

## Premessa alla Lectio Magistralis di Giovanni Berlinguer

Salvatore Geraci, Maurizio Marceca

Da studenti abbiamo conosciuto il prof. Giovanni Berlinguer per la fama che si era conquistato come docente universitario e intellettuale; successivamente, abbiamo letto i suoi articoli e studiato i suoi libri, seguendo nei diversi incarichi ed impegni, come bioeticista attento ai temi sociali, politico europeista appassionato e competente e, da ultimo, illustre membro della Commissione dell'OMS sui determinanti sociali della salute.

Non crediamo di averlo "incrociato" per caso sui temi della salute e dell'immigrazione: non poteva infatti sfuggire alla sua sensibilità l'evento epocale che si stava costruendo, ed è stata per noi un'occasione e un privilegio condividere con lui percorsi e riflessioni.

Di grande impatto, accanto alla sua produzione medico-scientifica, sono stati i suoi editoriali su *l'Unità*<sup>1</sup> in risposta a pregiudizi diffusi sulla presunta immigrazione di "untori", ove ci ha ricordato con concretezza di argomentazioni come i movimenti di popolazione abbiano, nella storia dell'uomo, accompagnato la trasmissione di alcune malattie: ciò accadde drammaticamente, ad esempio, con la conquista dell'America, evento che implicò l'unificazione microbica del mondo<sup>2</sup>. I bianchi "esportarono" là il vaiolo, il morbillo e l'influenza: e fu subito strage per quelle popolazioni che, non conoscendo quegli agenti infettivi, erano prive di difese immunitarie specifiche.

Dall'America i conquistatori "importarono" la sifilide e questo fece divampare in Europa (in particolare in Spagna, Francia ed Italia) una epidemia per molti anni acuta e letale. Un'altra migrazione di popoli (e di agenti infettanti) si ebbe a partire dal 1600, quando gli schiavi neri deportati nelle Americhe vi diffusero la febbre gialla. Un ultimo esempio, questa volta dell'era moderna, ci è stato proposto dal prof. Berlinguer: quello dell'AIDS; questa malattia si è diffusa in tutto il mondo a partire dai primi focolai identificati nelle grandi città degli USA; la sua diffusione è stata accelerata anche dall'intensità dei viaggi tra paesi e continenti, nonché dall'ignoranza e dalla resistenza verso i metodi preventivi. La domanda retorica e provocatoria che Berlinguer ci poneva era se quanto detto potesse giustificare le paure o i pregiudizi sugli immigrati come rischio sanitario per la popolazione autoctona. La risposta era, ed è, chiara ed inequivocabile: certamente no, in primo luogo perchè, a differenza del passato, oggi ci sono le conoscenze, l'organizzazione, i mezzi preventivi e di sorveglianza necessari ad affrontare eventuali situazioni critiche; in secondo luogo per la considerazione del cosiddetto "effetto migrante sano"...

Ogni suo intervento, ogni suo articolo, è un prezioso e acuto insegnamento. Per questo fummo onorati, alla fine degli anni '90, della possibilità di collaborare con due

brevi saggi sulla salute degli immigrati (1997) e su quella della donna e del bambino stranieri (1998) nei volumi dedicati a "La salute in Italia" (editi da Ediesse) che Giovanni Berlinguer ha curato con il collega ed amico Marco Geddes. Di fatto, quello spazio ha iscritto nell'agenda della sanità pubblica italiana un'attenzione specifica al fenomeno che andava strutturandosi, nel periodo in cui, con il Testo Unico sull'immigrazione e con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, si è tentato, con successo, di affrontare organicamente il tema del diritto alla tutela della salute degli immigrati.

Da allora, collaborazioni sempre più assidue, nella formazione, nella definizione di una riflessione sulla "salute globale"<sup>3</sup> (ricordiamo con piacere ad Erice, nel 2001, il "tirar tardi" – in un clima amichevole accompagnato da buon marsala di botte – nel definire con competenze diverse quello che sarebbe diventato il Manifesto del nascente Osservatorio Italiano sulla Salute Globale).

E poi l'impegno in Europa, inevitabilmente attento ai temi sociali della medicina, nel sostegno dato alle iniziative della SIMM nel 2005 e nel 2006 per estendere il diritto all'assistenza sanitaria a tutti i migranti nell'Unione; il rilevante e prestigioso contributo nella *Commission on Social Determinants of Health* del WHO presieduta dall'epidemiologo Sir Michael Marmot<sup>4</sup>, senza però mancare alle iniziative di sensibilizzazione ed approfondimento per la tutela degli immigrati organizzate dalla SIMM. Una su tutte rimane scolpita nella nostra memoria: la sorpresa di ritrovarci, il 17 marzo 2009, al "Noi non segnaliamo day", giornata di impegno e di protesta contro l'assurda iniziativa di fare degli operatori sanitari delle "spie" di immigrati non in regola con il soggiorno: "Come potevo mancare?" ci disse in quell'occasione. Come poteva mancare, il prof. Berlinguer a ricor-

darci il mandato costituzionale ed etico del nostro impegno per la salute, che non può prevedere esclusioni o discriminazioni, con equità e giustizia.

