

**GAVINO MACIOCCO**

Professore universitario al Dipartimento di salute pubblica di Firenze, è uno dei massimi esperti in politiche sanitarie e salute globale. Direttore della rivista Salute e Sviluppo e membro del Comitato scientifico della rivista Prospettive Sociali e Sanitarie. Collabora con la rivista Care. Nel 2009 ha pubblicato *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*.

# Evoluzione storica del diritto alla salute

GAVINO MACIOCCO

*“I grandi cambiamenti nella sanità  
sono atti politici intrapresi per fini politici”*  
Victor R. Fuchs<sup>1</sup>

*Lancet* dedicò nel dicembre 2008 – in coincidenza con le celebrazioni del 60° anniversario della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (Parigi, 10 dicembre 1948) – un numero speciale dedicato al diritto alla salute<sup>2</sup>.

In uno degli editoriali di apertura<sup>3</sup> Amartya Sen (Premio Nobel per l'economia, 1998) si interroga sul significato di salute come diritto, ed in particolare si chiede se la salute può essere considerata un diritto in assenza di una legislazione vincolante. Secondo Jeremy Bentham (1748-1832) – scrive Sen – la risposta è negativa. Bentham infatti considerava un “non senso” la dichiarazione francese dei diritti dell'uomo del 1789 perché il diritto per essere tale deve essere legiferato, deve cioè essere “figlio della legge”. Ma – osserva Sen – c'è una lunga tradizione di pensiero sul diritto come etica sociale: le basi morali che una buona società de-

---

<sup>1</sup> V.R. Fuchs, *What's Ahead for Health Insurance in the United States?*, in *N. Engl. J. Med.*, 2002; 346, 1822-24.

<sup>2</sup> *Lancet*, Vol. 372, Issue 9655, 13 december 2008

<sup>3</sup> A. Sen, *Why and how is health a human right?*, in *Lancet* 2008; 372:210



**ELEANOR ROOSEVELT**

*presenta la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1948)*

ve avere. Infatti quando la dichiarazione americana d'indipendenza invocava “certi inalienabili diritti” che ogni persona deve avere, i diritti umani erano visti non come “figli”, bensì come “genitori” della legge. Nel considerare la salute come diritto umano c'è la chiamata all'azione per la promozione della salute della popolazione, nello stesso modo con cui gli attivisti del 18° secolo lottarono per la liberazione e la libertà.

Un diritto umano – prosegue Sen – può essere “genitore” non solo della legge, ma anche di altri modi per sostenere la causa di un determinato diritto. Anche la realizzazione della prima generazione dei diritti (come la libertà religiosa, il diritto a non essere arrestato arbitrariamente, a non essere violentato o ucciso) dipese non solo dalla legge, ma anche dalla discussione pubblica, dalla denuncia, dal controllo e dal lavoro sociale. Il diritto alla salute pretende analoghi vasti interventi, che vanno ben oltre una (pur importante) buona legislazione sanitaria. Ci sono azioni politiche, sociali, economiche, scientifiche e culturali che noi pos-

siamo prendere per fare avanzare la causa della buona salute per tutti. Nel considerare la salute come un diritto, noi riconosciamo la necessità di un forte impegno sociale per la buona salute. Ci sono – conclude Sen – poche cose così importanti come questa nel mondo contemporaneo.

Nel tracciare l'evoluzione storica del diritto alla salute ci affideremo a questo approccio; un approccio non esclusivamente giuridico, ma politico, economico e sociale. Per questo motivo l'exkursus storico può partire molto prima dell'affermazione giuridica della salute come diritto umano (1948), alla ricerca di tutte quelle “azioni politiche, sociali, economiche, scientifiche e culturali” che – negli ultimi due secoli almeno – hanno fatto avanzare o recedere “la causa della buona salute per tutti”.

### LA RIVOLUZIONE FRANCESE

La rivoluzione francese inaugura la stagione dei diritti e anche se la “Dichiarazione dei diritti dell'uomo e dei cittadini”, dopo aver solennemente sancito il principio di eguaglianza tra tutti gli esseri umani (art. 1), si riferisce essenzialmente ai diritti civili (libertà della persona, diritto di proprietà, sicurezza personale, etc.), è anche vero – come scrive Giorgio Cosmacini – che “I lumi della ragione e i fuochi della rivoluzione hanno acceso la consapevolezza che la salute è un bene non solo del singolo, ma dell'intera società”<sup>4</sup>. Il legislatore francese dell'anno III (1795) afferma infatti che la salute è un problema più vasto di quello clinico individuale, da affrontare non solo come risposta al bisogno dell'individuo biologico, ma anche come soddisfazione delle esigenze di uomini costituiti in un tessuto sociale.

E l'ideologia non tarda a trasformarsi in azione e a produrre risultati concreti in termini di sanità pubblica. L'età napoleonica è una vera e propria epoca d'oro della vaccinazione. In Italia, nella Repubblica Cisalpina, Luigi Sacco, utilizzando la scoperta del nuovo vaccino antivaioloso di Jenner, promuove nel 1800 un *Progetto di un piano per rendere generale l'uso, ed i vantaggi della vaccina*. Nove anni dopo potrà affermare con legittimo orgoglio di aver vaccinato un milione e mezzo di persone, prevenendo centocinquantamila casi di vaiolo. È significativo che durante la Restaurazione (tra il 1815 e il 1830, a seguito della sconfitta di Napoleone) norme legislative e usi civili in tema di vaccinazione vennero soppressi. “Alla gloria della Santa Alleanza questa pure appartiene – scriverà il medico cremonese, mazziniano, Francesco Robolotti – d'aver posto a ludibrio il trovato e il ministero vaccinico, di aver fatto ricomparire e prosperare il vajuolo”<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, 1987, p. 276.

<sup>5</sup> G. Cosmacini, *ibidem*, pag. 281.

## LA RIVOLUZIONE INDUSTRIALE

“Benvenuti all’inferno”. Queste tre parole avrebbero potuto essere a ragione scolpite sulle porte di accesso delle città inglesi durante il periodo della rivoluzione industriale, in particolare nel corso della prima metà dell’Ottocento. Infatti l’ambiente in cui viveva a quel tempo la gente comune, la *working class*, nelle principali città industriali dell’isola britannica – da Manchester a Leeds, da Birmingham a Liverpool – era degno di un girone infernale<sup>6</sup>. Per due ordini di motivi: a) perché il lavoro nelle fabbriche sottoponeva gli operai (anche bambini) a turni prolungati (dodici ore, anche notturne) e a fatiche massacranti, in cambio di salari di fame; b) perché la vita quotidiana si svolgeva in un contesto abitativo e urbano caratterizzato da sovraffollamento, promiscuità, alimentazione povera e scarsa, totale mancanza di infrastrutture igieniche, esposizione continua e massiva a rischi infettivi, dalla tubercolosi alla febbre tifoide, al colera. Le conseguenze di questi due fattori (lavorativo e abitativo) sulla qualità della vita e sulla salute della popolazione furono devastanti: basti pensare che a Liverpool la speranza di vita alla nascita per la *working class* era di appena 15 anni<sup>7</sup>. Le autorità inglesi alla fine intervennero realizzando un radicale programma di risanamento urbano con la costruzione di acquedotti, fognature, nuove aree residenziali, aree verdi e istituendo, con una legge del 1848 (*Public Health Act*), il servizio nazionale di sanità pubblica.

Ciò che spinse i governanti inglesi del tempo ad attuare tali interventi non fu certo la volontà di tutelare un diritto umano, bensì l’idea utilitarista che migliorando la salute della forza lavoro sarebbe aumentata la produttività delle fabbriche (messa a rischio dalle pessime condizioni di salute dei lavoratori). Artefice di questa politica fu Sir Edwin Chadwick (1800-1890) secondo cui le condizioni insalubri delle città provocano malattie biologiche e sociali, sono causa di un degrado psicologico che può trascinare le persone verso i vizi, come l’alcolismo, o peggio, verso la rivoluzione. Il dono pubblico di condizioni ambientali salubri poteva quindi essere la chiave per rendere il proletariato più felice, più sano, più produttivo, e più docile.

Ma la questione sociale non poté essere liquidata così facilmente. E infatti questa dilagò in tutta Europa, infiammando soprattutto i paesi dove era più accelerato e robusto lo sviluppo industriale, come la Germania, dove crescono movimenti politici e sindacali di ispirazione marxista.

