuori succedono cose. Nell'agosto 2026, sul Danubio, la marina rumena faceva esplosioni controllate nel letto del fiume per spingere un po' d'acqua verso il raffreddamento della centrale nucleare di Cernavodă, perché l'acqua non bastava più.[15] C'è chi passa le serate a parlare con un chatbot perché non ha nessun altro con cui farlo. La disinformazione sanitaria corre più veloce di qualunque virus. Nessuna di queste cose si risolve con un modulo di consenso. E tutte queste cose ci riguardano, perché sono corpi, acqua, fiducia, solitudine.

Il biochimico che il termine *bioethics* l'ha lanciato, Van Rensselaer Potter, nel 1971 la immaginava proprio così: un ponte fra la biologia e i valori, fra quello che sappiamo e quello che dovremmo farne, buttato verso il futuro.[16–18] Il ponte, per strada, si è ristretto fino a diventare una passerella per il reparto. La bioetica spessa è il tentativo di allargarlo di nuovo. E il bar, scusate se insisto a portare acqua al mio mulino (pur senza

l'estetica delle esplosioni romene), è uno dei pochi posti dove quel ponte si attraversa davvero, perché al bar le parole sottili non le usa nessuno.

L'ULTIMO GIRO

Quindi, se qualcuno vi chiede cos'è Bioetica da Bar, adesso potete rispondere.

Bioetica: la parola che Potter voleva come un ponte fra quello che sappiamo sulla vita e quello che dovremmo farne. La bioetica si occupa di tutte le volte in cui la scienza, la medicina e la tecnologia mettono le mani su un corpo, su una vita o su un pezzo di mondo, e qualcuno deve decidere se va bene. Riguarda chi entra in un ospedale, chi beve l'acqua di un fiume, chi parla con un chatbot alle due di notte. Cioè tutte e tutti, prima o poi.

Da bar: perché al bar le parole sottili non le usa nessuno. Pensateci. Al bar nessuno ha mai detto «il mio capo ha violato il principio di giustizia distributiva». Al bar si dice «il mio capo me l'ha troncato nel culo senza chiedere permesso e senza la grazia di un po' di sputo» (o almeno, nei bar che frequento io – che, ammetto, tendono a non essere posticini da educande). Nessuno ha mai detto «mia madre ha subito una lesione della propria autonomia». Si dice «quei sacchi di merda l'hanno trattata come una povera stronza». Il bar parla spesso da sempre, e lo fa per istinto, perché la vita, quando ti succede, non arriva con le etichette dei principi attaccate sopra. Arriva come tradimento, come abbandono, come coraggio, come vergogna. Sono parole che dicono insieme cosa è successo e perché fa male, e sono esattamente le parole di cui la bioetica ha bisogno e che ha dimenticato per strada. Per cinquant'anni la bioetica ha provato ad insegnare al bar (in metafora: alla vita reale) a parlare sottile. Io, dopo un anno qui sopra, comincio a pensare che la bioetica dovrebbe fare il contrario: andare al bar a imparare un po' di spessore. E il bar è anche il posto dove una storia ne apre un'altra, dove si ride di cose serissime, e dove chi ti ascolta ti interrompe se dici una stronzata.

E Spit la fa così: si parte da una storia vera e strana, si va a controllare ogni fatto sulla fonte, si costruisce la posizione che si vuole criticare al suo massimo prima di cercarne le crepe, e alla fine la si riporta a cosa vuol dire per noi, qui, oggi. Con il turpiloquio quando l'insulto porta dentro un fatto, con le parentesi quando il panorama vale la deviazione, e con la durata che la storia chiede.

Quindi torniamo alla frase dell'inizio. «Il tuo medico ti ha tradito.» Quella frase, da sola, non dimostra niente. Bisogna andare a vedere chi, quando, come, con quali fonti. È per questo che esiste questo canale.

Ma quella frase dice una cosa che il principio di beneficenza non saprà mai dire: che qualcuno si era fidato. E finché c'è qualcuno che si fida, c'è bisogno di qualcuno che vada a controllare se ne valeva la pena.

Il secondo anno comincia adesso. Con meno muppet, più parentesi, più incazzature, e le stesse fonti di sempre.

Una nota finale, personale. Di solito qui vi dico che Bioetica da Bar non è il mio mestiere: faccio il ricercatore a Zurigo, e queste storie le cerco e le racconto nel tempo che mi avanza, perché credo che capire il mondo più a fondo sia il modo migliore di abitarlo, e perché certe cose devono uscire dalle università e arrivare al bancone. Stasera ve lo dico con un anno di più sulle spalle: non lo faccio per i numeri, e i numeri di come e quanto è cresciuto il canale, di quante ore mi avete dedicato, e le visualizzazioni e i vari sticazzi assortiti delle metriche non ve li dico nemmeno.

Vi dico grazie. A chi c'era dal 13 ottobre e a chi è arrivato ieri sera, a chi commenta, a chi mi scrive per dirmi che ho sbagliato una data, e a chi ha fatto girare un episodio alla persona giusta. Sono questi gesti che aiutano a tenere in piedi la baracca.