E non può mancare neanche a questo Congresso di Palermo 2011 della nostra Società di Medicina delle Migrazioni; poiché però la salute di questo giovane ottantasettenne non gli permette di essere fisicamente presente, ci ha voluto donare una sua pacata e profonda riflessione (mai pubblicata prima), pensata per una conferenza in Brasile (paese con cui ha intessuto profondi rapporti e di cui ci risulta abbia addirittura contribuito ad ispirare il sistema sanitario). Per noi, ancora una volta, è un onore "attingere" alla sua competenza e saggezza e di questo lo ringraziamo con tanto affetto e gratitudine.

Nel leggerlo ci è venuto in mente un aforisma presente sulla copertina di un suo (tanto piccolo quanto imperdibile) libro del 1994, edito da Il Saggiatore, "Etica della Salute":

*"Quale società può promuovere una medicina migliore e quale medicina una società migliore?"*

## Note

1. Vedi, ad esempio, l'articolo su "L'Unità" del 26 settembre 1997: *Immigrati e malattie: facciamo chiarezza*.
2. G. Berlinguer. *The Interchange of Disease and Health between the Old and New Worlds*. American Journal of Public Health. 1992; 82 (10): 1407-13.
3. G. Berlinguer. *La salute globale nella prospettiva etica*. In: *Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Rapporto 2004. Salute e Globalizzazione*. Milano, Feltrinelli, 2004: 13-22.
4. World Health Organization. *Commission on Social determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, WHO, 2008.

---

# LECTIO MAGISTRALIS

## Cause sociali e implicazioni morali delle malattie

Lectio Magistralis tenuta dal prof. Giovanni Berlinguer alla Conferenza presso la Scuola di Sanità Pubblica, Fondazione Oswaldo Cruz, a Rio de Janeiro, il 4 aprile 2007. Viene pubblicata, per volontà dell'autore, per la prima volta in questi Atti.

Giovanni Berlinguer

### Un problema antichissimo

Nel classico libro *Civilization and Health* Henry E. Sigerist ha scritto che "in ogni società esistente, l'incidenza della malattia è ampiamente determinata da fattori economici... un basso livello di vita, la carenza di cibo, di abiti e di combustibile, misere condizioni delle abitazioni e altri sintomi di povertà sono sempre stati cause maggiori di malattia". In ogni società esistente. A sottolineare questa verità egli cita perfino, in riferimento alle condizioni di lavoro, un antichissimo papiro egiziano che Sigerist giudica come *a voice of rebellion*:

"Io non ho mai visto un fabbro in veste di ambasciatore o un fonditore inviato in missione, ma ciò che ho visto è il fabbro al lavoro: egli è arrostito all'imboccatura della fornace. Il muratore, esposto a tutti i tempi e a tutti i rischi, costruisce senza portare indumenti. Le sue mani sono logorate dal lavoro, il suo cibo è mescolato alla sporcizia e ai rifiuti: si rode le unghie, non avendo altro alimento. Il barbiere rompe le sue braccia per riempire il suo stomaco. Il tessitore che lavora in casa sta peggio della donna: piegato in due, le ginocchia contro lo stoma-

co, senza poter respirare. Il lavandaio sulla riva sta vicino ai cocodrilli. Il tintore puzza di uova di pesce: i suoi occhi sono stanchi, la sua mano lavora senza pause, e poiché spende il suo tempo nel trattare cenci ha orrore degli abiti".

Un'analisi, e uno sdegno, che anticipano di qualche millennio il *De morbis artificum* di Bernardino Ramazzini. Soltanto nel XIX secolo, tuttavia, i temi del lavoro e delle condizioni di vita, e la loro influenza sulla salute e sulla vita stessa fu posto all'ordine del giorno e fu ampiamente dibattuto. L'intreccio fra una medicina che aspirava ad essere riconosciuta come scienza e una società che aspirava al progresso aprì la strada a una considerazione più attenta verso il rapporto fra malattie e società.

### La dimostrazione delle iniquità

Dopo le guerre napoleoniche, L. R. Villermé, però, già medico militare, cominciò in Francia ad analizzare la mortalità differenziale nei diversi *Arrondissements* di Parigi. Esaminò all'inizio i fattori ambientali quali l'altitudine, i venti, le condizioni meteorologiche,

senza riscontrare alcuna coincidenza con le differenze nei livelli di mortalità. Studiò quindi il reddito, e poi le condizioni di vita degli abitanti, con accurate indagini svolte strada per strada. Risultò per esempio che in rue de la Mortellerie, dove risiedevano i più poveri tra i parigini, vi era una mortalità del 30,6 per mille mentre a breve distanza, nell'Ile-Saint Louis, zona più spaziosa e confortevole abitata da ricchi, il quoziente era del 19,1 per mille.