La virata del socialismo tedesco verso il marxismo e il successo del partito social-

<sup>6</sup> La vita nelle città inglesi nell’epoca vittoriana è descritta da scrittori come Charles Dickens (vedi: *Oliver Twist*, *David Copperfield*) e da filosofi-politici come Friedrich Engels (vedi: *The Condition of the Working Class in England in 1844*)

<sup>7</sup> G. Mooney, S. Szreter, *Urbanization, mortality, and the standard of living debate: new estimates of life at birth in nineteenth century British cities*, in *Econ. Hist. Rev.* 1998; 51: 84-112.

democratico alle elezioni del 1877 sono la molla che determina un profondo cambiamento negli indirizzi nelle politiche sociali in Germania. Otto von Bismarck, primo cancelliere dell'impero germanico, si convince che la creazione di uno "stato sociale" sia una misura necessaria per distaccare il proletariato dalla tentazione rivoluzionaria. "La fede nell'armonia degli interessi – scrive Bismarck – ha fatto bancarotta nella storia. Nessun dubbio che l'individuo possa fare del bene, ma la questione sociale non può essere risolta che dallo stato"<sup>8</sup>. Nel portare avanti questa politica Bismarck usa – come osserva lo storico Franco De Felice<sup>9</sup> – la classica combinazione di bastone e carota: il varo della legislazione sociale infatti è preceduto da severe leggi repressive antisocialiste. Nel 1878 viene emanata una legge che proibiva i raggruppamenti socialisti o comunisti, vietava le riunioni pubbliche che non avessero l'autorizzazione della polizia, interdiva i giornali socialisti e conferiva alla polizia il diritto di negare il soggiorno, in certe città, a quanti erano sospettati di dedicarsi ad attività socialiste.

Ma dal 1883 al 1889 – con l'approvazione di una serie coordinata di leggi – si assiste in Germania alla nascita della prima forma di moderno *welfare state*.

- Nel 1883 viene istituita l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, attraverso la costituzione di casse sociali alimentate per due terzi dagli operai e per un terzo dagli imprenditori, i quali erano tenuti a versare, nelle prime tredici settimane di malattia, un'indennità all'operaio malato.
- Nel 1885 il parlamento tedesco approva una legge che istituisce un'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, completamente a carico dei datori di lavoro. Per l'inabilità la vittima riceveva due terzi del salario. In caso di morte la vedova riceveva il 60% del salario percepito dal marito.



OTTO VON BISMARCK (1815 – 1898)  
*primo cancelliere dell'impero germanico*

<sup>8</sup> F. Demier, *Lo stato sociale. Ricerca del consenso nell'Europa contemporanea*, in *Storia Dossier*, Giunti, 1989, p. 18.

<sup>9</sup> F. De Felice, *Il welfare state, questioni controverse e un'ipotesi interpretativa*, in *Qualità Equità*, n.16/1998, pp. 124-142.

- Nel 1889 viene approvata una legge sull'invalidità e vecchiaia. Essa prevedeva che quanti avessero una retribuzione inferiore a 2.000 marchi fossero obbligati ad assicurarsi versando settimanalmente i loro contributi attraverso trattate sui salari (a questi importi si aggiungeva una quota versata dagli imprenditori e una dallo stato)<sup>10</sup>.

Non possiamo ancora parlare di “diritto alla salute” (nell’odierna accezione), infatti la copertura dell’assicurazione sanitaria è riservata agli iscritti alle casse mutue, ovvero agli appartenenti alle varie categorie di lavoratori (e all’inizio solo ad alcune determinate categorie). Tuttavia la legislazione bismarckiana sulle assicurazioni sociali rappresenta – al di là delle motivazioni politiche che la ispirarono (creare un argine alle tentazioni rivoluzionarie) – uno storico passo avanti nella tutela della salute della popolazione; rappresenterà, per questo, un vero e proprio “caso-scuola” da imitare da parte di quasi tutte le nazioni industrializzate (in Italia la prima assicurazione sociale obbligatoria – Inadel, Istituto Nazionale di Assistenza per i Dipendenti degli Enti Locali – sarà istituita nel 1925).

#### RUDOLF VIRCHOW E LA NASCITA DELLA MEDICINA SOCIALE

La profondità della questione sociale – determinata dalle condizioni di sfruttamento e di povertà estrema in cui si trovava a vivere gran parte della popolazione – produsse tra i medici la consapevolezza che la radice delle malattie risiedeva nella miseria. Il capostipite di questa generazione di medici che, attenti alle questioni sociali, ritennero di dover svolgere anche un’attività politica – e di *advocacy* (ante litteram) del diritto alla salute – a favore dei gruppi più vulnerabili della popolazione, è Rudolf Virchow (1821-1902), professore di anatomia patologica all’Università di Berlino e parlamentare per il Partito Progressista Tedesco, di cui è rimasta celebre la seguente affermazione: “La medicina è una scienza sociale e la politica non è altro che medicina su larga scala” .

Nel 1848 il governo prussiano inviò Virchow in Slesia, per combattere un’epidemia di tifo nella popolazione polacca. Egli constatò subito che la vera causa del male erano la povertà, le pessime condizioni d’igiene e la presenza di uno stato autoritario e repressivo. Tra le ipotesi sull’origine dell’epidemia in questa regione, abitata prevalentemente da minatori, si trovava l’ipotesi climatica. Virchow sostenne invece che il clima non avrebbe potuto causare l’epidemia se la popolazione avesse avuto un’alimentazione adeguata e fosse stata meno oppressa. La terapia proposta nella relazione finale prevedeva quindi tre ingredienti principali: “Istruzione con i suoi figli: libertà e prosperità”. Virchow, dopo tal esperienza,

<sup>10</sup> E. Bertocci e al., *Il welfare italiano. Teorie, modelli e pratiche dei sistemi di solidarietà sociale*, Donzelli Editore, Roma, 1995, pp. 40-41.

sviluppiò la tesi dell'origine multifattoriale delle malattie, sostenendo che erano le condizioni materiali della vita quotidiana delle persone la principale causa di malattia e di morte. Perciò – secondo Virchow – un efficace sistema sanitario non poteva limitarsi a trattare i disturbi clinici dei pazienti, doveva affrontare le radici profonde delle malattie e delle epidemie. Per fare ciò erano necessari cambiamenti sociali, tanto importanti quanto gli interventi medici, forse anche di più, infatti: “Il miglioramento della medicina potrà alla fine prolungare la vita umana, ma il miglioramento delle condizioni sociali può raggiungere questo risultato più in fretta e con maggiore successo”.

Virchow – di fronte alla condizione di miseria in cui versava la maggioranza della popolazione – criticava l'indifferenza e l'apatia dei governanti, e nel 1849, quando un'epidemia di colera imperversava a Berlino, così espresse tutta la sua indignazione: “Non è chiaro che la nostra battaglia deve essere sociale? Che il nostro compito non è quello di scrivere le istruzioni per proteggere i consumatori di meloni e di salmoni, di dolci e gelati, cioè la borghesia benestante, ma quello di creare istituzioni che proteggano i poveri, coloro che non possono permettersi pane fresco, carne e caldi vestiti? Potrebbero i ricchi durante l'inverno – davanti alle calde stufe e alle torte di mele – ricordarsi che gli equipaggi delle navi che portano carbone e mele muoiono di colera? È triste constatare che migliaia devono sempre morire in miseria per consentire a poche centinaia di vivere bene”<sup>11</sup>.

Il maggiore interprete italiano di Rudolf Virchow fu Giulio Bizzozzero (1846-1901), professore di patologia generale a Torino. Inaugurando l'anno accademico 1883-4 con un discorso sulla Difesa della società contro le malattie infettive affermò tra l'altro: “Voi udite, e udrete sempre più parlare di questioni sociali.



**RUDOLF VIRCHOW** (1821–1902)

*professore di anatomia patologica all'Università di Berlino*

<sup>11</sup> Waitzkin H., *One and a half centuries of forgetting and rediscovering: Virchow's lasting contributions to Social Medicine*, in *Social Medicine*, 2006; 1(1): 5-10

Ma quando si tratta di bonificare terreni malarici, di costruire spedali, di migliorare le condizioni igieniche dei quartieri operai, allora l'erario è esausto, allora si grida ai quattro venti la necessità di ricorrere a nuove imposte. Ma al tempo stesso si trovano e si approfondono milioni per rendere più teatralmente pomposa un'incoronazione – come quella, cinque anni prima, del nuovo re Umberto I – o per ricostruire più splendidi i palazzi dei parlamenti – come quelli romani recentemente restaurati – o per imporre a colpi di cannone il proprio protettorato a popoli – come quello eritreo – che si vogliono sfruttare a beneficio di pochi affaristi”<sup>12</sup>.

