

LIDU

ONLUS

Lega Italiana dei Diritti dell'Uomo

Membro della Fédération Internationale des Ligues des Droits de l'Homme

Congresso Nazionale **Firenze 10-11-12 Dicembre 2010**

Relazione del Presidente della Commissione Sanità
Prof. Andrea Costanzo.

IL DIRITTO ALLA SALUTE

Cari Amici,

Per inquadrare il nostro lavoro, ritengo occorrano alcuni riferimenti puntuali .
La Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo, deliberata dall'assemblea generale delle Nazioni Unite il 10 dic. 1948 (peraltro non ratificata o recepita in alcun trattato del nostro Paese, se non nell'adesione all'ONU) all'art. 3 recita:

"Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona", mentre l'art. 5 precisa che nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamento o a punizioni crudeli, inumane o degradanti, e l'art. 25 che ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari.

La Costituzione Italiana prevede : all'art. 10, che il nostro ordinamento giuridico "si conforma alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute; all'art. 32 che:

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

Nessuno può essere obbligato ad 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.

Il patto internazionale relativo ai diritti civili e politici adottato a New York il 16-12-1966 ratificato dall'Italia con L. 25-10-1977 n. 881, all'art. 6 prevede che: "Il diritto alla vita è inerente alla persona umana. Questo diritto deve essere protetto dalla legge. Nessuno può essere arbitrariamente privato della vita. Nei Paesi in cui la pena di morte non è stata abolita, una sentenza capitale può essere pronunciata soltanto per i delitti più gravi, in conformità alle leggi vigenti al momento in cui il delitto fu commesso e purchè ciò non sia in contrasto nè con le disposizioni del presente Patto, nè con la Convenzione per la prevenzione e la punizione del delitto di genocidio. Tale pena può essere eseguita soltanto in virtù di una sentenza definitiva, resa da un tribunale competente.

Quando la privazione della vita costituisce delitto di genocidio, resta inteso che nessuna disposizione di questo articolo autorizza uno Stato parte del presente Patto a derogare in alcun modo a qualsiasi obbligo assunto in base alle norme della Convenzione per la prevenzione e la punizione del delitto di genocidio.

Una sentenza capitale non può essere pronunciata per delitti commessi dai minori di 18 anni e non può essere eseguita nei confronti di donne incinte mentre l'art. 7 stabilisce che:

"Nessuno può essere sottoposto alla tortura nè a punizioni o trattamenti crudeli, disumani o degradanti, in particolare nessuno può essere sottoposto, senza il suo libero consenso, ad un esperimento medico o scientifico.", mentre l'art. 12 della suddetta legge di ratifica sancisce che :

"Gli Stati parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale CHE SIA IN GRADO DI CONSEGUIRE".

Infine, il carattere fondamentale del diritto alla salute è ribadito nella Convenzione sui diritti del fanciullo stipulata a New York il 20-11-1989 ratificata con la L. 27-5-1991 n.176, il cui art.24 si occupa -in particolare- dei diritti sanitari dei fanciulli.

Il Consiglio d'Europa, a sua volta, ha approvato una propria convenzione dei diritti dell'Uomo.

La Lega Italiana dei diritti dell'Uomo, aderente alla Federation Internationale des droits de l'homme, fa statutariamente proprie tutte le norme internazionali e svolge la sua attività per promuoverne l'adozione di altre, che integrino la sfera dei diritti umani -e sanitari dell'intera umanità.

La Lega, in quanto italiana, è un libero sodalizio di cultura, di educazione e di propaganda indipendente da partiti che riafferma l'unità e l'indipendenza della Repubblica Italiana e si astiene da appoggiare nelle competizioni elettorali politiche o amministrative singoli partiti o candidati, anche se doverosamente prende atto dei diversi modi di sentire "de re-publica", proprio per ricercare modalità utili per ricondurre ad unità concetti talora di proposito radicalizzati a fini di tornaconti elettorali.

Credo che la tolleranza per le idee ci appartenga istituzionalmente, come ci appartengono coerenza di concetti e visioni della società, senza anatemi, con la fermezza degli uomini "liberi e di buoni costumi".

Fatta questa doverosa -per quanto lunga premessa -, veniamo al tema.

Prima delle solenni affermazioni internazionali, il diritto alla salute (nei casi in cui era sancito od, in qualche modo enunciato) era considerato quale diritto alla cura delle malattie che affliggevano gli individui.