Secondo Villermé l'origine sociale delle malattie e delle morti stava "nei poveri come razza a parte, una moltitudine barbara e incivile, che si riproduceva in eccesso e che pure moriva in eccesso"; e proponeva, come soluzione, di civilizzarli attraverso il rigore morale e la cittadinanza responsabile, con l'aiuto della religione; e affermava, in consonanza con gli economisti igienisti, che "non c'era alcun ruolo per lo stato o per le riforme legislative, perché ciò avrebbe minato la libertà e l'iniziativa degli individui"<sup>1</sup>. Un'eco, questa, che veniva probabilmente dagli orientamenti sostenuti da T. R. Malthus nel suo *Essay on the Principle of Population* (1798). Egli infatti, paventando un'espansione demografica incontrollata e foriera di miseria collettiva, si opponeva su questa base al mantenimento delle leggi inglesi in favore dei poveri. Si deve anche ricordare, tuttavia, che la Gran Bretagna nell'Ottocento fu anche promotrice della sanità pubblica, diede vita al *Registrar General's Office*, che fu il primo e il migliore strumento delle statistiche vitali europee, e avviò con Edwin Chadwick la costruzione della sanità pubblica.

In Germania, nella seconda metà dell'Ottocento, le cause sociali delle malattie emersero con ancora maggiore chiarezza. Per iniziativa di Virchow (il fondatore della biologia cellulare) si affrontarono direttamente, in maniera organica, le connessioni tra la salute e la politica. Il suo impegno

cominciò quando fu inviato dal governo prussiano in Alta Slesia per un'epidemia di tifo, e constatò che la vera causa del male stava nelle pessime condizioni di vita, nella cattiva igiene, nella povertà, e tutto ciò era dovuto all'esistenza di uno stato autoritario e repressivo. Parlò poi dell'esigenza di una "epidemiologia sociologica"; suggerì come ricetta per la prevenzione "l'istruzione accompagnata dalle sue figlie: la libertà e la prosperità"; formulò infine l'espressione più chiara e incisiva dei rapporti fra la medicina e la politica: "Se la medicina vuole raggiungere completamente i propri fini, essa deve entrare nella più ampia vita politica del suo tempo, e deve indicare tutti gli ostacoli che impediscono il normale completamento del ciclo vitale".

Nello stesso periodo, tuttavia, gli sconvolgimenti della rivoluzione industriale nata in Inghilterra (la quale fu certamente una pietra miliare della crescita economica e dello sviluppo umano) moltiplicarono le minacce ambientali, anche a causa dell'esodo massivo dalle campagne verso città insospitali e invivibili<sup>2</sup>. Il primo impatto sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori fu devastante. L'eccesso di ore lavorative, la mancanza di cibo sufficiente e appropriato, lo sfruttamento feroce delle donne e dei bambini, le abitazioni malsane, la carenza di ogni istruzione furono ignobili fenomeni che durarono per decenni, senza regole né limiti. Le conseguenze furono atroci, e vennero definite come "massacro industriale" o come "genocidio pacifico".

Solo negli ultimi decenni del secolo le inchieste sociali e le ispezioni pubbliche, i movimenti umanitari e gli scioperi dei lavoratori, i contratti collettivi e le leggi sul lavoro delle donne e dei minori frenarono questa tendenza. Fu così aperta la via verso benefici importanti a favore dei lavoratori e verso il risanamento urbano. Si crearono in quel periodo forme associative diffuse e

possenti, a partire dalle società di mutuo soccorso che ne furono l'embrione, come i sindacati, i partiti socialisti e diverse aggregazioni di lavoratori con uno sfondo rivendicativo e religioso. La Gran Bretagna, e poi la Francia, la Germania, l'Italia furono antesignane di queste trasformazioni, che si diffusero anche in altre parti del mondo. La bella rivista storica *Manguinhos*, pubblicata dalla Fiocruz racconta spesso la nascita e lo sviluppo di queste esperienze in Brasile e nell'America del Sud. Come risultato si ebbero maggiori diritti, rappresentanze riconosciute, condizioni lavorative e sociali che frenarono i fattori determinanti delle malattie, una dignità e un'autostima dei lavoratori superiore al passato, qualche tipo di partecipazione al potere e di parziale correzione delle forme del capitalismo. La riduzione degli indici di mortalità (infantile e generale), e il calo sensibile di molte malattie prima ancora che si conoscessero farmaci o vaccini efficaci (come è accaduto per l'andamento della tubercolosi nel XIX secolo), mostrano quanto abbia influito sullo stato di salute il miglioramento delle condizioni ambientali, sociali, educative.

### Due volti della biopolitica

Queste tendenze sono proseguite nella prima metà del Novecento, soprattutto nei paesi più democratici, e la salute ha acquisito maggiore rilievo: sia nei desideri raggiungibili dalle persone, sia negli impegni della politica. I molti progressi ottenuti sono stati però frenati, oltre che dal perdurare di profonde ingiustizie, da due tragedie che hanno caratterizzato quell'epoca: il rapido susseguirsi della prima e della seconda guerra mondiale, nate ambedue in Europa e poi combattute in quasi tutti i continenti; e la barbara distorsione, che ha

prodotto un connubio letale, dei rapporti fra scienza e politica.