Altra figura accademica che legò l'impegno scientifico alla risoluzione dei problemi sociali fu il clinico medico di Bologna Augusto Murri (1841-1932): “Bisogna sviluppare fortemente lo spirito scientifico. Ma un sapere il quale non dovesse modificare le azioni umane diventerebbe una divertente speculazione. Non la scienza per la scienza, ma la scienza per tutta l'umanità”. Anche Murri si dedicherà alla vita politica e – in un discorso del 1891 – afferma: “Quando il medico è condannato a contemplare impotente di quante calamità gli ordinamenti sociali e politici son fecondi per tanti sventurati, egli diventa nemico di questo che pomposamente si suole chiamare ordine (...). Per questo noi ci schieriamo tra coloro che combattono più ardentemente per un ordine nuovo”<sup>13</sup>.

Nonostante l'impegno politico profuso da parte di numerosi medici (diversi dei quali divenuti parlamentari e ministri), nonostante il ruolo svolto dalla Società Italiana d'Igiene (fondata nel 1879) nella promozione di una società più sana e più giusta (“utopia igienista”<sup>14</sup>) la prima riforma sanitaria post-unitaria, la legge Crispi-Pagliani (anche quest'ultimo medico cattedratico di Torino) del 1888, non affronta – come avveniva nello stesso periodo in Germania – la questione della protezione assistenziale dei lavoratori, limitandosi a introdurre le cure gratuite per gli indigenti a carico dei Comuni.

## LO SVILUPPO DELLE ASSICURAZIONI SOCIALI.

### LA GRANDE DEPRESSIONE

Siamo agli inizi del Novecento e le grandi scoperte scientifiche in campo microbiologico (maturate negli ultimi decenni del secolo precedente) hanno fornito nuova linfa e nuovi strumenti per la lotta contro le malattie più diffuse e letali del tempo. L'organizzazione sanitaria in tutti i paesi si sviluppa rafforzando le

<sup>12</sup> G. Bizzozzero, *Difesa della società contro le malattie infettive*, Stamperia reale, Torino 1884. P.59; cit. in G. Cosmacini, *ibidem*, pp. 395-6.

<sup>13</sup> A. Murri, *La vera e la falsa grandezza dell'Italia nuova*, discorso politico detto a Fermo il giorno 4 gennaio 1891, Bologna 1891, p.6; cit. in G. Cosmacini, *ibidem*, pp. 382.

<sup>14</sup> C. Pogliano, *L'utopia igienista*, in: *Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*, Giulio Einaudi Editore, Torino, 1984, pp. 589-631.

strutture di sanità pubblica deputate al controllo delle malattie infettive e parassitarie, mentre ancora debole e primitiva è la componente assistenziale, profondamente segnata dalle differenze di censo, e dalle conseguenti ineguaglianze nell'accesso ai servizi. È questo il tempo in cui il “modello tedesco” si espande a tutta l'Europa. L'esempio della Germania, imperniato sull'adozione di schemi assicurativi obbligatori, di carattere occupazionale (cioè rivolti a determinate categorie di lavoratori) e finanziato in base al criterio della capitalizzazione dei contributi versati fu imitato dai principali paesi europei. Le prime ad essere approvate furono generalmente le norme sull'assicurazione degli infortuni sul lavoro, seguirono a distanza di pochi anni tutte le altre: malattia e maternità, invalidità e vecchiaia, disoccupazione. Ma il “modello tedesco” è in molti paesi un punto di partenza, soggetto ad importanti evoluzioni: nei paesi a guida liberaldemocratica e socialdemocratica vi è la tendenza a introdurre elementi universalistici negli schemi assicurativi, come l'ampliamento della copertura dell'assicurazione malattie ai familiari del lavoratore o gli schemi pensionistici rivolti a tutti gli anziani (Gran Bretagna – e Nuova Zelanda e Canada –, Svezia, Danimarca, Norvegia e Finlandia). Lo Stato sociale, nato come una sorta di “concessione” da parte di regimi politici autoritari o comunque liberal-conservatori, stava dunque perdendo il suo carattere particolaristico (volto cioè alla protezione di determinate categorie di lavoratori) e, seguendo di pari passo la progressiva democratizzazione dei sistemi politici, cominciava ad occuparsi di settori crescenti della popolazione. “Il principio della ‘protezione minima verso i bisogni’ verso cui si orientarono molti paesi – scrive Giovanni Gozzini – fu il frutto di una serie di fattori concomitanti. Un primo elemento da tenere in considerazione è quello del definitivo inserimento delle masse all'interno delle istituzioni dello Stato, avvenuto principalmente a seguito dell'ampliamento del diritto di voto, attraverso l'introduzione del suffragio universale maschile e, in certi casi isolati, anche di quello femminile. Questo indubbio ampliamento del concetto di cittadinanza politica fu comunque reso possibile grazie al diverso atteggiamento delle correnti socialdemocratiche del movimento operaio e sindacale, le quali, abbandonate le posizioni critiche del recente passato, operarono attivamente all'interno delle istituzioni, da sole o in coalizioni con gli schieramenti liberali progressisti, per introdurre una serie di riforme che puntavano a mitigare e in prospettiva a modificare la struttura del sistema capitalistico. Per gli schieramenti moderati pesarono su queste scelte anche considerazioni che, per certi versi, ricordavano quelle che avevano spinto Bismarck ad avviare la sua legislazione sociale”<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> G. Gozzini, *Dalle assicurazioni sociali alla Social Security. Politiche sociali in Europa e negli Stati Uniti fra le due guerre (1919-1939)*, in V. Zamagni (a cura di), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2000, pp. 751-773.

La crisi del 1929 – la Grande Depressione – con i suoi effetti sulle economie degli Stati Uniti ed europee, mise in evidenza tutti i limiti degli schemi di copertura elaborati fino a quel momento, anche quelli di ispirazione liberaldemocratica. La disoccupazione, la stagnazione economica, l'inadeguatezza dei tradizionali strumenti di lotta alla crisi riaccessero il dibattito attorno al ruolo dello Stato nell'economia e anche in ambito sociale.

Furono gli Stati Uniti del presidente democratico Franklin D. Roosevelt (1882-1945) – un paese fino a quel momento di retroguardia nell'adozione di politiche sociali, rimasto assolutamente impermeabile alle novità introdotte in Europa, in nome dell'assoluta neutralità dello Stato in campo economico e sociale – a introdurre radicali riforme sociali in senso universalistico (*New Deal*) e a utilizzare per primi il termine di *social security*. Nel 1935 venne varata una legge – *Social Security Act* – che istituiva una serie di schemi di copertura nel campo dell'assicurazione vecchiaia, dell'assistenza agli anziani, dell'indennità di disoccupazione, dell'assistenza ai figli a carico, dell'assistenza ai ciechi, dell'assicurazione superstiti e invalidità. Nonostante i ripetuti tentativi di Roosevelt, rimase fuori dalla legge del 1935 ogni provvedimento nel campo dell'assistenza sanitaria; ciò fu dovuto all'intransigente opposizione dell'associazione dei medici americani (*American Medical Association* – Ama), contrari a ogni forma di assistenza mutualistica e di medicina socializzata. Roosevelt fu costretto a rinunciare all'introduzione dell'assicurazione malattia per non compromettere l'approvazione della legge<sup>16</sup>. “Potenzialmente universalistica – osserva ancora Gozzini – la ‘sicurezza sociale’ statunitense fece degli Usa il paese all'avanguardia, ma solo per un breve periodo. Essa non riuscì a radicarsi completamente all'interno del paese e venne avvertita come un approccio valido per una situazione di emergenza come quella vissuta all'indomani del crollo di Wall Street. (...) Il fatto che al *Social Security Act* non si affiancasse alcun provvedimento riguardante la sanità contribuì a differenziare fortemente lo Stato sociale statunitense da quello europeo e a fare delle riforme sociali rooseveltiane una sorta di ‘incompiuta’”<sup>17</sup>.

#### LA SALUTE COME DIRITTO FONDAMENTALE DELL'UOMO E LO SVILUPPO DEI SISTEMI SANITARI UNIVERSALISTICI

Commissionato nel 1939 dal *premier* conservatore Wiston Churchill (1874-1965), il 1° dicembre 1942 viene presentato il testo di un rapporto dal titolo *Social Insurance and Allied Services* destinato a rivoluzionare il sistema di sicurezza sociale nel Regno Unito. La commissione incaricata di predisporre il documento fu

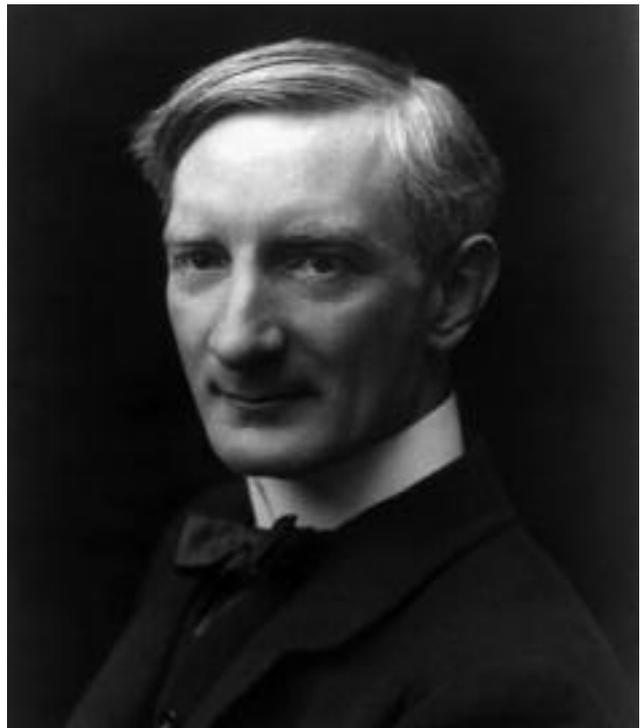
<sup>16</sup> G. Maciocco, *Politica, salute e sistemi sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2009, pp. 12-13.