Ora, quanto meno in base alle riportate disposizioni internazionali, è proclamato quale FONDAMENTALE DIRITTO DELL'INDIVIDUO e INTERESSE DELLA COLLETTIVITA' (vedasi la stessa nostra Costituzione).

La salute del singolo, dal rango del privato, è assurta a diritto pieno, dell'individuo e della società.

Ricordiamo osservazioni di costituzionalisti italiani, che, nei primi commenti alla nostra carta fondamentale, si domandavano 'dottamente' che significato e contenuto potesse avere una affermazione di principio tanto generica.

Credo che oggi, al contrario, non occorran dimostrazioni giuridiche dell'asserzione, essendo a tutti palese quali siano i significati precettivi della norma e come da essa possa direttamente derivare l'illegittimità costituzionale di quelle che contrastino con tale diritto.

Lo stesso SSN, (peraltro, introdotto nel nostro sistema ben 30 anni dopo la Costituzione repubblicana) costituisce oggi quell'insieme di funzioni (o attività giuridiche) e di servizi e prestazioni (o attività materiali) propri di soggetti giuridici diversi, caratterizzati ed unificati dall'obiettivo comune della tutela della salute ed, a tal fine, organizzati in struttura dotata della capacità di autogestirsi.

Dalla definizione alla realtà, è però agevole, persino oggi, constatare quale sia la differenza e la distanza che ancora occorre colmare.

Basterebbe constatare che lo Stato, in questa, come in altre importanti materie, non ha ancora neppure definito il riparto di competenze reali nella materia, se vero è che la medesima Costituzione (art. 117) demanda alle Regioni, competenza ad emanare norme legislative in tema di "beneficienza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera" "nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, semprechè le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre Regioni", senza nemmeno tentare la individuazione di quei limiti, e risolvere quel teorico contrasto con gli interessi generali e gli ambiti territoriali.

Se dagli aspetti normativi, ci volgiamo a quelli operativi, la distanza tra enunciati e realtà si fa maggiore quando si constati quanto la "burocratizzazione" della sanità e la "spersonalizzazione" della medicina, ostacolano il processo evolutivo verso una sanità degna di una organizzazione statuale nel terzo millennio ed ancor più quali danni producano la scarsa flessibilità del sistema verso esigenze singole e richieste di pronto intervento, la tendenza alla dilatazione automatica della spesa, il diffuso feticismo verso i farmaci, la pleora degli esami di laboratorio, degli

esami strumentali, normalmente chiesti, la enfaticizzazione delle prestazioni specialistiche, la tendenza (non giurisprudenziale, per il vero) alla deresponsabilizzazione del singolo sanitario, in rapporto agli ospedali, la persistente genericità di informazione del malato e la tendenza di questo ad assumere una posizione passiva, che esige diritti e non è legata a doveri.

Poichè il dire mi ha portato a specificazioni proprie del nostro SSN, debbo però riportarmi al diritto alla salute su di un piano mondiale, sul quale la stessa carta fondamentale dei diritti umani, lo colloca.

Da Ippocrate ai giorni nostri, il problema sanitario, il diritto alla salute, il sistema della prevenzione e dell'ambiente in cui viviamo e lavoriamo, non sono infatti problemi nazionali, od almeno, fino a che saranno trattati come tali, non troveranno adeguata soluzione.

Da sempre frontiera tra nord e sud del mondo, tra oriente e occidente, il mediterraneo si pone oggi davanti a una sfida, quella di unire e di non rappresentare più terra di confine, ma ponte tra due mondi, che sinteticamente potremmo descrivere come il nord (l'Europa, che va sempre più integrandosi, politicamente ed ancor più economicamente), ed un sud, animato da fermenti contraddittori, in rapida crescita economica ed ansioso di acquisire un "peso" nello scenario internazionale.

L'apertura delle frontiere all'interno dell'Unione Europea significa anche la mobilità dei malati, o per meglio dire di cittadini-pazienti, disponibili a recarsi all'estero per ottenere assistenza sanitaria.