Mi riferisco all'idea, nata nel clima delle conquiste coloniali, dell'assoluta superiorità di alcune razze umane sulle altre. Essa era coerente col tentativo di legittimare con le leggi di natura l'eccellenza di una stirpe e quindi col diritto/dovere di esercitare il suo dominio sulle altre; e dal sogno regressivo di guidare per via biologica il perfezionamento della nostra specie. Il fondatore di questa disciplina, Francis Galton, le diede anche un nome: *eugenics*. Le sue opere, da *Hereditary genius* (1869) a *Essays on eugenics* (1909) ebbero ampia eco e molte conseguenze tragiche sulla vita di milioni di persone e sulle decisioni politiche: per esempio, con le discriminazioni introdotte nelle leggi riguardanti le immigrazioni.

All'idea della superiorità razziale si aggiunse, per stringere il cerchio, l'aberrante parallelismo tra i metodi della medicina e quelli della politica. Fu affermato che, se la domanda è: "Che cosa fa il medico se una parte del corpo è irrimediabilmente corrotta, e rischia di portare a morte il malato?", la risposta deve essere: "La asporta, per salvarlo"; e si sostenne, per analogia, che altrettanto si deve fare se una parte della popolazione rischia di infettare l'armoniosa collettività.

In base al principio che "la politica non è che medicina applicata su scala più larga", alla fine dell'Ottocento si cominciò a individuare quali erano nella società gli organi, cioè le persone, irrimediabilmente bacate. Col consenso della legge, con l'appoggio di scienze che pretendevano di riconoscere le mele marce, e con la partecipazione di medici iperattivi, si tentò di individuare i soggetti da scartare o da rendere innocui. Il primo passo fu la sterilizzazione dei malati di mente, per evitare che trasmettessero alle generazioni future le loro pecche; il secondo fu l'eliminazione degli handicappati

gravi, peso insopportabile per la società e incapaci di “una vita degna di essere vissuta”; il terzo, infine, lo sterminio sistematico di coloro che venivano considerati appartenenti a “razze” inferiori e ostili rispetto alla maggioranza di sangue puro.

Questa dottrina fu chiamata biopolitica, e i suoi principi furono convalidati dall'autorità del filosofo F. W. Nietzsche: “La vita non riconosce né solidarietà né parità di diritti fra le parti sane e le parti malate di un organismo: queste ultime bisogna reciderle, o l'organismo perisce”. Può anche esistere, fortunatamente, un'altra biopolitica: una politica per la vita, che risponda al principio fondamentale secondo cui “ogni persona nasce uguale in diritti” e che agisca perciò verso il bene di tutti.

### Un grande esempio, e uno minore

Molte analisi potrebbero dimostrare come e perché, durante il XX secolo, le politiche abbiano avuto “un'impressionante oscillazione tra prospettive di vita e prospettive di morte”. Una singolare coincidenza di tempi, e insieme a questa una totale discordanza di scopi, riesce forse a rappresentare, meglio di innumerevoli testimonianze, la totale polarità delle decisioni politiche nel contrasto tra vita e morte. Ho già ricordato (al Congresso di Rio, agosto 2006) quanto accadde nei primi mesi dell'anno terribile 1942, all'acme della seconda guerra mondiale. Nel mese di gennaio Adolph Hitler, riunì nella conferenza del Wannsee lo stato maggiore del nazismo, che rese esecutiva la decisione politica del genocidio sistematico, avviando nei forni crematori quella operazione che fu chiamata “la soluzione finale” della questione ebraica.

Nell'aprile dello stesso anno William Henry Beveridge presentò a nome del Governo inglese, nella Londra flagellata dalle bom-

be, il progetto del *Welfare State* che affermava il diritto alla vita, alla salute e alla sicurezza per tutti i cittadini *from the cradle to the grave*, indipendentemente da classe, censo, genere e istruzione, basandosi sul sistema delle pensioni, dell'assistenza sociale e dell'istruzione diffusa.

Sono un po' restio a parlare dell'altro esempio, assai minore rispetto alle dimensioni dell'impatto del *Welfare State* nel mondo, perché esso si riferisce a un'esperienza personale, di cui sono stato partecipe. Ma mi sembra significativo. Ho svolto all'Università “La Sapienza” la mia tesi di laurea, nel 1952, con una ricerca svolta sulle differenze nella mortalità (infantile, generale e per cause) nei diversi rioni, quartieri e suburbi di Roma nel periodo, che fu cruciale per la Capitale, fra il 1935 e il 1950. Mi aveva colpito la lettura della relazione svolta da Jacques Bertillon all'inizio del Novecento, sulle profonde differenze di mortalità in rapporto al censo nelle città di Parigi, Berlino e Vienna, e più ancora la polemica (agli atti anch'essa) di Cauderlier, secondo cui “quando un medico visita un malato, non gli chiede se è ricco o povero”, ma se ha seguito o no le regole dell'igiene, che sono “semplicissime e alla portata dei meno ricchi; basta respirare aria pura e non fare eccessi di alcun genere”.

Dalla mia tesi risultò confermato un notevole gap di equità nella salute secondo il reddito, il lavoro, l'abitazione, il livello di istruzione. Risultò inoltre, dividendo i dati dei quindici anni in tre periodi (prima, durante e dopo la guerra), che i dislivelli di mortalità infantile erano cresciuti sostanzialmente durante la guerra. Dopo qualche anno lessi una ricerca analoga alla mia, compiuta per il medesimo periodo sulla mortalità infantile nella città di Londra, e apparve una situazione diversa, anzi opposta: durante la guerra, il gap sociale era stato considerevolmente ridotto.