<sup>17</sup> G. Gozzini, *ibidem*, p. 767

presieduta da Sir William Beveridge (1879-1963), il cui nome è associato non solo al tipo di riforme che tale rapporto innescò, ma principalmente al modello di sistema sanitario che pochi anni dopo prenderà il via. Il principio guida di queste riforme, che oltre alla sanità riguardavano l'istruzione, la maternità, l'occupazione e le pensioni, fu l'universalità dell'assistenza pubblica: i servizi sociali come diritto di tutti i cittadini. La responsabilità della loro attuazione ricadde sul Partito Laburista che nelle elezioni del 1945 ottenne una larghissima maggioranza in forza della quale il governo Attlee attuò anche un esteso programma di nazionalizzazioni: dalla Banca d'Inghilterra all'energia elettrica, dalle poste alle ferrovie. L'istituzione del Servizio sanitario nazionale (*National Health Service* – Nhs), avvenuta nel 1948, va considerata innanzitutto come una fondamentale svolta nel concetto di salute (un “diritto universale”) e di assistenza sanitaria (“un servizio sanitario onnicomprensivo volto a garantire il miglioramento della salute fisica e psichica delle persone attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie”). I principi su cui si fondò il Nhs erano infatti: a) l'universalità, sia in termini di accessibilità che di onnicomprensività delle prestazioni; b) il finanziamento attraverso la fiscalità generale, in virtù del quale ognuno contribuiva in base alle proprie possibilità e riceveva i servizi in relazione al bisogno; c) la gratuità nel punto di erogazione delle prestazioni. Il principio della salute come diritto, sul solco di quanto avvenuto nel Regno Unito, si diffonde rapidamente e diventa elemento fondante di numerose costituzioni, come nel caso della Costituzione della Repubblica Italiana (27 dicembre 1947) che all'articolo 32 recita:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.



**WILLIAM BEVERIDGE** (1879-1963)

*Guidò la Commissione che preparò le basi per la riforma della sicurezza sociale nel Regno Unito*

La nozione che l'accesso ai servizi ritenuti socialmente indispensabili debba essere garantito a tutti viene incorporata nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (Nazioni Unite, Parigi 10 Dicembre 1948), dove all'articolo 25 si legge:

“Ogni persona ha diritto a un adeguato livello di vita che assicuri a lui e alla sua famiglia la salute e il benessere, inclusi il cibo, il vestiario, l'abitazione, l'assistenza medica e i servizi sociali necessari, e il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, disabilità, vedovanza e vecchiaia”.

L'anno seguente l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) conia, all'atto della sua costituzione (1949), la seguente definizione di salute: “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o infermità”. Una definizione ampia e generale, che rimuove il dualismo concettuale “salute-malattia” e offre una visione dello “stato di benessere” di un individuo o di una popolazione non unicamente correlato con l'intervento sanitario, sia esso preventivo, curativo o riabilitativo. Tale concetto sarà confermato e ampliato in uno dei più importanti documenti dell'Oms, la Dichiarazione di Alma Ata (1978).

#### LA LEGGE 833/78. LA CONFERENZA DI ALMA ATA. HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000

L'espansione del welfare in senso universalistico diventa un tratto comune dei governi di quasi tutti i paesi industrializzati parte dei quali (es: Germania, Francia, Belgio, Olanda, Svizzera, Giappone) rimangono fedeli al modello Bismarck, basato sulle assicurazioni sociali ma rafforzato da un sostanzioso intervento dello stato per la copertura assicurativa dei gruppi più vulnerabili (disoccupati, disabili, pensionati, etc.), mentre altri (es: paesi scandinavi, Canada, Australia, Spagna, Italia) optano per la soluzione britannica del modello Beveridge. Anche negli Usa l'assoluta ostilità verso ogni intervento dello stato nel campo dell'assistenza sanitaria viene in parte superata con l'istituzione, nel 1965, di due programmi assicurativi pubblici, *Medicare* (assistenza agli anziani) e *Medicaid* (assistenza ad alcune categorie di poveri).

In Italia il passaggio verso la forma più integrale di assistenza universalistica (modello “Beveridge”) avviene il 23 dicembre 1978, con l'approvazione della Legge 833. Si tratta della piena applicazione del principio della salute come diritto, come sancito dal citato articolo 32 della Costituzione, a cui si fa riferimento nel primo articolo della legge.

## ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

**Capo I - Principi ed obiettivi**

1. (*I principi*). - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Il 1978 è un anno fondamentale per la sanità italiana (e non solo), per l'affermazione del principio della salute come diritto. Il 13 maggio il Parlamento approva la Legge 180 (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori), nota anche come "Riforma Basaglia" che porterà al superamento delle strutture manicomiali; nove giorni dopo, il 22 maggio, viene approvata la Legge 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza) che consentirà di porre fine alla terribile piaga degli aborti clandestini.

Nel settembre 1978 si tiene a Alma Ata, capitale della repubblica sovietica del Kazakistan, la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria di Base (*Primary Health Care - Phc*). Promosso dall'Oms e dall'Unicef (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia) e preceduto da una serie di conferenze regionali, l'evento si poneva l'obiettivo di fare il punto sullo stato della salute e dei servizi sanitari nel mondo, di diffondere e promuovere in tutti i paesi il concetto di Phc, di definirne i principi e di stabilire il ruolo dei governi e delle organizzazioni internazionali nello sviluppo della Phc.

Evento storico per diversi motivi: a) è la prima volta che i rappresentanti di tutti i paesi del mondo si ritrovano per definire una cornice di riferimento per la promozione e lo sviluppo di un'assistenza sanitaria onnicomprensiva e per tutti; b) è la prima volta che vengono affrontati in un consesso così ampio e qualificato i problemi sanitari dei paesi più poveri, molti dei quali recentemente usciti da un lungo periodo di oppressione coloniale; c) è quindi l'occasione per collegare fortemente i temi della salute con quelli dello sviluppo; d) è, infine, un momento particolarmente opportuno per riaffermare con forza che "la salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso ad un livello più alto di



## LA CONFERENZA INTERNAZIONALE SULL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

*Alma Ata, Kazakhstan*

salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari”.

La Conferenza produce un documento finale, ricco di raccomandazioni, e una Dichiarazione che, nella sua solennità, riassume le principali indicazioni scaturite dall'Assemblea<sup>18</sup>. Il messaggio politico più forte e significativo è contenuto nella definizione stessa di Phc:

“L'assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale fondata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione a un costo che la comunità e i Paesi pos-

---

<sup>18</sup> Who-Unicef, Alma-Ata 1978 Primary Health Care, *Health for all* Series, No. 1, Who, Geneva, 1978.

sono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo in uno spirito di fiducia in sé stessi e di autodeterminazione. Essa è parte integrante sia del Sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, che dello sviluppo economico e sociale globale della comunità.(...) Essa include almeno: l'educazione riguardo i più importanti problemi sanitari e i metodi per prevenirli e controllarli; la promozione di un'adeguata alimentazione; un'adeguata disponibilità di acqua potabile e condizioni salubri di vita; l'assistenza materno-infantile, inclusa la pianificazione familiare; le vaccinazioni contro le maggiori malattie infettive; la prevenzione e il controllo delle malattie endemiche; l'appropriato trattamento delle comuni malattie e l'approvvigionamento dei farmaci essenziali. (...) Coinvolge oltre al settore sanitario, tutti i settori e gli aspetti correlati allo sviluppo nazionale e della comunità, in particolare l'agricoltura, l'allevamento, l'alimentazione, l'industria, l'educazione, la casa, i lavori pubblici, le comunicazioni, e altri settori; e richiede lo sforzo coordinato di tutti questi settori”.