È un fenomeno in netto incremento negli ultimi anni, di cui hanno beneficiato soprattutto i centri di cura dell'est europeo post-comunista, eredi di un sistema sanitario tradizionalmente di qualità, che nel liberismo e nel "mercato" hanno trovato una via di affermazione facendo leva sui bassi costi. Si tratta di una realtà strettamente connessa all'organizzazione dei sistemi sanitari nazionali, stante la possibilità che gli enti assicurativi del paziente riconoscano la copertura delle spese sostenute per fruire delle cure mediche. A sua volta, la mobilità dei pazienti è inoltre collegata con la "libertà di stabilimento e di erogazione dei servizi del mercato interno". Essa va naturalmente collocata nell'ambito delle politiche comunitarie, sotto la voce "sanità pubblica".

È necessario però osservare come quello della sanità sia un settore ove lo sviluppo di vere e proprie azioni comuni tra gli Stati membri, dirette a costituire forme di coordinamento e strumenti di controllo reciproci, non esiste affatto, se non a livello di proposta.

I flussi culturali che attraversano i nostri mari, non sono per noi delle nuove realtà, ma degli eventi storici su cui ci siamo da sempre confrontati. E i nostri volti sono frutto del crogiolo di razze che è la nostra storia identitaria e tradizionale.

La strategia Mediterranea è una strategia quadro. Il suo scopo è quello di adattare impegni internazionali a condizioni regionali, di guidare le strategie nazionali di sviluppo sostenibile e di promuovere partnership dinamiche tra

Paesi con differenti livelli di sviluppo. I Paesi, impegnandosi pubblicamente in vista del raggiungimento dello sviluppo sostenibile e redigendo rapporti sui progressi raggiunti, in collaborazione con gli altri partner coinvolti, aiuteranno a produrre e sostenere una dinamica comune per il raggiungimento di uno sviluppo armonioso nell'area mediterranea.

La Strategia prevede un'azione che miri a perseguire gli obiettivi di sviluppo sostenibile per rafforzare la pace, la stabilità e la prosperità, tenendo conto delle minacce rivolte verso l'intera area mediterranea e della sua intrinseca vulnerabilità, ma anche dei suoi punti di forza e delle sue molteplici potenzialità. Inoltre, si tiene in ovvia considerazione la necessità di ridurre il gap tra i paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo esistenti in quell'area. E noi non ci possiamo sottrarre a questa sfida.

Ai sensi del Trattato di Amsterdam l'organizzazione dei servizi e degli interventi sanitari è di competenza degli Stati e quindi dei singoli governi nazionali. Gli Stati membri, liberi quindi di determinare ogni condizione a cui subordinare il diritto a prestazioni fruibili all'estero, in linea generale tendono ad intervenire con normative che subordinano il rimborso delle spese sanitarie all'ottenimento da parte del paziente di un'autorizzazione preventiva emanata dal proprio ente di assicurazione sanitaria. In questo quadro il regolamento 1408/71 introduce il principio della c.d. "esportabilità della prestazione sanitaria", diretta a consentire al malato il diritto ad ottenere una prestazione sanitaria in un Paese membro diverso da quello di residenza e quindi all'esterno del proprio sistema previdenziale di iscrizione.

La mancanza però di una normativa ad hoc, applicabile indistintamente a tutti i cittadini comunitari e la subordinazione del rimborso delle spese sanitarie all'autorizzazione preventiva - la quale ha de facto limitato la concreta possibilità dei pazienti di ottenere le prestazioni all'estero - hanno, con tutta probabilità, dato impulso all'azione della Corte di Giustizia della Comunità Europea. Nella storia del sistema giuridico comunitario la Corte di Giustizia ha più volte contribuito a creare diritti per i cittadini.

Per semplificare con un esempio, il caso tipico che ha dato impulso all'intervento della Corte di Giustizia nel settore di nostro interesse, è costituito dal cittadino comunitario che, avendo fruito di una prestazione sanitaria somministrata in uno Stato diverso da quello di residenza, si vede rifiutare dal proprio Ente Previdenziale il rimborso delle corrispondenti spese sanitarie sostenute. Il paziente si rivolge così all'organo giudiziario, citando l'Ente Previdenziale, al fine di ottenere una sentenza che obblighi quest'ultimo a provvedere al rimborso.

La Corte di Giustizia si è quindi pronunciata in più occasioni sulla compatibilità delle normative nazionali, che subordinano il rimborso delle spese sanitarie fruito dal cittadino in un diverso Stato membro, con la

preventiva autorizzazione ed i principi fondamentali della libera circolazione delle merci e dei servizi.