Quali fattori agirono nel rendere così diversi i due casi? Nella capitale italiana, che era sovraffollata di rifugiati i quali pensavano di essere più sicuri all'ombra della Città Aperta, vi era trascuratezza diffusa verso i bambini, e assenza di ogni aiuto per le famiglie. In Londra, che subiva ogni giorno la crudeltà di pesanti bombardamenti, le istituzioni provvedevano assistenza e cure, distribuivano il latte, privilegiavano nell'alimentazione donne e bambini, e i legami nel popolo contribuivano ad affrontare le maggiori difficoltà. La differenza fra le due situazioni è stata cioè tra la presenza e l'assenza di politiche specifiche e di solidarietà organizzata. Diremmo oggi: nell'impegno sui determinanti sociali delle malattie.

### La Commissione (CSDH) e l'OMS

Un contributo fra molti altri nell'affrontare questo tema può venire dalla decisione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, promossa dal direttore generale Jong-Wook Lee nel 2005, di nominare una *Commission on Social Determinants of Health*, costituita da venti esperti e presieduta dall'epidemiologo inglese Michael Marmot, che ha il compito di studiare, di promuovere azioni, di sollecitare i governi e le istituzioni locali, di coinvolgere ampiamente la società civile; e ha il mandato di completare il suo lavoro entro il 2008 avendo contribuito, possibilmente, a creare le basi scientifiche e le premesse politiche – questo è l'arduo compito – per sollecitare esperienze da diffondere e per affrontare in modo permanente le profonde iniquità nella salute, che esistono tra paesi e tra i gruppi sociali dello stesso paese. L'idea centrale è che la medicina e l'assistenza sanitaria costituiscono *soltanto uno dei fattori* che influiscono sulla salute della popolazione. In realtà, i fattori principali

consistono nell'ampio spettro di condizioni sociali ed economiche in cui vivono le persone: la povertà nelle sue diverse manifestazioni, le ingiustizie, il deficit di istruzione, l'insicurezza dell'alimentazione, l'esclusione e la discriminazione sociale, l'insufficiente tutela della prima infanzia, le discriminazioni verso le donne, le abitazioni malsane, il degrado urbano, la mancanza di acqua potabile, la violenza diffusa, le lacune e l'inadeguata qualità dei sistemi assistenziali.

Le conseguenze di queste situazioni possono essere riassunte in poche cifre, innegabili e crude nella loro essenzialità:

- la speranza di vita alla nascita varia da 34 anni nella Sierra Leone a 82 in Giappone;
- la probabilità di morire di una persona tra le età di 15 e 60 anni è dell'8,3% in Svezia, 46,4% in Russia, 90,2 % nel Lesotho;
- la speranza di vita nei paesi sviluppati varia di 5-10 anni secondo le differenze di reddito, di istruzione e di condizioni di lavoro;
- in Australia c'è una differenza di 20 anni nella speranza di vita tra gli aborigeni e la media degli abitanti;
- circa 11 milioni di bambini sotto i cinque anni sono morti nell'anno 2002, e il 98% di questi erano nati in paesi a scarso sviluppo;
- le disuguaglianze nel reddito crescono continuamente nei paesi che costituiscono l'80% della popolazione del mondo (rapporto UNDP, 2005);
- nel 1996, 358 miliardari disponevano di una rete di 760 miliardi di dollari, pari alle risorse disponibili per il 45% dell'intera popolazione mondiale.

Di fronte a queste situazioni, pochissimi governi del mondo hanno un program-

ma adeguato, tendente ad affrontare con qualche organicità i determinanti sociali della salute. Le premesse di ogni lavoro della CSDH stanno perciò nell'apprendere dalle precedenti esperienze<sup>3</sup> e nel valutare gli ostacoli e le opportunità che potrebbero forse consentire un sostanziale mutamento.

### Apprendere dalle esperienze

Nella Costituzione dell'OMS, redatta nel 1946, vi sono due concetti chiarissimi. Uno è l'indicazione dello scopo: "raggiungere per tutti i popoli il più alto livello possibile di salute"; l'altro è lo strumento per ottenerlo: "promuovere, in connessione con gli Stati membri e con le agenzie internazionali il miglioramento delle nutrizione, delle abitazioni, delle condizioni economiche e lavorative e di ogni altro aspetto dell'ambiente necessario". La Costituzione dell'OMS prevede quindi "un'integrazione e un sostegno ravvicinato tra la prospettiva biomedico/tecnologica e quella sociale verso la salute: ma questa unità non è stata perseguita durante la storia successiva dell'organizzazione".

Dopo la fondazione dell'OMS, i successi nella lotta contro le malattie si sono moltiplicati anche per la diffusione, ampia e talora universale, di prodotti come gli antibiotici e i vaccini; ma presto predominò l'idea, tra gli specialisti, tra i governanti e anche nell'opinione pubblica, che attraverso la biomedicina si sarebbero risolti tutti i problemi. L'efficacia delle campagne di eradicazione del vaiolo e la sconfitta dei tentativi di eradicare nel mondo la malaria, dimostratosi impossibile senza profondi mutamenti ambientali, sociali e culturali, misero presto in palese evidenza il lato positivo e quello negativo dell'esperienza. In quel periodo, e anche dopo, molti governi,

compresi quelli di paesi poveri, orientarono i loro bilanci, anziché verso programmi di salute pubblica e verso le zone agricole in cui viveva la grande maggioranza della popolazione, alla costruzione di grandi "palazzi della salute", attrezzati con le ultime tecnologie e destinati alla cura delle élites urbane.