Un anno prima, nel 1977, l'Oms aveva politicamente preparato il terreno alla Dichiarazione di Alma Ata. Infatti la 30ª Assemblea Mondiale della Sanità aveva adottato una risoluzione (Wha 30.43) che impegnava i governi e l'Oms a raggiungere entro l'anno 2000 *La salute per tutti (Health For All by the Year 2000)*. Ogni persona nel mondo avrebbe dovuto conseguire un livello di salute tale da permettere una vita economicamente e socialmente produttiva. Tutti avrebbero dovuto poter accedere alla primary health care e, attraverso di essa, a tutti gli altri servizi del sistema sanitario.

#### L'INVERSIONE DI ROTTA. L'EGEMONIA DEL NEOLIBERISMO. HEALTH FOR SOME

A più di trent'anni di distanza dal fatidico 1978 una domanda è d'obbligo: che fine ha fatto l'obiettivo della *Salute per tutti entro il 2000*? Possiamo rispondere con un dato indiretto, ma molto eloquente: i paesi che nel mondo attuano politiche universalistiche di welfare in campo sanitario (o attraverso “sistemi sanitari nazionali” – modello Beveridge – o attraverso sistemi fondati sulle “assicurazioni sociali obbligatorie” – modello Bismarck – o attraverso forme miste) sono una piccola minoranza, interessando meno del 20% della popolazione mondiale: Europa (con notevoli limitazioni nei paesi dell'Europa centro-orientale), Australia e Nuova Zelanda, Giappone e qualche altro paese asiatico come Thailandia, Sud Korea e Taiwan, Canada e qualche altro paese americano come Costa Rica e Cuba. Per la gran parte della popolazione mondiale – pensiamo innanzitutto a immense nazioni come Cina e India, alle repubbliche ex sovietiche, agli Usa e a gran parte dei paesi dell'America Latina, per concludere l'elenco con la dram-

matica situazione dell’Africa sub-sahariana – il concetto di diritto alla salute è, pur sancito da tanti, reiterati trattati internazionali, un miraggio, o peggio, una tragica beffa.

La successiva, obbligata, domanda è: cos’è successo dopo la Conferenza di Alma Ata per produrre nei decenni successivi il blocco di un processo che pareva inarrestabile, quello dell’affermazione del principio (e delle politiche, delle pratiche) della salute come diritto?

È avvenuto un radicale cambiamento del paradigma che ha regolato, nella storia dei paesi industrializzati ad economia di mercato, le relazioni tra mercato e stato. La frase di Bismarck citata all’inizio del capitolo (“La fede nell’armonia degli interessi ha fatto bancarotta nella storia. Nessun dubbio che l’individuo possa fare del bene, ma la questione sociale non può essere risolta che dallo stato”) è rivelatrice di tale paradigma. Ciò che ha fatto bancarotta nella storia – nel pensiero di Bismarck – è l’idea di Adam Smith (1723-1790) che il mercato oltre a essere generatore di ricchezza fosse anche – attraverso l’azione della “mano invisibile” – un equo distributore di questa. Il mercato aveva invece enormemente dilatato le disuguaglianze nella società, producendo gravissimi danni sociali che lo stato, e solo lo stato, poteva riparare.

“Io – affermava Ralf Dahrendorf (1909-2009) – penso che la disuguaglianza sia un elemento della libertà. Una società libera lascia molto spazio alle differenze tra gli uomini, e non solo a quelle di carattere, ma anche a quelle di grado. La disuguaglianza però non è più compatibile con la libertà quando i privilegiati possono negare i diritti di partecipazione degli svantaggiati, ovvero quando gli svantaggiati restano nei fatti del tutto esclusi dalla partecipazione al processo sociale, economico e politico. A ciò esiste un solo rimedio, la dotazione elementare garantita a tutti. In essa rientrano i diritti fondamentali di tutti i cittadini, ma anche un livello di base delle condizioni di vita, forse un reddito minimo garantito, e comunque la prestazione di certi servizi pubblici accessibili a tutti”<sup>19</sup>.

Su questi concetti si sono costruiti i sistemi di welfare universalistico nella maggior parte dei paesi industrializzati.

Con argomenti opposti – a partire dagli anni ‘80 – si è negato che tali principi potessero essere applicati universalmente, anche nei paesi più poveri, come solennemente richiedeva, tra l’altro, la Dichiarazione di Alma-Ata.

Gli argomenti del neo-liberismo, diventato il pensiero egemone dopo le vittorie elettorali di M. Thatcher in Gran Bretagna (1979) e di R. Reagan in Usa (1980), sono:

1. i mercati sono i migliori e più efficienti allocatori delle risorse, sia nella pro-

<sup>19</sup> R. Dahrendorf, *Libertà attiva. Sei lezioni su un mondo instabile*, Laterza, 2003, pp 19-20.

- duzione che nella distribuzione della ricchezza;
2. le società sono composte di individui autonomi (produttori e consumatori), motivati principalmente o esclusivamente da considerazioni economiche e materiali;
  3. il welfare state – di stampo liberaldemocratico o socialdemocratico, tendente a mitigare le diseguaglianze nella società – interferisce con il normale funzionamento del mercato e deve essere, dove esiste, eliminato.

Secondo l'ideologia liberista infatti le diseguaglianze sono il necessario sottoprodotto del buon funzionamento dell'economia e sono anche "giuste" perchè rispondono al principio che se qualcuno entra nel mercato, qualcun altro ne deve uscire. Quindi le azioni del governo per correggere le "distorsioni" del mercato sono non solo inefficienti, ma anche ingiuste; ed infatti il motto di R. Reagan era: "il governo non è mai la soluzione, il governo è il problema".

### L'IRRUZIONE DELLA BANCA MONDIALE NELL'ARENA DELLA SANITÀ

Il cambiamento di vento politico genera un profondo mutamento nella politica sanitaria, determinato anche dalla grave recessione degli anni Ottanta che mettendo in ginocchio l'economia mondiale, ferisce a morte i paesi in via di sviluppo. È qui che interviene la Banca Mondiale la cui ricetta confezionata per il "risanamento" – *structural adjustment* – delle economie dei paesi più poveri e indebitati (e condizione vincolante per la concessione dei crediti) fu semplice e spietata, coerente con le tendenze neo-liberiste di quel periodo: drastici tagli nei consumi e nella spesa pubblica (inclusi i servizi sociali, come sanità e educazione) per ridurre l'inflazione e il debito pubblico; privatizzazioni in tutti i settori; apertura agli investimenti esteri; decentramento e bassissimo profilo dello stato centrale. Nel 1987 la Banca Mondiale si esibisce nel suo primo documento interamente dedicato alla sanità<sup>20</sup>, una sorta di appendice tecnica alla politica di *structural adjustment*. Contiene una serie di indicazioni da seguire nella ristrutturazione dei servizi sanitari nei paesi in via di sviluppo, ed ha ovviamente un valore prescrittivo nei confronti dei paesi più indebitati.

Il documento si compone di quattro fondamentali capitoli, ciascuno dei quali sviluppa una specifica linea direttiva in tema di politica sanitaria:

- a. introdurre presso le strutture sanitarie pubbliche forme di partecipazione alla spesa – *user fees* – da parte degli utenti. "Il più comune approccio all'assistenza sanitaria nei paesi in via di sviluppo è quello di considerarla un diritto di cit-

<sup>20</sup> The World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reforms*. Washington DC, 1987.

tadinanza e di tentare di fornirla gratuitamente a tutti; questo approccio generalmente non funziona”;

- b. promuovere programmi assicurativi;
- c. favorire la privatizzazione dei servizi sanitari;
- d. decentralizzare il governo della sanità.

I quattro punti sono strettamente collegati. L'introduzione delle user fees nelle strutture governative non è solo un modo per scaricare sugli utenti il costo dei servizi, ma anche la condizione essenziale per promuovere le assicurazioni; d'altro canto senza un sistema assicurativo funzionante gli ospedali governativi non possono applicare tariffe sufficientemente alte da coprire gli interi costi. La privatizzazione dei servizi e il decentramento della programmazione, dell'organizzazione e del finanziamento dei servizi sono le altre due componenti essenziali della strategia che si propone di ridurre al minimo il ruolo del governo in sanità per lasciare il posto a un sistema basato sull'assistenza privata e sulle assicurazioni. Gli effetti di queste politiche non tardano a manifestarsi in tutta la loro drammaticità. Lo stesso Unicef, nell'annuale rapporto del 1989<sup>21</sup>, denuncia che a causa degli interventi di aggiustamento strutturale (“inumani, non necessari, inefficienti”) le condizioni di vita e di salute dei paesi più poveri si sono paurosamente aggravate (“almeno mezzo milione di bambini sono morti negli ultimi dodici mesi come conseguenza della crisi economica che colpisce i paesi in via di sviluppo”).