E poi lo sapete, questo resta un bar. Se avete un birrificio, una distilleria o una cantina, stasera abbiamo un anniversario da festeggiare, e un compleanno senza brindisi è una parola sottile. Qui di sete non se ne muore mai. Grazie davvero.

Bibliografia

1. Brandt AM. Racism and Research: The Case of the Tuskegee Syphilis Study. *The Hastings Center Report*. 1978;8(6):21. doi:10.2307/3561468
2. Krugman S. EXPERIMENTS AT THE WILLOWBROOK STATE SCHOOL. *The Lancet*. 1971;297(7706):966-967. doi:10.1016/S0140-6736(71)91462-0
3. Koretzky MO. 'A Change of Heart': Racial Politics, Scientific Metaphor and Coverage of 1968 Interracial Heart Transplants in the African American Press. *Soc Hist Med*. 2017;30(2):408-428. doi:10.1093/shm/hkw052
4. Spitale G. *Diritto ad amare. Un percorso esplorativo e applicativo dedicato alle persone con disabilità intellettiva*. Erickson; 2023.
5. Spitale G, Germani F, Biller-Andorno N. The ethical risks of open-access agreements being used for authorship leverage. *Nature*. 2026;651(8105):550-550. doi:10.1038/d41586-026-00776-6
6. Germani F, Spitale G, Biller-Andorno N. The Dual Nature of AI in Information Dissemination: Ethical Considerations. *JMIR AI*. 2024;3:e53505. doi:10.2196/53505
7. Williams B. *Ethics and the Limits of Philosophy*. Harvard University Press; 1985.
8. Väyrynen P. Thick Ethical Concepts. In: Zalta EN, Nodelman U, a c. di. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Spring 2026. Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2025. Consultato 16 ottobre 2026. https://plato.stanford.edu/entries/thick-ethical-concepts/
9. Centers for Disease Control and Prevention. The Untreated Syphilis Study at Tuskegee Timeline. Centers for Disease Control and Prevention. 4 settembre 2024. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.cdc.gov/tuskegee/about/timeline.html

10. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. 1979. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html
11. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press; 1979.
12. Ramsey P. Judgment on Willowbrook. In: *The Patient as Person: Explorations in Medical Ethics*. Yale University Press; 1970.
13. Frankfurt HG. *On Bullshit*. Princeton University Press; 2005.
14. Frez-Pulgar G, Valdés-Rodríguez Y, Negrier-Seguel V, et al. Institutionalization of Bioethics in Higher Education Institutions: A Systematic Mapping. *Bioethical Inquiry*. 2025;22(4):979-997. doi:10.1007/s11673-025-10442-7
15. Meredith S. Europe is blowing up riverbeds as an extreme drought wreaks havoc on its economy. *CNBC*. 5 agosto 2026. Consultato 16 ottobre 2026. https://www.cnbc.com/2026/08/05/drought-rhine-danube-water-levels-economy.html
16. Potter VR. *Bioethics: Bridge to the Future*. Prentice-Hall; 1971.
17. Potter VR. Bioethics, the Science of Survival. *pbm*. 1970;14(1):127-153. doi:10.1353/pbm.1970.0015
18. Reich WT. The Word «Bioethics»: Its Birth and the Legacies of those Who Shaped It. *ken*. 1994;4(4):319-335. doi:10.1353/ken.0.0126

L'autore

Giovanni Spitale (Spit) è un filosofo con un dottorato di ricerca in scienze mediche. Fa il ricercatore in bioetica all'Università di Zurigo, dove si occupa di disinformazione, intelligenza artificiale, comunicazione della scienza ed etica della ricerca. È abilitato come professore in filosofia della scienza (in filosofia morale no, e nell'ultimo capitolo racconta perché).

Ha scritto *Il dono nelle donazioni* (Il Poligrafo, 2015), *Hestia* (Il Poligrafo, 2017) e, con Federico Germani, *Mi fa male la scienza* (Tlon, 2025). Dal 2022 è tornato a vivere in Italia, per riportare un po' di conoscenza a casa; dal 13 ottobre 2025 lo fa anche al bar.

Quando non è al bancone o al lavoro, vola in parapendio. Vive con Angela e con due gatte (anche se noi non assumiamo il genere di nessuno): una, Tiglia Panevinos, ha all'attivo diverse collaborazioni accademiche; l'altra, Maicol, è ignorante come una zappa (infatti non sa scrivere correttamente il proprio nome) e si atteggia da gangsta gatto del ghetto.

Questo libro è composto in Source Serif 4 di Frank Grießhammer e Source Sans 3 di Paul D. Hunt, per Adobe, e in Marcellus di Astigmatic: tutti con licenza SIL Open Font License. È impaginato con Typst a partire da testi scritti in Markdown; le fonti sono raccolte in Zotero e citate nello stile AMA.

Le storie sono uscite come episodi di Bioetica da Bar fra il 13 ottobre 2025 e il 28 ottobre 2026, e si possono ancora guardare e ascoltare su bioeticadabar.link.

Stampato su richiesta: questa copia esiste perché qualcuno l'ha voluta.

Finito di comporre nel mese di ottobre 2026.