La svolta verso le urgenti necessità delle persone povere e svantaggiate, e verso i determinanti sociali delle malattie, fu avviata negli anni sessanta e settanta: con la scelta di programmi sanitari di tipo comunitario, con le forme partecipative di assistenza e con l'enfasi sulla prevenzione e sulle cure di base raggiungibili da tutti. A confermare questa linea stavano le esperienze di buona salute a basso costo, quelle compiute nello stato indiano del Kerala, nello Sri Lanka, nel Costa Rica e a Cuba. Esse dimostravano che la salute può progredire anche dove il reddito pro-capite non è alto, purché vi sia un impegno dello Stato e della comunità e un'adesione delle professioni sanitarie alla creazione di servizi diffusi, qualificati e accessibili, a diffondere l'istruzione di base, ad affrontare le radici sociali delle malattie.

Nel 1976 Hafdan Mahler, allora direttore generale, propose all'Assemblea generale dell'OMS un'idea utopica, ma assai mobilitante: *la salute per tutti nell'anno duemila*. La priorità dell'assistenza di base (*primary health care*) era accompagnata da un esplicito riferimento alle *causae causarum*: "L'obiettivo implica la rimozione degli ostacoli alla salute, cioè l'eliminazione di malnutrizione, ignoranza, acqua contaminata, abitazioni malsane, che sono importanti quanto la soluzione dei problemi medici".

L'anno 1978 segnò al tempo stesso il trionfo e il declino di questi orientamenti. La Conferenza di Alma Ata (Kazakhstan), con la presenza di oltre tremila partecipanti e di 67 organizzazioni internazionali, rilanciò

al mondo la proposta di Mahler. Al tempo stesso, però, il mondo diveniva un altro. Cambiava, e cominciava l'era del neolibberismo: una corrente di pensiero e d'azione propensa a considerare la salute come fonte di investimenti economici, a criticare la sanità pubblica come un ostacolo all'iniziativa privata, a trascurare il valore dei beni comuni, a spostare il quadro di comando dall'OMS ad altre Agenzie internazionali: la Banca Mondiale, il Fondo Monetario Internazionale, l'Organizzazione Mondiale del Commercio. A partire dagli anni Ottanta, l'obiettivo della salute per tutti gli esseri umani scomparve quasi dall'orizzonte politico. All'idea che essa può essere un fine dello sviluppo, un moltiplicatore delle risorse umane e una priorità dell'impegno pubblico, si è opposta quasi ovunque un'altra: che i sistemi universali di salute sono un peso per le finanze degli Stati e un ostacolo per la crescita della ricchezza.

La giustificazione morale di questi orientamenti è stata, nel migliore dei casi, la certezza che la congiunzione virtuosa tra il progresso scientifico e il libero mercato avrebbe gradualmente esteso i propri benefici verso tutti. Purtroppo, questa profezia non si è avverata. Il suo fallimento non può farci dimenticare i progressi in atto, non deve farci nascondere i difetti di molti sistemi sanitari pubblici, non può indurci a negare che la scienza e il mercato siano, usate con oculatezza, fra le creazioni più positive dell'ingegno umano. La congiunzione, però, non è stata virtuosa: al contrario. La diagnosi più evidente del fallimento, e l'impulso più urgente al cambiamento, sta nella crescita esponenziale delle disuguaglianze: sia tra paesi che in ogni paese, sia nella salute che nella speranza di vita.

In un'epoca nella quale abbiamo gran parte delle conoscenze e dei mezzi necessari per contrastare gran parte delle malattie, si può accettare che vi siano persone,

gruppi, paesi nei quali "è rischio di morte il nascimento", come scriveva Giacomo Leopardi, nei quali superato questo rischio se ne incontrano altri, e si vive perciò un terzo o la metà degli anni di cui beneficiano i privilegiati? Come si può definire questo fenomeno, se non come un crimine contro l'umanità?

### Il paleolibberismo di Adam Smith

Guardando al recente passato, si può constatare che nel novecento vi sono stati molti crimini, guerre e dittature, ma anche molte conquiste. Fra queste, l'essere spesso riusciti ad addomesticare mediante le lotte sociali, lo spirito selvaggio del capitalismo e l'aver ridato voce, mediante le lotte di popolo, ai paesi che erano stati dominati dal colonialismo e dal neolibberismo. Sul piano della biologia umana e dell'antropologia i tre fenomeni di maggior rilievo sono stati probabilmente l'emancipazione delle donne, la crescita esponenziale della popolazione; e il prolungamento (quasi un raddoppio) della durata media della vita (*life expectancy*).

Negli ultimi decenni del secolo, però, proprio su questo terreno si sono manifestati segni regressivi, disuguaglianze accresciute tra paesi e al loro interno, e i progressi di alcuni sono stati pagati a caro prezzo dagli altri.