Jeffrey D. Sachs, nel suo libro *La fine della povertà*<sup>22</sup>, analizza così gli avvenimenti di quel periodo: “Sfortunatamente, nell'era degli aggiustamenti strutturali questioni egoistiche e ideologiche furono alla base degli errori di indirizzo e degli aiuti insufficienti concessi ai paesi in via di sviluppo. L'aspetto egoistico è evidente: la responsabilità della povertà fu scaricata integralmente sugli stessi poveri; da ciò discese che non erano necessari aiuti finanziari internazionali. Negli anni Ottanta e Novanta gli aiuti allo sviluppo crollarono: per esempio, nell'Africa sub-Sahariana passarono dai 32 dollari pro capite nel 1980 ai 22 del 2001, nonostante nel periodo l'intero continente africano fosse devastato da una pandemia [Hiv/Aids, ndr] e la necessità di un aumento della spesa pubblica (soprattutto sanitaria) fosse evidente. Ma i paesi ricchi erano convinti di aver fatto tutto quello che compete loro, dato che le questioni in esame rimanevano al di fuori delle loro responsabilità.

Anche gli aspetti ideologici di questa politica dello sviluppo sono chiari. I governi degli Stati Uniti, della Gran Bretagna e degli altri paesi conservatori hanno uti-

<sup>21</sup> J.P. Grant (Unicef), *The State of the World's Children*, 1989, Oxford University Press, 1989.

<sup>22</sup> J. D. Sachs, *La fine della povertà*, Mondadori, 2005, pp. 87-88.

lizzato le istituzioni internazionali per promuovere politiche che a casa propria non avrebbero potuto applicare. Negli ultimi vent'anni, molti paesi africani hanno subito fortissime pressioni da parte della Banca Mondiale per privatizzare il sistema sanitario o, almeno, volgere a pagamento i servizi sanitari e d'istruzione. Eppure, i maggiori azionisti della Banca Mondiale (cioè i paesi ricchi) hanno sistemi sanitari ad accesso gratuito e universale, e sistemi scolastici che garantiscono l'accesso di tutti alla pubblica istruzione.”

“Negli ultimi due decenni – si legge in un articolo di *Lancet*<sup>23</sup> –, la spinta verso riforme dei sistemi sanitari basate sul mercato si è diffusa in tutto il mondo, da nord verso sud, dall'occidente all'oriente. Il “modello globale” di sistema sanitario è stato sostenuto dalla Banca Mondiale per promuovere la privatizzazione dei servizi e aumentare il finanziamento privato, attraverso il pagamento diretto delle prestazioni (*user fees*). (...) Questi tentativi di minare alla base i servizi pubblici da una parte rappresentano una chiara minaccia all'equità nei paesi con solidi sistemi di welfare in Europa e Canada, dall'altra costituiscono un pericolo imminente per i fragili sistemi per i paesi con medio e basso reddito. Queste due tendenze – l'introduzione delle *user fees* nei servizi pubblici e la crescita dei pagamenti diretti (*out-of-pocket*) nei servizi privati –, se combinate, possono rappresentare una vera e propria trappola della povertà.”

E infatti, secondo un rapporto dell'Oms, nel mondo ogni anno più di 44 milioni di famiglie devono far fronte a catastrofi finanziarie provocate da spese mediche e – a causa di ciò – 24 milioni di famiglie sono trascinate nella povertà<sup>24</sup>. Gran parte di queste famiglie si concentrano nei paesi a basso reddito fragili, quelli con sistemi sanitari ridotti in macerie, dove paradossalmente ai più poveri viene chiesto di pagare di più (attraverso il pagamento *out-of-pocket* delle prestazioni). Un paradosso rappresentato nella FIGURA 1, dove risulta chiaramente che al crescere della ricchezza dei paesi si rafforzano i sistemi di protezione sociale e che nei paesi a basso reddito la spesa *out-of-pocket* rappresenta ormai i due terzi del finanziamento del sistema sanitario.<sup>25</sup>

Non abbiamo ancora parlato delle conseguenze sulla salute delle cosiddette “riforme” dei sistemi sanitari basate sul mercato. Conseguenze sulla salute della popolazione particolarmente gravi, in certi casi devastanti come dimostrato in estrema sintesi nella FIGURA 2, dove sono descritte due curve di tendenza, espressione

<sup>23</sup> M. Whitehead, G. Dahlgren, T. Evans, *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?*, in *Lancet* 2001; 358: 833-36.

<sup>24</sup> G. Carrin, C. James, D. Evans, *Achieving universal coverage: developing the health financing system*. Technical brief for policy-makers no. 1. Geneva, Who, 2005

<sup>25</sup> P. Grotet e G. Schieber, *Health financing revisited*, The World Bank, Washington DC, 2006, cit. in A. Mills, *Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle-income countries?*, in *Health Systems Knowledge Network*, 30 March 2007.

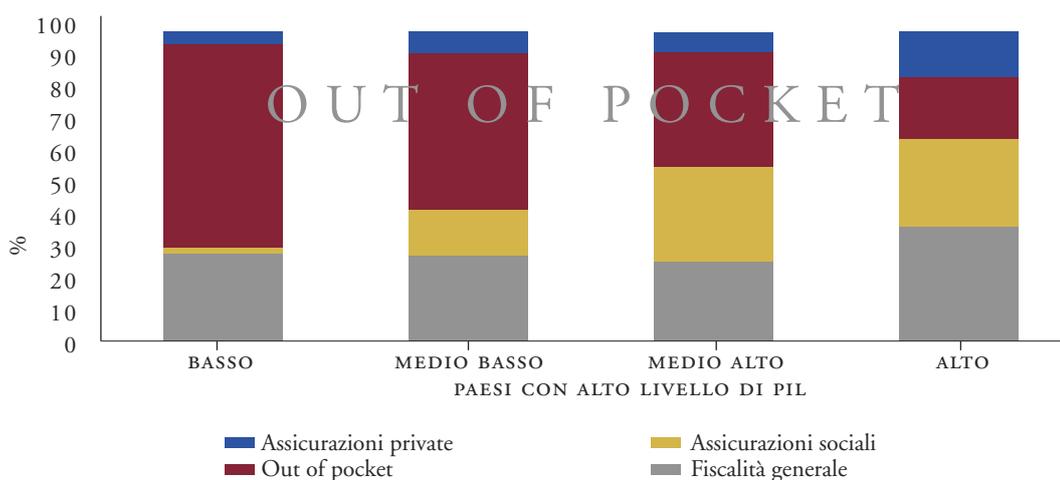


FIGURA I

### PAGAMENTI OUT-OF-POCKET COME IN PERCENTUALE SULLA SPESA SANITARIA TOTALE

l'una della speranza di vita alla nascita del 20% più ricco della popolazione mondiale, l'altra della speranza di vita alla nascita del 20% più povero della popolazione mondiale, nell'arco di tempo 1962-2002. Entrambe le curve mostrano una crescita parallela fino alla metà degli anni '80 (con una crescita un po' più rapida nel caso della curva dei più poveri), ma subito dopo le curve divergono: la speranza di vita del 20% più ricco continua la tendenza alla crescita: + 4 anni (da 75 a 79 aa.) dal 1987 al 2002, mentre la speranza di vita del 20% più povero inverte la tendenza con la perdita di 3 anni nello stesso periodo (da 47 a 44 aa.).

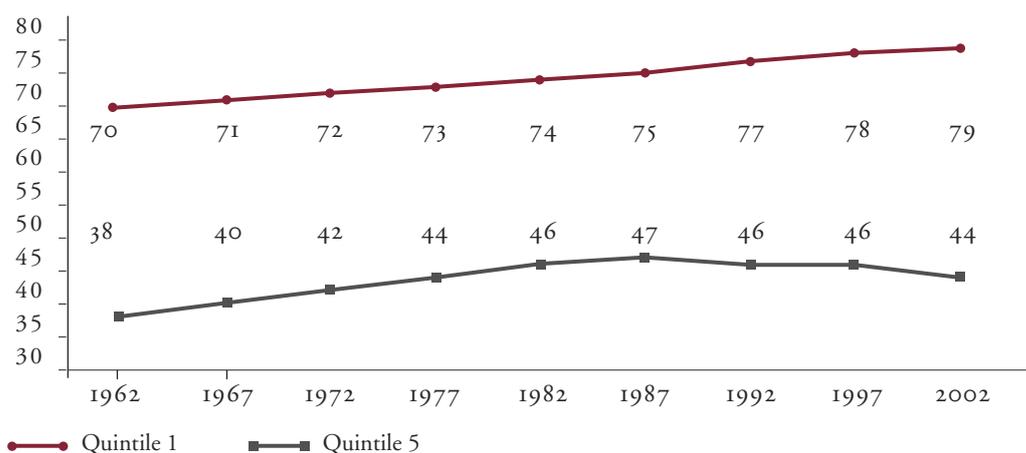
Le aree del pianeta in cui si è concentrato il peggioramento delle condizioni di salute sono in particolare l'Africa sub-sahariana<sup>26</sup> e la Russia e le repubbliche dell'ex-Unione Sovietica<sup>27</sup>. All'interno delle singole nazioni (es: in Cina e in India) l'acutizzarsi delle disuguaglianze economiche e sociali, il degrado ambientale e la mancanza di adeguate reti di protezione ha provocato eccessi di mortalità nei gruppi più deprivati della popolazione sia per malattie infettive (es: tubercolosi, aids), che per patologie croniche (es: diabete, malattie respiratorie).