Gli obiettivi dell'UE in materia di salute collimano perfettamente con quelli della LIDU :

- promuovere uno stile di vita salutare tra i cittadini europei, riducendo il consumo di tabacco, alcool e droghe e favorendo la consapevolezza dell'importanza di un'alimentazione equilibrata e dell'esercizio fisico;
- prevenire e combattere malattie mortali come l'Aids e il cancro;
- migliorare la qualità di vita della popolazione combattendo le malattie legate all'inquinamento, gli incidenti, le malattie rare, il doping, i campi elettromagnetici e le radiazioni;
- monitorare l'andamento dello stato di salute dei cittadini nei Paesi membri sostenendo la pianificazione e lo sviluppo di politiche sanitarie;
- garantire la sostenibilità economica e la qualità del servizio sanitario e di assistenza per gli anziani;
- aumentare il livello di informazioni e conoscenze relative alla salute.

Il testo Unico Sanitario Nazionale contiene le norme per gli immigrati 'regolarmente soggiornanti' sul nostro territorio cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno; l'articolo 35 dal titolo "*Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale*" affronta il tema di tutela sanitaria "*a salvaguardia della salute individuale e collettiva*" anche nei confronti di coloro "*non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno*", i cosiddetti irregolari e/o clandestini. L'articolo 36, dal titolo "*Ingresso e soggiorno per cure mediche*", definisce le condizioni necessarie perchè un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Disposizioni sanitarie e dettagli operativi sono contemplati anche negli articoli 42, 43 e 44 del citato Regolamento d'attuazione e ulteriori chiarimenti al riguardo sono stati inoltre forniti dal ministero della sanità con **Circolare 24 marzo 2000, II. 5** (*Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria, Gazzetta Ufficiale n. 126 del 1.6.2000 - Serie generale*).

Questi atti sanciscono definitivamente l'emersione del diritto alla salute ed all'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri presenti nel territorio nazionale con l'obiettivo di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel passato erano

ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure, è stato vietato, da parte delle strutture sanitarie, la segnalazione all'autorità di polizia la presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico.

Tale impostazione normativa è stata supportata da alcuni documenti programmatici primi fra tutti il Piano Sanitario Nazionale 1998 - 2000 e quello 2003 - 2005 nei quali si evidenzia la realtà dell'immigrazione e si incentivano interventi ed azioni locali sia per garantire accessibilità e fruibilità delle prestazioni, sia per avviare percorsi di maggiore conoscenza del fenomeno.

Non sorprende quindi come progressivamente negli ultimi anni, sempre più strutture pubbliche si avvicinino a tale problematica sia nell'organizzazione di servizi, sia nel proporre percorsi formativi adeguati, sia nella rilevazione di dati e nella promozione di indagini epidemiologiche specifiche.

Il ricovero ospedaliero costituisce solo un evento nella complessa rete dei bisogni assistenziali, esso è infatti in qualche misura un evento non rinviabile rispetto alla molteplicità delle situazioni cliniche che la popolazione in esame può richiedere. L'analisi dei ricoveri può fornirci informazioni di percorsi assistenziali che possono rivelarsi inadeguati, partendo dalla considerazione che agli stranieri, spesso, manca quella rete di continuità assistenziale che garantisce l'appropriato, tempestivo ed efficace ricorso alle cure.

Questi rapporti, coerentemente a tutte le ricerche ad oggi pubblicate, evidenziano il ricorso all'assistenza ospedaliera per motivi connessi soprattutto a eventi fisiologici (gravidanze) o accidentali (traumi), e ciò può indicare che la popolazione straniera gode di un discreto stato di salute.

L'incremento, anche se contenuto, dei ricoveri per cause connesse a malattie degenerative, cardiache ed alla chemioterapia evidenziata negli studi più recenti, annuncia una modifica, nel medio e lungo periodo, dell'attuale profilo di salute degli immigrati. Tale cambiamento potrebbe essere causato dall'acquisizione di stili di vita differenti da quelli dei Paesi di origine, dalla diversa caratterizzazione sociodemografica dei nuovi flussi migratori e dal progressivo invecchiamento di questa popolazione. L'aumento nel numero di ricongiungimenti familiari e dei matrimoni, pur rafforzando la stabilità sociale della popolazione straniera, potrebbe modificare le dinamiche epidemiologiche attuali: ad esempio, l'ingresso di membri della famiglia più

vulnerabili, come i bambini e gli anziani e le nuove nascite lasciano prefigurare una riduzione progressiva nel tempo dell'impatto dell'effetto migrante sano.