Ritornando alle statistiche e alle iniquità della salute si può riflettere su due domande distinte:

- perché in Giappone la speranza di vita è di 82 anni, e in Sierra Leone di 32?
- Perché in Inghilterra un manovale vive 7 anni in meno che un professionista?

Alla prima, la risposta è semplice: il Giappone è il paese più longevo del mondo

perché è ricco, ha minori squilibri di altri paesi (USA), è più coeso e ha un efficace sistema universale di prevenzione e di cure. In Sierra Leone le persone vivono meno di mezza vita perché mancano il cibo, l'acqua, il lavoro, l'assistenza, l'istruzione, perché imperversano l'Aids, la tubercolosi e la malaria; perché si parla molto di solidarietà ma i paesi ricchi attirano i pochi medici e infermieri rimasti nel luogo, si parla di "aiuti umanitari" ma l'Unione Europea, per esempio, per ogni euro elargito ne sottrae due attraverso il commercio ineguale.

La risposta alla seconda domanda è più complessa. Ai manovali e agli impiegati subalterni, raramente mancano le risorse essenziali per vivere: acqua, cibo, abitazione, cure, istruzione di base. L'epidemiologo Michael Marmot (che presiede la Commissione per i Determinanti Sociali dell'OMS) ha definito la loro condizione come *status syndrome*, basata su fattori materiali come la qualità del lavoro, il reddito, il rischio, le discriminazioni basate sul genere e sull'etnia, ma anche immateriali: la dipendenza, la mancanza di controllo sulla propria vita, l'induzione verso comportamenti nocivi, la gratificazione negata al proprio lavoro, la caduta dell'autostima. In altre parole, l'assenza di ciò che Adam Smith definiva, nella sua *Teoria dei sentimenti morali*, come "l'importanza di avere ciò che è necessario per svolgere il proprio ruolo senza vergogna".

Con dignità, quindi. Contrastando l'indifferenza degli inerti e tentando di suscitare sentimenti di solidarietà.

Le prime parole della *Teoria dei sentimenti morali*, sono queste, inequivoche, "Per quanto egoista si possa ritenere l'uomo, sono chiaramente presenti nella sua natura alcuni principi che lo rendono partecipe delle fortune altrui, e che rendono per lui necessaria l'altrui felicità, nonostante da essa egli non ottenga altro che il piacere di contemplarla... tale sentimento... non è

affatto prerogativa del virtuoso o del compassionevole... Nemmeno il più grande furfante, il più incallito trasgressore delle leggi della società ne è del tutto privo."

Il primo capitolo della *Teoria dei sentimenti morali* è perciò intitolato alla simpatia, che costituisce "il solo principio che può ricondurre a unità la genesi dei differenti tipi di giudizio morale"; e questo tema è ripreso più volte nell'opera più famosa di Adam Smith *An inquiry on the nature and the causes of Wealth of Nations* (1776), dove l'analisi economica non è mai disgiunta dalla prospettazione di un comportamento etico.

Da quando mi sono avvicinato a queste letture, ho nutrito sempre più stima nel paleoliberalismo, e sempre più diffidenza e ostilità verso il neoliberalismo. Sono stato poi confortato dalla lettura del libro di Amartya Sen su *Etica ed economia*, il quale indica i limiti di una condotta che guardi solo alle motivazioni interessate ed egoistiche, e di una teoria che si rivela inadeguata anche sul piano più strettamente economico.

A questo si è aggiunto il rigetto verso le affermazioni di Milton Friedman, secondo cui l'unica etica dell'economia può essere che il profitto, e verso le profonde conseguenze che sono derivate da questi orientamenti.

### Tra passato e futuro

Nel Novecento, le maggiori forze propulsive sono state la scienza e il mercato, e il maggiore conflitto nei paesi industrializzati si è svolto fra le classi lavoratrici e il capitale. Al tempo stesso, tuttavia, due soggetti avevano assunto l'esistenza di fondamenti comuni, che Marcello Cini descrive nel suo libro *Il supermercato di Prometeo*:

"Il primo, nell'ambito del rapporto fra l'uomo e la natura, era l'assunzione della

possibilità di una crescita *illimitata* della produzione di beni materiali, ottenibile attraverso la realizzazione dell'ideale bacciano di sottomissione totale della natura al dominio dell'uomo". In verità, questo ideale era stato patrocinato da lunghissimo tempo, e sancito come messaggio divino all'atto stesso della creazione dell'uomo: "Crescete e moltiplicatevi e riempite la terra, e dominate sui pesci del mare e sugli uccelli del cielo e sopra ogni altro animale che si muove sulla terra" (Genesi, 1.28). In un altro passo si dice che Dio "prese l'uomo e lo pose nel Giardino dell'Eden perché lo lavorasse e lo custodisse" (Genesi 2.15). Ma, gradualmente, e in modo accelerato negli ultimi due secoli, ed ora precipitevolissimamente, ha però stravinto il messaggio del dominio su quello del lavoro e della custodia. Da questo momento "non è più la nuda natura ma il potere conseguito per dominarla a minacciare l'individuo e la specie. In questa condizione l'uomo è diventato per la natura più pericoloso di quanto un tempo la natura lo fosse per lui, la tecnologia cessa di essere una forza neutrale dell'agire umano e diventa un modo ineludibile oggetto dell'etica".