Vi sono poi delle fasce di popolazione che sopportano le conseguenze più gravi dalle condizioni di privazione economica e sociale, di mancanza di accesso ai servizi sanitari o di mancanza di qualità nell'erogazione delle prestazioni. Sono le donne in gravidanza (oltre 500 mila casi di mortalità materna ogni anno) e i bam-

<sup>26</sup> G. Maciocco, *ibidem*, pp. 74-79

<sup>27</sup> G. Maciocco, *ibidem*, pp. 100-109

## EVOLUZIONE STORICA DEL DIRITTO ALLA SALUTE



FONTE: *McGillivray, Dutta and Markova (2009)*

FIGURA 2

CRESCENTI DISEGUAGLIANZE NELLA SPERANZA DI VITA, 1962-2002

bini (oltre nove milioni di casi di mortalità dei bambini di età inferiore ai 5 anni). In entrambi i casi le morti (in larga parte facilmente prevenibili) si concentrano nelle aree più povere della terra (figura 3).

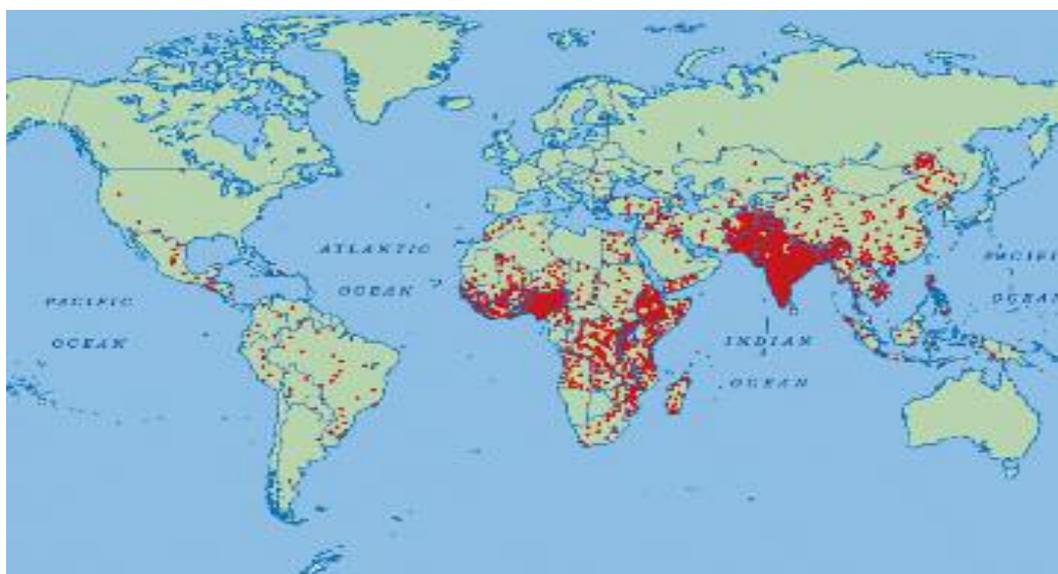


FIGURA 3

DISTRIBUZIONE MONDIALE DELLA MORTALITÀ DEI BAMBINI AL DI SOTTO DEI 5 ANNI (Ogni punto = 5.000 morti)

## LA NEGAZIONE DEL DIRITTO ALLA SALUTE E IL DOVERE DI *ADVOCACY*

L'eclisse del concetto di diritto alla salute è avvenuta nello stesso periodo in cui l'Oms ha perso il ruolo guida nella politica sanitaria internazionale a tutto vantaggio della Banca Mondiale. Solo recentemente l'Oms ha ripreso l'iniziativa sul terreno del diritto alla salute e della lotta alle diseguaglianze nella salute. "I nostri bambini hanno drammatiche differenze nella speranza di vita a seconda da dove sono nati", si legge nel Rapporto conclusivo della Commissione sui determinanti sociali di salute<sup>28</sup>. In Giappone e in Svezia essi possono aspettarsi di vivere più di 80 anni; in Brasile 72 anni; India, 63 anni; in diversi paesi africani meno di 50 anni. E anche all'interno dei paesi le differenze nelle chances di sopravvivenza sono diffuse ovunque e drammatiche. I più poveri dei poveri hanno alti livelli di malattia e di mortalità prematura. Ma la salute precaria non è confinata solo tra coloro che stanno peggio. Nelle nazioni a ogni livello di reddito la salute e la malattia segue un gradiente sociale: più bassa la condizione socioeconomica, peggiore è la salute. Le cose non possono andare avanti così: dove sistematiche differenze nella salute sono evitabili attraverso interventi ragionevoli, queste differenze sono semplicemente ingiuste. È quello che noi chiamiamo iniquità nella salute. Affrontare queste iniquità – le enormi e rimediabili differenze nella salute tra e all'interno dei paesi – è una questione di giustizia sociale. Ridurre queste diseguaglianze è, per la Commissione sui determinanti sociali di salute, un imperativo etico. "*Social injustice* – conclude il documento dell'Oms – *is killing people on a grand scale*". "Ma – osserva Vicente Navarro, professore di sanità pubblica alla Johns Hopkins University, commentando il Rapporto della Commissione – non sono le diseguaglianze che uccidono. Coloro che uccidono sono coloro che traggono profitto dalle diseguaglianze. [...] Noi conosciamo i nomi dei killer. Sappiamo come avviene la strage, sappiamo chi sono i mandanti e gli esecutori. Noi, come operatori di sanità pubblica, dobbiamo denunciare non solo il processo, ma anche le forze colpevoli della strage. L'Organizzazione Mondiale della Sanità non potrà mai farlo. Ma noi, come operatori di sanità pubblica, possiamo e dobbiamo farlo"<sup>29</sup>.

Altrettanto dura è la denuncia del direttore di *Lancet*, Richard Horton, che sottolinea al pari di Vicente Navarro il dovere dei professionisti sanitari di non tacere di fronte a questi crimini. "Bambini e donne stanno morendo perché coloro che hanno il potere di prevenire quelle morti hanno scelto di non agire. Questa indifferenza – da parte di politici, amministratori, donatori, finanziatori del-

<sup>28</sup> Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation*, Who, 2008.

<sup>29</sup> V. Navarro, *What we mean by social determinants of health*, Global Health Promotion 2009; 16; 05.

la ricerca, da parte della stessa società civile – è il tradimento della nostra speranza collettiva per una società più forte e più giusta; per una società che dà valore a ogni vita, indipendentemente da quanto giovane o nascosta agli occhi del pubblico questa vita possa essere. Quello che abbiamo di fronte è un mondo squilibrato in cui solo coloro che hanno soldi, forza militare e influenza politica stabiliscono cosa conta e chi conta. Come professionisti sanitari noi non dobbiamo accettare questa pervasiva mancanza di rispetto della vita umana”.<sup>30</sup>

## CONCLUSIONI

*Lancet*, in un articolo del 2009 dal titolo *La ratifica dei trattati sui diritti umani ha qualche influenza sulla salute della popolazione*<sup>31</sup>, affronta la questione dell’efficacia degli strumenti giuridici nella tutela del diritto alla salute della popolazione.

L’articolo ripercorre brevemente la storia dei trattati sui diritti umani, in particolare quelli che contengono precisi riferimenti alla tutela della salute. Il più rilevante di questi è l’*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*<sup>32</sup> (Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali) del 1966. Il Patto esige che i governi garantiscano il diritto di accesso ai beni essenziali della vita umana, come il lavoro, il cibo, la salute, l’educazione, la casa. Il Patto si occupa di salute all’art. 12, che così recita:

“Gli Stati che aderiscono al Patto riconoscono il diritto di ciascuno di poter godere dello standard più elevato possibile di salute fisica e mentale. I passi necessari per raggiungere la piena realizzazione di questo diritto includono quelli per ottenere:

- la riduzione della natimortalità e della mortalità infantile e lo sviluppo sano del bambino;
- il miglioramento di tutti gli aspetti dell’igiene ambientale e industriale;
- la prevenzione, il trattamento e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche e occupazionali;
- la creazione delle condizioni per assicurare a tutti i servizi sanitari e le cure mediche in caso di malattia”.