Anche le casistiche degli ambulatori di medicina di base, in particolare quelli dedicati agli stranieri temporaneamente presenti (immigrati clandestini) sia del volontariato che del settore pubblico, confermano il profilo di salute precedentemente individuato e le malattie più frequentemente diagnosticate sono quelle dell'apparato respiratorio soprattutto per precari età e affollamento alloggiativo, del digerente per cattiva e inadeguata alimentazione oltre che per condizioni particolarmente stressogene, della cute per condizioni igieniche precarie ed alta promiscuità, e gli esiti di traumi ed affaticamenti: si evidenzia quindi che ancora oggi la vulnerabilità di questa popolazione sia aumentata a causa di incerte politiche di accoglienza ed inserimento sociale.

Lo stesso dato sulle interruzioni volontarie di gravidanza (IV G), di cui disponiamo più dettagliatamente grazie agli studi dell'Istituto Superiore di Sanità, è a nostro avviso indice una spiccata fragilità sociale in grado di influenzare le scelte riproduttive e di tradursi in una maggiore difficoltà di accesso alle strutture sanitarie.

Proprio sulle motivazioni delle scelte di ricorrere all'IVG da parte delle donne straniere è in fase avanzata una ampia ricerca che certamente fornirà indicazioni e strumenti per individuare azioni adeguate per ridurre l'impatto.

I dati sanitari disponibili evidenziano quindi un superamento delle situazioni di esclusione dai servizi da parte degli immigrati ma indicano anche una **fragilità sociale** di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra ambiti di sofferenza sanitaria in gran parte imputabile a incerte politiche di integrazione soprattutto in ambito locale, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali comunicative. In definitiva possiamo indicare a partire dall'evidenza dei dati disponibili, come il profilo sanitario dell'immigrato in gran parte si sovrappone (per tipologia delle condizioni patologiche) a quello della popolazione autoctona di pari età seppur condizionato dall'effetto di scadenti condizioni di vita presenti soprattutto nelle prime fasi dell'immigrazione nel nostro paese.

I risultati dell'analisi delle SDO sono quindi coerenti con quanto ci si poteva attendere sia per un aumento assoluto degli stranieri in Italia, sia come auspicabile conseguenza di politiche tese a dare maggiore permeabilità alle strutture sanitarie pubbliche.

Il degrado più o meno rapido del patrimonio di salute del migrante nel paese ospite pone seri problemi sia alla persona che si ammala, che con la malattia

viene a perdere un'importante risorsa (la buona salute) che ha da investire per la realizzazione del progetto migratorio, sia alla collettività che comunque è costretta a sostenere i costi sociali ed economici che questo comporta.

La proposta è quindi quella di emanare una direttiva europea per l'estensione dell'assistenza sanitaria a tutti gli stranieri comunque presenti nel territorio dell'Unione Europea.

Esiste oggi il pericolo che una parte consistente della popolazione mondiale venga privata di fatto dei diritti basilari, creando un pericoloso precedente che mette a repentaglio tutti. I medici hanno un ruolo fondamentale e riconosciuto nella tutela dei diritti della popolazione a cominciare dal diritto alla salute.

Sono ben conscio che alla affermazione di un sistema sanitario mondiale si oppongono marcati contrasti di interessi politici, economici, e religiosi, i pregiudizi razziali ed etnici, e cioè le moderne follie che ancora insanguinano l'alba del terzo millennio, ma sono del pari convinto che sia il momento in cui l'O.N.U. debba compiere un salto di qualità, da un lato per individuare forme di "cogenza" che garantiscano ai singoli ed ai popoli la affermazione in ogni sistema giuridico di diritti individuali insopprimibili, quali già scritti nella solennità dei protocolli, ma negati nella avvilente realtà quotidiana della sanità (come di altre materie primarie), e d'altro lato per non sentir più soltanto riconoscere diritti umani, praticamente relitti nelle formule di oscuri trattati, ma per introdurre nella quotidianità delle singole società, il rispetto di quei diritti fondamentali.

Andrea Costanzo