Il secondo fondamento comune stava, nel quadro dei rapporti sociali, nella convinzione che "la crescita avrebbe portato di per sé a un progresso materiale e culturale delle condizioni di vita dell'umanità intera, tale da condurre via via all'affermazione, fino alla loro definitiva scomparsa, dei conflitti fra le classi e fra i differenti popoli della terra".

Vista dal movimento socialista e comunista, la transizione avrebbe comportato, con la scomparsa delle classi, il riconoscimento della pari dignità di ogni individuo; vista dal lato opposto, il benessere universale sarebbe stato raggiunto gradualmente in favore di tutti, a cascata, per opera della congiunzione tra scienza e mercato.

La realtà è che, insieme a molti progressi, non ci sono mai state tante persone private della propria dignità e della vita stessa, che sono morte prematuramente per la fame, per la povertà, per malattie evitabili, e mai le ingiustizie sono state così evidenti.

Negli ultimi anni sono emerse anche molte novità positive tra cui la conoscenza dei fatti e l'impegno per correggere le ingiustizie: "le informazioni su discriminazioni, torture, miserie, malattie e abbandoni aiutano a coalizzare le forze che contrastano questi eventi, allargando l'opposizione dalle sole vittime al vasto pubblico". Ciò è possibile perché la gente ha la capacità e la disponibilità di reagire verso le difficoltà degli altri, e molti tendono a rendere necessaria l'altrui felicità.

A questo si aggiunge una nuova riflessione morale, riferita non solo alla prossimità ma alla distanza temporale e spaziale, cioè alle prospettive globali, all'intreccio fra la dignità degli individui e i traguardi della collettività, volti a promuovere la sicurezza e il benessere di tutti. Da ciò il passaggio dall'ubriacatura del privato alla considerazione che esistono "beni comuni" materiali come la natura, il clima, le acque, le risorse energetiche, la salute, e beni comuni immateriali come l'istruzione, la conoscenza, l'informazione, l'innovazione.

Su questi temi sono in corso profonde innovazioni, che partono dall'impulso dato a un'economia del sapere, che diventa il terreno privilegiato nella produzione del profitto, nella crescita delle persone, nella distribuzione del potere, nel valore e nella dignità del lavoro.

### Epilogo: marzo 2011

Vorrei sottolineare alcune impressioni tratte dalla lunga e appassionante esperienza che ho avuto l'onore di condividere con

eminenti scienziati, politologi, docenti universitari di tutto il mondo, dall'inizio del 2005 conclusasi a maggio del 2008 con un Rapporto globale sulla salute presentato nel settembre dello stesso anno all'OMS di Ginevra – come componente della Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità incaricata di affrontare le diseguaglianze nella salute e le cause sociali che ostacolano una migliore condizione e una prospettiva di vita più salubre (CSDH). Grazie alle indagini comparate svolte in molti paesi coinvolgendo governi, università, movimenti di lotta per la salute e per l'accesso alle cure, dopo avere analizzato le tendenze degli ultimi decenni e valutato i molti progressi compiuti, allo stesso tempo, abbiamo dovuto constatare che le diseguaglianze – prevedibili ed evitabili – stanno comunque crescendo. Un motivo in più per lottare con continuità, con intelligenza e con passione sull'attualità, e soprattutto sulle prospettive.

Inoltre, nel corso dell'impegno come parlamentare europeo nella scorsa legislatura, seppure io ritenga doveroso sottolinearne i pregi, devo anche dire che l'Europa manca, nei suoi progressi in campo sanitario, di un impegno specifico sull'equità nella salute. Senza questo, le diseguaglianze tendono a crescere. Devo anche aggiungere che l'Unione europea soprattutto nel presente è molto interessata ai rischi delle "malattie transfrontaliere", che spesso vengono ingigantiti, trascurando invece il fatto che le malattie hanno origine all'interno della nostra società, ovvero nel contesto dei comportamenti, delle condizioni di lavoro e di vita di ciascun cittadino.

Aggiungo, infine, una riserva che non è linguistica, ma concettuale. Leggendo le delibere dell'Unione in tema di salute, sono rimasto sempre sorpreso dalle loro premesse: si dice che l'Europa si impegna "per promuovere la produttività"; oppure,

analogamente, "per aiutare a vincere la competizione economica". Niente di male, ma non si dichiara mai che la salute delle persone ha un proprio valore intrinseco; ed è ovviamente un'aspirazione di tutti. Sembra spesso che gli affari e le merci abbiano la priorità sulla vita dei cittadini.

### Note bibliografiche

1. D. Porter: *Public Health, in Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, W.F. Bynum and Roy Porter eds, Routledge, London 1993, Volume 2, pp. 1239-1240.
2. Cfr. per esempio: F. Engels: *Die Lage der arbeitenden Klassen in England*, ed. Otto Weigand, Lipsia 1845.
3. Cfr. il documento *Learning from past experiences*, discusso nella prima riunione della CSDH, Santiago del Cile, 15-17 marzo 2005.