Il Comitato delle Nazioni Unite (*Committee on economic, social and cultural rights*) incaricato di monitorare la realizzazione del trattato nel Rapporto del 2000 rileva che, per milioni di persone nel mondo, il pieno godimento del diritto alla sa-

<sup>30</sup> R. Horton, *Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn and child survival*, in *Lancet* 2008, 371:1217-19.

<sup>31</sup> A. Palmer et al., *Does ratification of human-rights treaties have effects on population health?*, in *Lancet* 2009; 373:1987-92

<sup>32</sup> United Nation Human Rights. High Commissioner for Human Rights. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. [Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966, entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27].

lute rimane ancora un obiettivo lontano. In molti casi, specialmente per quelli che vivono in povertà, questo obiettivo sta diventando sempre più remoto. Il Comitato è inoltre consapevole dei formidabili ostacoli strutturali che impediscono la piena realizzazione dell'art. 12 del Patto in molti Stati. Il Comitato, pur constatando che la limitatezza delle risorse finanziarie dei paesi più poveri rappresenta un ostacolo insuperabile nell'attuazione del Patto, sottolinea due fondamentali concetti: a) l'obbligo degli Stati di erogare a tutti i cittadini un livello essenziale di assistenza sanitaria (da cui alcuni obblighi fondamentali, *core obligations*: garantire l'accesso alle strutture sanitarie, ai beni e servizi senza alcuna discriminazione, specialmente nei riguardi dei gruppi più vulnerabili della popolazione; erogare i farmaci essenziali in accordo con le linee-guida dell'Oms; assicurare un'equa distribuzione delle strutture sanitarie, dei beni e servizi); b) l'obbligo degli Stati più ricchi di collaborare con i paesi più poveri nella realizzazione dei diritti riconosciuti dal Patto. Per entrambi i punti si fa riferimento alla Dichiarazione di Alma Ata del 1978.

L'articolo di *Lancet* individua altri 5 trattati internazionali, destinati ad essere ratificati dagli Stati, che si occupano di diritti umani e ritenuti in grado di influenzare la salute della popolazione: a) Trattato sui diritti dei bambini (1989); b) Trattato sull'eliminazione della discriminazione contro le donne (1979); c) Trattato contro la tortura (1984); d) Trattato sull'eliminazione della discriminazione razziale (1965); e) Trattato sui diritti civili e politici (1966).

I 170 Stati a cui si riferisce lo studio hanno ratificato almeno uno dei sei trattati e una parte di essi li ha ratificati tutti e sei. I quesiti cui cerca di dare una risposta l'articolo sono:

- a) vi sono differenze nello stato di salute della popolazione (mortalità infantile e materna, prevalenza Hiv, speranza di vita alla nascita) e nei principali determinanti sociali di salute (tra cui: indice di sviluppo umano, diritti politici, libertà civili) tra i paesi che hanno ratificato tutti e sei i trattati e gli altri che ne hanno ratificati meno di sei?
- b) vi sono state differenze nello stato di salute della popolazione (indicatori di cui sopra) negli Stati che hanno ratificato i trattati, tra la situazione prima della ratifica e quella dopo 10 anni?

La risposta è doppiamente negativa: non sono emerse differenze significative nello stato di salute né tra gli Stati che hanno avuto tenuto comportamenti diversi nella ratifica dei trattati, né all'interno di uno Stato tra il prima e il dopo la ratifica. La conclusione, deludente e amara, è che la ratifica da parte di uno Stato di un trattato internazionale sui diritti umani, ed in particolare sul diritto alla salute, non fa crescere la probabilità che gli abitanti di quello Stato godano di una migliore salute e abbiano un accesso più facile, possibilmente gratuito e senza di-

scriminazioni, a servizi sanitari di qualità. Peraltro neanche l’emanazione da parte di uno Stato di costituzioni e leggi che riconoscono il diritto alla salute garantisce l’effettivo godimento di questo diritto da parte dei cittadini di quello Stato.

### TRE CONSIDERAZIONI FINALI:

1. Il principale trattato sul diritto alla salute (il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, emanato del 1966) è politicamente figlio della stagione della salute per tutti che troverà il suo apogeo nella Conferenza di Alma Ata del 1978. La stagione che è seguita, dagli anni 80 in poi, è stata quella dell’*health for some*: degli aggiustamenti strutturali imposti dalla Banca Mondiale, delle privatizzazioni, della demolizione sistematica dei servizi sanitari pubblici nei paesi a medio e basso livello di sviluppo. La schizofrenia nel comportamento di molti paesi che prima ratificano un trattato e poi lo rinnegano (o sono costretti a rinnegarlo), è in larga parte spiegata dai due diversi cicli della storia della seconda metà del secolo XX. Speriamo che l’inizio del XXI secolo sia portatore di un nuovo e più favorevole ciclo per il diritto alla salute.
2. Singolare la storia di questi trattati. Una volta emanati – spesso dopo una lunga gestazione –, le istituzioni internazionali li dimenticano. Il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, ripetiamo, è stato emanato del 1966, ma solo nel 2000 le Nazioni Unite decidono di fare una seria verifica, scoprendo che “per milioni [era più esatto dire: miliardi] di persone nel mondo, il pieno godimento del diritto alla salute rimane ancora un obiettivo lontano”. È noto che il mancato rispetto dei trattati sui diritti umani non comporta alcuna sanzione, se inoltre le istituzioni internazionali non svolgono neppure un’azione di costante monitoraggio, di richiamo, di *moral persuasion*, e alla fine di denuncia, ci si chiede che valore effettivo possano avere questi strumenti.



AMARTYA SEN

*Premio Nobel per l'economia, 1998*

3. Questi trattati possiedono comunque grandi potenzialità, come afferma il citato articolo di *Lancet*. Possono infatti rappresentare un potente strumento di *advocacy* e di azione legale in mano a individui e gruppi che si battono a favore del diritto alla salute. La mobilitazione a favore del diritto alla salute rimane un punto centrale del mantenimento di questo diritto all'interno di una società, perché, riprendendo una frase di Amartya Sen citata all'inizio<sup>3</sup>: "Ci sono azioni politiche, sociali, economiche, scientifiche e culturali che noi possiamo prendere per fare avanzare la causa della buona salute per tutti. Nel considerare la salute come un diritto, noi riconosciamo la necessità di un forte impegno sociale per la buona salute. Ci sono poche cose così importanti come questa nel mondo contemporaneo".

#### FONTI

Le fonti di riferimento internazionali che riguardano il diritto alla salute sono molteplici, e precisamente:

- (a) fonti di *soft law*, ovvero fonti giuridiche non vincolanti, aventi la funzione di indicare una direzione, registrare degli obiettivi programmatici maturati all'interno della Comunità internazionale: la *Dichiarazione universale dei diritti umani* del 1948 (Udhr) all'art. 25; la *Dichiarazione di Alma Ata* del 1978; la *Carta di Ottawa* del 1986; la *Dichiarazione dell'Unesco su bioetica e diritti umani* del 2005 art. 14. Indirettamente risultano avere attinenza con il diritto alla salute anche la *United Nations Millennium Declaration* del 2000, art. 19 (con riferimento ad alcuni determinanti diretti e sociali della salute, agli obiettivi legati alla riduzione della mortalità materna ed infantile, nonché alla lotta all'Hiv/Aids);
- (b) fonti di *hard law generali*, ovvero più vincolanti laddove sottoscritti dai governi e ratificati dai Parlamenti, come il *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* (1966, che all'articolo 12 così recita: "Gli Stati che aderiscono al Patto riconoscono il diritto di ciascuno di poter godere dello standard più elevato possibile di salute fisica e mentale. I passi necessari per raggiungere la piena realizzazione di questo diritto includono quelli per ottenere: a) La riduzione della natimortalità e della mortalità infantile e lo sviluppo sano del bambino; b) Il miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene ambientale e industriale; c) La prevenzione, il trattamento e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche e occupazionali; d) La creazione delle condizioni per assicurare a tutti i servizi sanitari e le cure mediche in caso di malattia"), la *Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione femminile* (1979, art. 12) e la *Convenzione sui diritti dell'infanzia* (1989, art. 24.2);
- (c) fonti di *hard law regionali*: la *Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina* del 1997 art. 1 e art. 3; la *Convenzione americana sui diritti umani* del 1969 e il *Protocollo aggiuntivo di San Salvador* art. 10; la *Carta africana* del 1981 art. 16).



Roger de La Fresnaye **Il malato**  
1912, olio su tela, *Museo Municipale d'arte Moderna, Paris*